



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional Programa De Profundización En Psicología

“Estilos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con
diagnóstico de cáncer, no mayor a 3 años”

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Ana Laura Martínez Moreno

Directora: Mtra. Helene Judit López Rodríguez

Dictaminadoras:

Vocal. Mtra. Liliana Patricia Reveles Quezada

Secretaria. Mtra. Selene Domínguez Boer

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 06 de junio de 2023.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“El cáncer no es una sentencia de muerte. Es una sentencia de vida”

- Marcia Smith.

“Tenemos dos opciones, médica y emocionalmente: rendirse o luchar como el infierno”

-Lance Armstrong.

“El cáncer es una palabra, no una sentencia”

-John Diamond.

“La actitud es una pequeña cosa que hace una gran diferencia”.

– Winston Churchill

“Se vence el cáncer por cómo se vive, por qué se vive y de qué manera se vive.”

–Desconocido

Agradecimientos

Esta investigación está dedicada a todas aquellas personas que han vivido con cáncer, aquellas que lograron sobrevivir y aquellas que en el camino perdieron la batalla; así como a los familiares, amigos y personas cercanas que los han acompañado en el proceso y quienes perdieron un ser querido a causa de esta enfermedad.

En especial dedicatoria a mi mamá, la gran señora Carmen, quien, a pesar de ella misma, decidió hacer frente al cáncer de estómago que la enfermo y que hoy a Dios gracias, se encuentra en remisión después de más de tres años de lucha; porque a pesar de los dolores, malestares y la depresión misma; siempre mantuvo una sonrisa, haciéndole frente con el humor que la caracteriza. A mi cuñado Raúl, quien, a temprana edad, desarrollo cáncer óseo, que posteriormente y a pesar de la cirugía y tratamiento, desarrollará cáncer de pulmón perdiendo la batalla en 2015. A mi tía Elena que, a sabiendas de la enfermedad de mi mamá, tomo fuerza para hacer frente a su propia lucha contra el cáncer de mama, siendo un aliciente, las pláticas entre ellas todos los días, dándose animo una a la otra. A mi tía Mayo, quien recibió un diagnóstico tardío de cáncer de hígado, que la llevo a perder la vida en 2019; semanas después de haber sido diagnosticada. A mi hermana, a mi sobrina, a mis primos; quienes han vivido de cerca la enfermedad. A mi directora de manuscrito, la maestra Helene, quien también ha vivido de cerca las afectaciones del cáncer, por haberme acompañado en este proceso y haber compartido esta historia.

A Carlos mi compañero de vida, quien siempre me ha impulsado a ser mejor persona y me ha apoyado a lograr mis metas y me ayuda a mantener el equilibrio; a Christopher, mi hijo quien es mi mayor motivación para salir adelante y me ha dado muchas lecciones de vida. Los amo, gracias por la paciencia en todos los momentos que no pudimos convivir y estar juntos y gracias por tolerancia y comprensión en todos los momentos de estrés y quiebre; sé que a veces no la pasaron tan bien y que no siempre fue fácil entender. Simplemente gracias.

Por ellos y por todos los que están en la lucha, por sus familias y amigos, es que decidí hacer mi manuscrito con este tema en particular, esperando que quienes lo lean, entiendan un poco más esta enfermedad, el proceso por el que atraviesan tanto pacientes, familiares y amigos y como es que la afrontan y la calidad de vida de los pacientes con cáncer; así como las cicatrices que deja, no solo en el cuerpo, sino en el alma.

Estilos de afrontamiento y calidad de vida de mujeres con diagnóstico de Cáncer, no mayor a 3 años.

Contenido

INTRODUCCIÓN	7
RESUMEN	7
SUMMARY	7
a) Marco teórico	8
Capítulo 1	8
1. ¿Qué es la psicología?	8
1.1 Psicología de la salud	9
1.2 ¿Cómo surge?	9
1.3 Modelo biopsicosocial que la sustenta.	11
1.4 Definición - Psicología de la Salud	11
1.5 Áreas o niveles de incidencia, en Psicología de la salud.	12
1.6 Prevención e intervención.	12
1.7 Métodos de investigación en la psicología.	13
Capítulo 2. El cáncer	14
2. Características de la enfermedad	14
2.1 Enfermedades crónico-degenerativas.	14
2.2 Antecedentes del cáncer	14
2.3 Definición de cáncer	15
2.4 Etiología del Cáncer.	16
2.5 Hablemos de prevenir el cáncer	18
2.6 Epidemiología del cáncer	18

2.7 El cáncer a nivel mundial.....	19
2.8 El cáncer a nivel nacional.	19
2.9 El cáncer a nivel Estado de México.....	20
2.10 Comorbilidades relacionadas con el cáncer.	20
2.11 Tipos de tratamientos.....	21
2.12 Principales formas de detección de cáncer en adultos.	23
Capítulo 3. Estilos de afrontamiento y calidad de vida.....	23
3. Adherencia al tratamiento, calidad de vida y estilos de afrontamiento.....	23
3.1 La crisis emocional ante el diagnóstico de cáncer.....	24
3.2 Los estilos de afrontamiento ante el cáncer.	27
3.3 El impacto psicológico, reacciones emocionales y calidad de vida en pacientes con cáncer.	28
3.4 Calidad de vida de pacientes con cáncer.	30
b) Justificación para el abordaje de un problema teórico, metodológico o aplicado.	30
MÉTODO Y PROCEDIMIENTO.....	32
c)Pregunta de investigación.....	32
d) Objetivo de investigación.....	32
4. Tipo de estudio.....	32
5. Variables.....	33
5.1 Variable de investigación 1: estilos de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer.	33
5.2 Variable de investigación 2: calidad de vida del paciente con cáncer.	34
6. Instrumentos	34
6.1 Mini-MAC.	34
6.2 QLQ-C30.	35
6.3 Muestreo.....	37

6.4 Participantes	37
6.5 Procedimiento.....	37
e) Hipótesis derivadas del planteamiento del problema.	39
7. RESULTADOS.....	39
7.1 Criterios de inclusión.	39
7.2 Criterios de exclusión.	40
7.3 Edad de los participantes.	40
7.4 Ocupación de los participantes.....	41
7.5 Último grado de estudios.....	41
7.6 Estado Civil.	42
7.7 Tipo de tratamiento.....	43
7.8 Etapa del tratamiento.	43
7.9 Resultados correspondientes a la variable de investigación 1. Estilos de afrontamiento de pacientes con cáncer.	44
7.10 Resultados correspondientes a la variable de investigación 2. Calidad de vida de pacientes con cáncer.....	49
7.11 Resultados correspondientes a la correlación existente entre la variable 1: estilos de afrontamiento de pacientes con cáncer y la variable 2: calidad de vida de pacientes con cáncer.	52
8. DISCUSIÓN	53
8.1 Análisis.....	54
9. CONCLUSIÓN.....	55
REFERENCIAS	56
ANEXOS.....	59
Anexo 1.....	59
Anexo 2.....	65
Anexo 3.....	70
Anexo 3.1 Mini Mac.....	70



**Anexo 3.2 Cuestionario de calidad de vida para
cáncer QLQ-C30..... 73**

INTRODUCCIÓN

La presente es una investigación descriptiva correlacional acerca de los estilos de afrontamiento y calidad de vida de mujeres con diagnóstico de cáncer, no mayor a 3 años; cuyo propósito es saber la relación entre ambas variables; considerando pacientes de 30 a 50 años.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo conocer los diferentes estilos de afrontamiento de mujeres con cáncer y cuál es su relación con la calidad de vida que contemplando que su diagnóstico de cáncer no sea mayor a tres años; así como observar el estilo de afrontamiento que predomina en la población elegida y la calidad de vida que consideran tener con base en su enfermedad.

Palabras clave: cáncer, estilos de afrontamiento, calidad de vida.

SUMMARY.

The main objective of the present investigation is to know the different coping strategies of women with cancer, and the main relationship with the quality of life related to the affectations they may have because of this disease, considering that their cancer diagnosis does not pass three years; and observe the coping strategy that predominates to the population chosen and the quality of life they consider they have because of their disease.

Key words: cancer, coping strategies, quality of life.

a) Marco teórico

Capítulo 1

1. ¿Qué es la psicología?

Citando a Sotelo (2016) La definición etimológica de la psicología proviene de la palabra *Psyche* que significa alma o espíritu y *Logos*, que es tratado o estudio; por ello se puede considerar que la psicología es el estudio del alma; sin embargo, la definición de la psicología más aceptada la refiere como la ciencia que estudia los procesos psicológicos de la personalidad a partir de su manifestación externa, conocida como conducta; lo anterior teniendo en cuenta que todos los seres humanos sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que nos rodea.

Se considera que la psicología tiene dos líneas principales de investigación:

- a. La primera se refiere a los procesos psicológicos, cognitivos, afectivos y volitivos.
- b. Mientras que la segunda considera el comportamiento como una conducta o acción que realizamos con ayuda de nuestro cuerpo, la cual se puede registrar y observar.

Debido a que la psicología tiene una extensa gama de investigaciones, se tienen diversos campos de estudio, los principales son:

- Psicología del desarrollo, la cual estudia el desarrollo de los procesos de crecimiento y cambio a lo largo de la vida del ser humano, considerando como periodo de vida, desde la etapa prenatal a la muerte.
- Psicología fisiológica, la cual permite entender la relación que hay entre los procesos biológicos y el comportamiento, es decir, se estudia cómo es que el sistema nervioso y los procesos químicos pueden influir en el pensamiento y la conducta.

- Psicología experimental, que explica los procesos mentales y la conducta a través de la observación y experimentación
- Psicología de la personalidad, la cual estudia las diferencias entre los individuos, en temas específicos como la ansiedad, agresividad y autoestima; que permitan determinar las similitudes y/o diferencias existentes del comportamiento de las personas.
- Psicología clínica y consejería; se considera una rama de la psicología que se especializa en el abordaje, diagnóstico y tratamiento de personas con problemas conductuales y/o emocionales; es decir, se encarga de diagnosticar y tratar trastornos psicológicos.
- Psicología social, estudia la relación entre el individuo y su entorno social y determinar con ello cómo funciona la sociedad y la interacción social.
- Psicología industrial y organizacional, se enfoca en el área empresarial y su objetivo es la selección, formación y supervisión de los empleados para mejorar la eficacia de trabajo, a través del estudio del comportamiento de los colaboradores dentro de las organizaciones. (Sotelo 2016).

1.1 Psicología de la salud

Se hará una revisión más profunda de lo que es la psicología de la salud, como es que esta surge, que modelo la sustenta, su definición, sus áreas de atención o incidencia, además de cómo es que esta área de la psicología interviene y previene en áreas de salud y prevención de la enfermedad; también se mencionará los métodos de investigación en psicología; todo esto nos brindará un panorama más amplio para entender el porqué de esta investigación.

1.2 ¿Cómo surge?

Debemos entender como primer punto que la psicología de la salud es un área de la psicología que estudia los factores psicológicos de la salud y la enfermedad, tomando en cuenta la evaluación, la prevención y la intervención. Teniendo esto claro, veremos cómo es que surge la psicología de la salud, para ello debemos retomar ideas de antiguos griegos como Platón, quienes consideraban que no se podía curar la cabeza sin curar los ojos o la cabeza sin el cuerpo; así como el cuerpo sin el alma; algunos otros como Hipócrates creían que la salud dependía de un estado de armonía y equilibrio, y que lo que afectaba a la mente, también afectaba al cuerpo. Acercándonos a la edad media en donde los sacerdotes se encargaban de la práctica de la medicina, era considerada la enfermedad como

una consecuencia a un pecado y que la curación provenía de la fe y el arrepentimiento del pecado; mientras que en el Renacimiento se desarrolla prácticas y estudios científicos con respecto a la enfermedad, surgiendo con ello el modelo biomédico que perdura hasta nuestros días. Este modelo está sustentado en dos ideas principales:

1. La dualidad mente-cuerpo; donde el cuerpo es parte del plano físico y la mente del plano espiritual y se consideran como algo separado.
2. El reduccionismo; que indica que la enfermedad solo implica un proceso de reacciones físicas y químicas y que por tanto factores emocionales y de comportamiento son ajenos a esta.

Este modelo permitió que la iglesia tuviera un dominio de la parte espiritual y la ciencia de lo físico; a pesar de que este modelo ha tenido muchos éxitos en lo que a la medicina respecta, no ha dado respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud - enfermedad; como, por ejemplo, enfermedades crónicas, dolor crónico y estrés cotidiano entre otras.

De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998); citados en Oblitas (2010); el modelo biomédico pasa por alto reacciones cognitivas conductuales básicas; que un buen diagnóstico depende de la calidad de información que el paciente proporcione al médico, que no se considera la influencia que puede tener situaciones vitales en el estado de salud de una persona, que factores psicológicos y sociales pueden determinar cuando una persona se enferma; se considera que este modelo tiende a fracasar debido a que resta importancia la relación médico-paciente.

Por otro lado, la medicina psicosomática se desarrolló con la creencia de que tanto factores psicológicos como sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad; mientras que el psicoanálisis por su parte reconocía los factores psicológicos de la enfermedad. Posteriormente a finales de los años 50 el campo de la psicosomática pasó por una crisis debido a sus posturas contrarias con el psicoanálisis, situación que llevó a la elaboración de metodologías y técnicas más eficaces y así poder estudiar factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano, así como una aproximación holística a la medicina y una relación con la práctica psiquiátrica (Lipowski 1977, citado en Oblitas 2010).

Ahora bien, la Psicología de la Salud como tal surge con base en Oblitas (2010), desde una perspectiva sistémica e integrativa proveniente de diferentes áreas psicológicas, reafirmando así que el comportamiento es importante para mantener la salud o generar la enfermedad. Dicho lo anterior “La Asociación Psicológica Americana crea en 1978, la Health Psychology”, como una nueva área que considera la parte experimental, social, clínica, fisiológica, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos.

1.3 Modelo biopsicosocial que la sustenta.

Este modelo a diferencia de los ya mencionados admite que las causas de procesos saludables y patológicos interactúan y son de diversa naturaleza y origen, donde intervienen tanto macroprocesos, como micro procesos; por ende, para que haya salud, debe haber armonía biológica, psicológica aunada al entorno socioambiental (Oblitas, 2010).

Con base en este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integrada que permita comprender las alteraciones y así elaborar un diagnóstico; dicho lo anterior y como se mencionó en el modelo biomédico las interacciones profesionales son fundamentales para la adhesión al tratamiento, lograr que la terapia sea eficaz y reducir con ello el tiempo de recuperación de la enfermedad; para lograr lo anterior es necesario que la práctica médica integre las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada etapa del proceso terapéutico. Este modelo enfoca la atención en la prevención y promoción de la salud humana a través de la estimulación de nuevas estrategias en cuanto al entorno de la persona que están orientadas a crear un futuro más saludable combinado con la elección personal y la responsabilidad social.

1.4 Definición - Psicología de la Salud.

Matarazzo (1980, citado en Oblitas 2010), define la psicología de la salud como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

Por su parte Amigo, Fernández y Pérez (1998, citados en Oblitas 2010) hacen notar cuatro aspectos en lo que concierne a la definición de Psicología de la Salud: la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, el estudio de la teología y correlatos de salud, enfermedad y disfunciones, además del estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

1.5 Áreas o niveles de incidencia, en Psicología de la salud.

Para poder hablar de las áreas o niveles de incidencia en la Psicología de la Salud, es importante hacer mención como refieren Begoña, Vázquez, y Oblitas (2000), que este campo de la psicología es el que tiene mayor crecimiento a futuro en todos los niveles, ya sea formativo, en la investigación y en lo profesional; ya que actualmente existe un enfoque dentro de la psicología donde se considera que el comportamiento del ser humano tiende a ser una de las causas principales de enfermedades y de la muerte; por ello se está orientado hacia una mejor calidad de vida sobre todo en lo que respecta a sobrellevar enfermedades crónicas.

1.6 Prevención e intervención.

De acuerdo con Stokols (1992, cita en Oblitas 2010), la prevención de la enfermedad está limitado a los profesionales de la salud y las respectivas administraciones públicas, se considera que la prevención primaria tiene como objetivo impedir o al menos disminuir la aparición de la enfermedad como tal, mientras que la prevención secundaria contempla acciones para evitar el avance de la enfermedad cuando está ya ha hecho presente y por último la prevención terciaria que podemos decir ya no es del todo preventiva, hace referencia a los tratamientos y rehabilitaciones cuando ya la sintomatología clínica ha aparecido.

Como lo hace notar Soler y Abad (2000), existen nuevos problemas a nivel ambiental que comienzan a empeorar y por ende representan un riesgo para la salud, estos son: la lluvia ácida, la disminución de la capa de ozono, el calentamiento global del planeta causado por los gases de efecto invernadero y cada día es un problema mayúsculo, la destrucción y sobreexplotación de bosques y recursos genéticos; además de la disminución de la biodiversidad, la desertificación y los cambios climáticos.

En lo que respecta a las intervenciones estas se dan principalmente en forma individual, por profesionales de la salud y organizaciones sanitarias y están dirigidas a la modificación de actitudes, la promoción y con ello mejora de la salud, la modificación de los procesos fisiológicos para prevenir y tratar la enfermedad; así como la implementación de campañas de educación y la mejora del sistema sanitario que incluyan la creación de políticas sanitarias que sean adecuadas y vayan conforme a la población que se atiende.

1.7 Métodos de investigación en la psicología.

Como señala Sotelo (2016), al ser la psicología una disciplina científica, está requiere de evidencia empírica, haciendo uso de métodos de investigación para estudiar tanto la conducta, como los procesos mentales, los métodos utilizados son:

- Observación natural, donde se observa la conducta en situaciones naturales para poder analizarla; la desventaja que tiene este método proviene de las posibles expectativas o inclinaciones de la persona que observa, situación que puede modificar o distorsionar la interpretación de lo observado.
- Estudio de casos, se le conoce también como método clínico; este método permite generalizar información a través del estudio de una o más personas.
- Investigación experimental, donde se manipula una variable independiente para conocer los efectos que se tienen sobre una variable dependiente; que conlleva a tener conclusiones relacionadas a la causalidad.
- Investigación mediante varios métodos, la combinación de diversos métodos puede permitir respuestas más completas; ya que se tienen mayor amplitud de validación; que permiten observar la diversidad humana.
- Correlacional, se utiliza para observar y estudiar la relación o correlación que puede existir entre dos variables; más no una causa-efecto entre ellas.

Este último método es el que nos atañe y el cual lleva el objetivo de esta presente investigación.

Capítulo 2. El cáncer

2. Características de la enfermedad.

2.1 Enfermedades crónico-degenerativas.

De acuerdo con Ardilla (2018), las enfermedades crónicas se definen como “procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y generan una gran carga social desde la parte económica, la dependencia social y la discapacidad”. Dentro de las características que podemos encontrar existen: desarrollo poco predecible, múltiples factores de riesgo, y salvo algunas excepciones su origen no es de tipo infeccioso; por lo anterior, las enfermedades crónicas hoy en día se han convertido en un problema de salud pública no solo a nivel nacional, sino internacional, que afecta en su mayoría a países en desarrollo.

Las más importantes y con mayores índices de mortalidad son: la hipertensión arterial, la diabetes, las hiperlipemias, el sobrepeso y la obesidad, la enfermedad respiratoria crónica, actualmente se incluye también el VIH-SIDA y el cáncer, sobre el cual se basa esta investigación, por ello profundizaremos en esta enfermedad un poco más.

2.2 Antecedentes del cáncer.

Salaverry (2013), refiere que desde hace 150000 años hay evidencia de lesiones que se consideran compatibles con el cáncer; aunque esta era poco frecuente, se sabe que su incremento se ha dado a consecuencia de los cambios medioambientales. Al igual que muchas de las enfermedades mentales, el cáncer en las primeras civilizaciones se consideraba como algo sobrenatural; dado que estas no eran tan recurrentes no había un especialista en tumoraciones como lo había en Egipto para otras enfermedades como las oculares, por ejemplo; aunque la enfermedad como tal, si era reconocida. En el siglo IV A.C. se encontró en escritos Hipocráticos tanto las primeras descripciones de la enfermedad, así como el origen etimológico de la palabra cáncer; donde se hacía mención de lesiones ulcerosas que en ocasiones se veían endurecidas, las cuales se desarrollaban de forma progresiva, sin control y que se extendían por tejidos como patas de cangrejo; razón por la cual se le denominó con la palabra griega *καρκίος*, que paso al latín como cáncer, que se utiliza hoy en día como el término médico para denominar determinada lesión.

Por otro lado, se desarrolló también la palabra $\kappa\alpha\rho\kappa\acute{\iota}\nu\omega\mu\alpha$ (karkinoma), para señalar ulceras externas de difícil curación, la cual conocemos hoy como una lesión cancerosa; habiendo entonces encontrado la palabra cáncer y karkinos en textos médicos antiguos que nos llevan a lo que hoy sabemos de esta enfermedad. Se han encontrado otras palabras que están relacionadas con el cáncer, tal es el caso de $\omicron\upsilon\kappa\omicron\varsigma$ (hinchazón), que posteriormente se traduciría en latín como tumor; de esta palabra es que surge la palabra oncología (dado el sonido de la palabra $\omicron\upsilon\kappa\omicron\varsigma$) que hoy sabemos es el estudio de los tumores, sean o no malignos.

Debido al poco conocimiento que se tenía de la enfermedad, el tratamiento era de tipo local y herbolario y en muchos casos no se recomendaba tratamiento; siendo Galeno (129-157 d.C.) quien describiera en un libro lesiones tumorales que consideraba eran consecuencia del humos de bilis negra y que esta debía ser eliminada a través de cirugía por exéresis o cauterizando con fuego. No fue sino hasta muchos años después que el avance de la ciencia, la medicina y la tecnología permitieron que se probarán otros métodos de tratamiento de la enfermedad, hasta llegar a los que conocemos hoy en día.

2.3 Definición de cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer define esta enfermedad como un descontrol de multiplicidad de las células, diseminándose a otras partes del cuerpo, la cual puede comenzar en cualquier parte; cuando las células al multiplicarse para formar nuevas células de reemplazo no siguen el proceso normal se transforman en células anormales o células dañadas, multiplicándose en una forma que no deberían y que por ende pueden formar tumores de tipo cancerosos ya sea benignos o malignos; los cuales se diseminan, es decir, invaden los tejidos cercanos; y además pueden también viajar a partes más lejanas del cuerpo, formando otros tumores, lo cual se conoce como metástasis. (NCI, 2021).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la palabra cáncer se usa generalmente para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar una o varias partes del organismo; una de sus principales características es la aparición de “tumores malignos” y/o “neoplasias malignas”; además de la rápida multiplicación de células anormales que pueden atacar diferentes órganos y/o partes adyacentes del cuerpo, a lo que se le conoce como “metástasis”; siendo estas últimas la principal causa de la enfermedad y en su mayoría las responsables de muchas batallas perdidas.

Hoy en día sabemos que el cáncer se produce debido a la producción de células normales que se transforman en células tumorales, estas alteraciones se dan como resultado de la interacción de factores genéticos, así como agentes externos. Otro factores que pueden ser coadyuvantes de la aparición del cáncer, es la edad; debido a la acumulación de factores de riesgo; aunado a la pérdida que se da de la eficacia de los mecanismos de reparación celular.

Con base en diversos estudios e investigaciones hechas por la OMS, hoy se sabe que, si el cáncer es detectado a tiempo, este puede ser curable, con un tratamiento adecuado y eficaz. Además de que el riesgo de padecer cáncer puede reducirse a través de la prevención, que conlleva no generar acciones de riesgo que pueden ser un generador de tumores.

La American Cancer Society (2021), manifiesta que el cáncer es un término genérico que es utilizado para señalar enfermedades cuya característica es el descontrol en el crecimiento de las células anormales, las cuales pueden crecer y multiplicarse invadiendo otras partes del cuerpo a través del sistema circulatorio o linfático, esto se conoce como metástasis.

El National Cancer Institute (2021), señala que esta enfermedad puede tener muchas causas, entre ellas la genética, el estilo de vida y la exposición a determinados carcinógenos; también indica que tanto el diagnóstico como el tratamiento tempranos son un factor determinante para la supervivencia de quien lo padece; dentro de los tratamientos disponibles para esta enfermedad están: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y terapias biológicas.

2.4 Etiología del Cáncer.

Dado que el cáncer es una enfermedad genética, los cambios en los genes que controlan el funcionamiento de las células, como es que éstas se forman y multiplican son las responsables de causar cáncer; estos cambios se producen principalmente por errores al multiplicarse las células, daños en el ADN que pueden ser provocados por sustancias químicas como por ejemplo el humo de tabaco, el alcohol y los rayos UV; además de la herencia de padres a hijos.

Entre los factores de riesgo de cáncer que existen además de la edad, está la exposición a productos químicos, así como algunos comportamientos; además de antecedentes familiares; se han hecho estudios para demostrar quién tiene más o menos probabilidad de padecer cáncer con base en su comportamiento y exposición, sin embargo, estos estudios no han podido probar como tal que una determinada sustancia o comportamiento sean la causa de la enfermedad; los siguientes factores de riesgo que se mencionan a continuación son los más estudiados; algunos de ellos pueden evitarse o bien limitarse para así disminuir el riesgo de presentar ciertos tipos de cáncer: alcohol, dieta, edad, gérmenes infecciosos, hormonas, inflamación crónica, inmunosupresión, luz solar, obesidad, radiación, sustancias en el ambiente que causan cáncer y tabaco. (NCI, 2015).

Debido a que el cáncer no es una enfermedad única como tal, sino un grupo de enfermedades relacionadas es que se han estudiado muchas maneras de ayudar a prevenir el cáncer, dentro de las cuales se pueden destacar: la evasión o control sobre la exposición a cosas que se saben provocan cáncer, hacer cambios en la alimentación y el estilo de vida, identificar de manera temprana afecciones que se pueden convertir en cáncer, quimio prevención, cirugía para disminuir riesgos. (NCI, 2022. en su versión para pacientes).

Ahora bien, se sabe que existen factores de riesgo causales, que están relacionados con el cáncer; tal como lo es el consumo de tabaco, el cual aumenta la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón; otro factor de riesgo de este tipo son las infecciones, las cuales se calcula que mundialmente causan el 13% de todos los casos de cáncer, un ejemplo de esto es el VPH; la exposición a la radiación también es una causa de cáncer; la inmunodepresión posterior a un trasplante también está contemplada como causa de cáncer, esto debido al uso de los medicamentos que se usan para que los pacientes no rechacen el nuevo órgano.

Dentro de los factores de riesgo o protección que tienen relación con el cáncer, se encuentran los siguientes: alimentación, consumo de bebidas alcohólicas, actividad física lo que contempla a quienes realizan ejercicio en exceso, como a quienes llevan una vida sedentaria, la obesidad, la diabetes que conlleva el uso de medicamentos a largo plazo, así como exámenes de detección.

2.5 Hablemos de prevenir el cáncer.

Ya hemos analizado qué es lo que nos puede llevar a enfermarnos de cáncer, ahora es necesario abordar qué es lo que podemos hacer para prevenir esta enfermedad.

La SMeO (Sociedad Mexicana de Oncología, A. C., 2016), nos dice que la prevención del cáncer debería ser una clave en los programas nacionales; ya que se estima que un tercio de los casos pueden prevenirse y por ende se generaría una estrategia a largo plazo que conlleva a un costo-eficaz para el control del cáncer. Según la OMS, aproximadamente el 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos.

Los virus como hepatitis B y C, el VIH y algunos tipos de papilomavirus humanos aumentan el riesgo de cáncer de hígado y cuello uterino, por ejemplo.

Como ya se mencionó anteriormente, una mala alimentación que conlleva a obesidad, diabetes y problemas cardíacos, también pueden conducir a padecer cáncer, por ello es necesario hacer conciencia en las personas que llevar una vida activa y tener una alimentación sana, puede prevenir o al menos reducir el riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer, además de evitar la exposición prolongada al sol sin protección, la exposición a radiaciones y/o productos de orden carcinógeno.

2.6 Epidemiología del cáncer.

El cáncer es una de las enfermedades con mayor mortandad en el mundo; esto se debe en muchas ocasiones a su diagnóstico tardío, sobre todo cuando la ubicación del tumor o la lesión no genera modificación o dolor alguno, lo cual imposibilita o retarda que los pacientes acudan al médico a recibir un diagnóstico.

Debido a lo anterior es que se considera que las proyecciones con respecto al cáncer no son alentadoras, lo que representa es y será un gran desafío para la sociedad, sobre todo en la parte económica y lo que refiere a los sistemas de salud. (Reynoso & Torres, 2018).

2.7 El cáncer a nivel mundial.

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2022), el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo; las estadísticas más recientes se muestran que en el 2020, alrededor de una de cada seis personas murieron a causa de esta enfermedad; siendo el cáncer de mama, pulmón, colon y recto, próstata, piel y gástrico los más comunes. Es importante señalar que el cáncer no es una enfermedad exclusiva de los adultos, ya que cada año alrededor de 400,000 niños contraen diferentes tipos de cáncer.

2.8 El cáncer a nivel nacional.

Ahora bien, si hablamos de las cifras en nuestro país, la magnitud no es tan diferente a lo que se presenta a nivel mundial, ya que es la tercera causa de muerte, esto después de enfermedades cardiovasculares y la diabetes. En nuestro país, el cáncer de mama, próstata, cérvico uterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en ambos sexos.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud), señala que en el 2015 referenciado en OMS (2022), por cada 100 mil habitantes, el cáncer de próstata ocasionó la muerte de 13 varones, mientras que el de mama provocó 11 decesos en mujeres.

La Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO, 2016), considera que la elevada cifra de muertes en nuestro país, se deben a un diagnóstico tardío, situación que no difiere del panorama mundial, como ya se mencionó; pues con base en las estadísticas el 60% de los cánceres son detectados en etapas avanzadas, generando con ello que los tratamientos paliativos, predominan en estos casos y con ello que la mortalidad se incremente.

En el 2013, el país presentaba una tasa de mortalidad de 66.37 por cada 100,000 habitantes, en el caso de las mujeres se ha observado una disminución en cuanto al cáncer cervicouterino; pero ha aumentado en lo que respecta al cáncer de mama. (Reynoso & Torres, 2018).

2.9 El cáncer a nivel Estado de México

De acuerdo con el Gobierno del Estado de México en un estudio del 2018, este estado ocupa el primer lugar de casos diagnosticados de cáncer en el país; esto de acuerdo con un reporte hecho por el director del Centro Oncológico del ISSEMyM José Luis Barrera Franco. En dicho estudio se indica que la leucemia, el cáncer de mama y de próstata ocupan los primeros lugares. Gabriel O'Shea Cuevas, secretario de salud del estado; refiere que es la enfermedad a la que más presupuesto se destina, es decir, la más cara que atiende el sector salud y puede prevenirse; por lo que sugiere que el 70% del presupuesto se destine a programas de prevención que permeen en la población y ayuden a adoptar otro estilo de vida.

El Instituto Estatal de Salud práctica de 300 a 400 exámenes por cáncer de mama a mujeres, ya que tan solo por este padecimiento en el 2017, murieron 10.9 personas por cada 100 mil habitantes. El 33% de los 21 mil pacientes que recibe el Centro Oncológico del ISSEMyM en la ciudad de Toluca, son atendidos por cáncer de mama, de ellas, solo el 10% llega en una etapa de detección temprana.

En cuanto a la tasa de mortalidad se refiere, el Estado de México está en un 54 por cada 100,000 habitantes, siendo las mujeres las mayores afectadas con un rango de edad de 30 a 59 años (Reynoso & Torres, 2018).

2.10 Comorbilidades relacionadas con el cáncer.

La comorbilidad relacionada con el cáncer puede estar presente antes o después de diagnóstico de la enfermedad como tal; la American Society of Clinical Oncology (2021), expresa que al menos uno de cada 4 adultos tiene al menos 2 enfermedades crónicas que pueden considerarse comorbilidades; estas son:

- Presión arterial alta.
- Enfermedades del corazón.
- Diabetes.
- Enfermedad renal.
- Artritis.
- Depresión y ansiedad.

Estas comorbilidades como se mencionó pueden haber estado presentes antes del diagnóstico de cáncer o bien aparecer durante el desarrollo de la enfermedad; dentro de las implicaciones que tienen durante el tratamiento per se, están las reacciones que se puedan tener de los medicamento que se consumen para mitigar estas enfermedades y los medicamentos suministrados para el cáncer, lo cual se conoce como interacciones farmacológicas; además de estas interacciones, se tiene también el efecto que tiene la medicación contra el cáncer, que debilita el sistema inmune, que puede conllevar a que estas enfermedades empeoren; además de que estas enfermedades pueden complicar el tratamiento en sí del cáncer y hacer que la recuperación sea más lenta.

Para poder sobrellevar estas comorbilidades, es importante que el paciente tenga control sobre sus enfermedades, que respete las indicaciones del médico, y sobre todo tener el mayor conocimiento posible de su historial médico, ya que esto ayudará al personal de oncológica a planear una mejor estrategia sobre su tratamiento. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

2.11 Tipos de tratamientos

Dentro de los principales tipos de tratamiento que existen hoy en día para el cáncer, existen tres que se consideran la base: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia; estos tratamientos dependen del tipo, localización y etapa en la que se encuentre la enfermedad; en muchas ocasiones se hace uso de tratamientos o terapias combinadas, es decir, se puede recurrir a la cirugía en conjunto con la radioterapia, pero esto lo determina el médico especialista.

Estos tratamientos de acuerdo con lo que sostienen Arrivillaga, Correa y Salazar (2007), llegan a representar una amenaza, esto debido a que los efectos de ellos afectan su calidad de vida situación que provoca que en muchas ocasiones los pacientes eviten o rechacen el tratamiento.

De los tratamientos ya mencionados anteriormente, tenemos:

- a. **Quimioterapia.** Este tratamiento tiene como objetivo matar a través de medicamentos administrados vía oral o intravenosa, las células cancerosas que se encuentran en el cuerpo. Para muchos este es el tratamiento más común, sin embargo, este se utiliza cuando la cirugía y radioterapia no son tan efectivos como se espera; esto es común en los siguientes tipos de cáncer: linfomas, sarcomas y leucemia. Los efectos secundarios más comunes de este tratamiento son: náusea, vómito, fatiga, pérdida de cabello y pérdida de apetito derivado

muchas veces por la sintomatología de las náuseas y el vómito (NCI, 2023).

- b. **Radioterapia.** Este tratamiento al igual que el anterior tiene como propósito matar las células cancerosas, sin embargo, esto se realiza a través de radiación ionizante la cual puede ser electromagnética o por partículas, la cual es focalizada en la zona donde se encuentra el tumor o lesión cancerosa. Dentro de los efectos secundarios más comunes de este tratamiento, se tiene el dolor debido a las quemaduras que se producen por la exposición prolongada a la radiación, el cansancio y en algunas ocasiones la náusea (esta depende de la zona de radiación). (NCI,2023).
- c. **Cirugía.** La cirugía como tal, suele ser el tratamiento más afectivo o de mayo recurrencia cuando esta es una opción, ya que su objetivo es la extirpación del tumor canceroso y parte del tejido a su alrededor, que puede estar o no contaminado, por así decirlo; este tratamiento suele ser muy efectivo e incluso curativo si se elimina todo el cáncer; sin embargo, se puede usar también como una medida paliativa para aminorar los síntomas (sobre todo en tumores de crecimiento acelerado y exponencial). En el caso de la cirugía, es sumamente importante que se haga del conocimiento el paciente las afectaciones y/o limitaciones que pueda tener su cuerpo a consecuencia de la cirugía. La cirugía como opción se tratamiento es solo recomendada cuando el cáncer no ha hecho metástasis y si la extirpación del tumor es viable debido a su ubicación y tamaño. Los efectos secundarios de la cirugía dependen de la ubicación, afectación y extensión de esta (NCI, 2023).
- d. **Terapias combinadas.** Este tipo de tratamiento suele ser el más común ya que es el más efectivo al ser una combinación de los tres antes mencionados, además de terapias nutricionales, terapia dirigida cuya función es bloquear señales de células cancerosas e inmunoterapia donde se utiliza el sistema inmunológico para combatir el cáncer, en conjunto con anticuerpos monoclonales y terapia celular (NCI, 2023).

2.12 Principales formas de detección de cáncer en adultos.

El cribado, que se considera una de las principales formas de detección, tiene por objetivo descubrir a las personas que presentan anomalías indicativas de un cáncer determinado o de una lesión precancerosa que permita la detección y tratamiento oportuno. El cribado y el diagnóstico temprano pueden reducir las tasas de mortalidad, así como el conocimiento de los signos y síntomas iniciales en cánceres como: piel, mama, colon y recto, cuello uterino y boca; es clave para que se pueda diagnosticar y tratar de manera oportuna. (SMeO, 2016).

Como señala la Sociedad Mexicana de Oncología (2016), el simple conocimiento de ciertos síntomas y señales de algunos tipos de cáncer puede ser determinante para la detección oportuna de la enfermedad, además de revisiones y estudios que en las mujeres se deben realizar a partir de determinada edad y de forma periódica para identificar modificaciones, cambios y/o crecimientos anormales de células. Existen además de las medidas de detección ya mencionadas, otras que no son tan usuales, y que ciertamente van acompañadas de la indicación de un médico, estas son: la endoscopia, el análisis de sangre, la biopsia, la ecografía endoscópica, el ultrasonido, la resonancia magnética, la auto observación, la auto exploración, la toma de rayos x, la tomografía, ya sea simple o contrastada, esto es en lo que respecta a las medidas de detección, sin embargo, también se consideran síntomas que se deben tener en cuenta como: dolor persistente, fiebre sin una causa aparente, moretones o sangrado sin razón aparente, inflamación de ganglios linfáticos, picazón en el cuerpo sin presentar lesiones en la piel, cansancio, palidez y anemia súbita, pérdida significativa de peso, dolor de cabeza y vómito que se presenta por la mañana y que se puede alargar por varios días, hinchazón de abdomen e infecciones que no tienen mejoría a pesar de medicación

Capítulo 3. Estilos de afrontamiento y calidad de vida

3. Adherencia al tratamiento, calidad de vida y estilos de afrontamiento.

Como ya se hizo mención previamente, y como da a conocer Arrivillaga, Correa y Salazar (2007); debido a que los tratamientos que hoy en día existen, suelen representar una amenaza debido a los efectos que tienen en la salud y la calidad de vida, dado sus efectos secundarios, esto implica o conlleva a que la adherencia al tratamiento no siempre sea la mejor o la adecuada; pues se genera un rechazo o una evitación al tratamiento.

En este sentido muchas veces el paciente hace un balance acerca del costo-beneficio del tratamiento como tal y las reacciones que este tiene en su salud y su calidad de vida, que puede llevarlo a tomar en algunas ocasiones decisiones que no son muy acertadas en lo que respecta a su salud, es por ello que se debe informar e involucrar al paciente mismo, no con el objetivo de que acepte a cabalidad todos los tratamientos, sino al contrario para que pueda tomar una decisión consciente e informada de llevarlos a cabo o no y en si decide llevarlos a cabo, conozca el impacto físico, mental y emocional que estos tendrán en su calidad de vida; ya que esto también afecta el tipo de afrontamiento que tenga el paciente ante la enfermedad y la adherencia que tenga al tratamiento y finalmente la efectividad de este mismo.

3.1 La crisis emocional ante el diagnóstico de cáncer.

A juicio de Prieto (2004), el cáncer es visto por la mayoría de la gente como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o ninguna, esto a pesar del acceso a la información que se tiene hoy en día; esta noticia sigue siendo similar o en ocasiones igual a recibir una sentencia de muerte; es por ello por lo que se produce un impacto emocional mayor que con cualquier otro diagnóstico que se reciba, impactando no solo al paciente, sino a los familiares cercanos del mismo.

Se cree que las posibilidades de remisión dependen del tipo de cáncer que se haya diagnosticado, además de las estrategias tanto médicas como de afrontamiento que tenga el paciente y en gran medida el apoyo emocional que reciba; cabe recalcar que debido a que no hay dos cánceres iguales, ni se comportan del mismo modo, esto no siempre se llega a cumplir y de esto debe ser consciente el paciente.

Debe entenderse la salud como un resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico; hoy en día son más los profesionales que admiten el papel de las emociones y actitudes, y cómo es que estas juegan un papel importante en cuanto a la curación del cáncer; se ha demostrado la interconexión que existe entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello es de suma importancia mantener también un equilibrio psicológico. Se han realizado estudios que muestran que las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, pueden resultar más dañinas que la enfermedad misma, pues puede interferir en la efectividad del tratamiento.

De acuerdo con el Instituto Nacional Americano para el Cáncer (2020), existen actividades y actitudes que todo paciente debe aceptar para luchar contra la enfermedad, estas son:

- Ser consciente de que el diagnóstico de cáncer no es necesariamente una sentencia de muerte y que existen oportunidades de librar esta enfermedad.
- Ser consciente de que siempre hay muchas posibilidades de disfrutar la vida y participar en ella, aun cuando se esté pasando por un proceso como este.
- Hacer planes para el futuro, no renunciar a conseguir nuevas metas, que conlleven al impulso de necesitar y querer seguir vivo.
- No culparse cuando el curso de la enfermedad no evoluciona como hubiéramos deseado, ya que, aunque se tenga una actitud positiva, esto no lo es todo.
- Seguir los consejos dados por el médico y equipo asistencial.
- No sentirse solo o desamparado, es decir, contar con un sistema de apoyo, además de visualizar que no se es el único que atraviesa por este proceso.
- Luchar contra el sentimiento de soledad. No permitir que las relaciones entre familiares y amigos sean diferentes a cómo eran antes del diagnóstico, es importante no sentirse como un desahuciado.
- Hay que recordar que es exactamente la misma persona de siempre, que la enfermedad no cambia su esencia.
- Ser consciente de lo que realmente puedo y no puedo hacer, aceptar que debido a los tratamientos médicos y los malestares que estos conllevan, quizá haya cosas que sean más complejas de realizar que antes.
- Procurar no relegar en otras personas aquellas actividades que usted realmente pudiera realizar, sentirse útil y capaz de realizar las cosas por sí mismo.
- Intentar describir la enfermedad en términos de esperanza. Sentirla como un desafío y no describirse como una víctima.
- Perseguir la felicidad y evitar las situaciones estresantes, que puedan disminuir la eficacia del tratamiento.
- Intentar descargar emociones y sentimientos negativos, de ser posible acudir a terapia para expresar las emociones que se generan, tales como el miedo.
- Practicar relajación e intentar visualizar la recuperación y en medida de lo posible, realizar alguna actividad física.
- Mantener una postura de esperanza y confianza en el tratamiento.

“Los pacientes que se muestran aprensivos suelen morir con rapidez aun cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que se reciba sea el adecuado. Por el contrario, los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer usualmente mejoran” (Miller, 1980; citado en Prieto, 2004).

Es muy importante considerar las posibles reacciones de una persona que es diagnosticada con cáncer, ya que es frecuente que se presente incertidumbre, confusión, miedo y rechazo; debiendo valorar los posibles beneficios y problemas que estas emociones pueden ocasionar en el paciente y su consecuente tratamiento; por ello es fundamental que al momento del diagnóstico, se modifique la percepción errónea que tiene el paciente con respecto a la enfermedad, su atención y pronóstico de vida; la información que reciba debe ser clara, sencilla y oportuna, ya que cuando la información es confusa o es insuficiente, el paciente tenderá a sacar sus conclusiones, incrementando sus expectativas, miedos y barreras de afrontamiento a la enfermedad, dado lo anterior diversos autores hacen énfasis en que la forma y calidad de la información son un factor decisivo en el proceso de afrontamiento del paciente. (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Arrivillaga, Correa y Salazar (2007), refieren que la negación es parte de la respuesta ante el diagnóstico y esto no solo se presenta en esta etapa, sino también en otras de la enfermedad; de acuerdo con Fonnegra (1999, citado en Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007), esta reacción suele ser un amortiguador que permite que el paciente se recupere de manera gradual y pueda implementar otras defensas o estrategias para enfrentar los retos de dicha enfermedad; reacciones como la ira, la rabia, la envidia o el resentimiento aparecen cuando se consideran las posibles pérdidas y se autoevalúa en una situación de desventaja con respecto a otros, incluida su familia; estos sentimientos pueden provocar que la persona se sienta incomprendida y sola al enfrentar su enfermedad. Algunas otras reacciones como la ansiedad o depresión se presentan al enfrentar un futuro incierto, el miedo a sufrir, a no curarse, a presentar complicaciones, convertirse en una carga para otros, que el tratamiento no sea el adecuado, que la operación falle, que haya metástasis, la frecuencia en las hospitalizaciones, los cambios físicos en la persona que muchas veces se pueden percibir como un deterioro de la salud y un acercamiento al estado terminal y por consiguiente a la muerte.

3.2 Los estilos de afrontamiento ante el cáncer.

Se considera que los estilos de afrontamiento son variables psicológicas que muestran el tipo de adaptación ante el diagnóstico de cáncer o bien una disfunción; el afrontamiento puede centrarse en el problema y se caracteriza por la búsqueda de información o bien puede estar dirigido a la emoción, tal como lo es el evitar el problema, generar un modo de escape o distanciamiento hacia la enfermedad; que puede generar un sentimiento de desesperanza. Se define entonces que “el estilo de afrontamiento a las características individuales con que una persona evalúa y responde ante la amenaza de la enfermedad; así como las experiencias” (Galindo, 2019).

Nezu (2001), hace referencia en el artículo “Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer”, que tanto el cáncer como el tratamiento en sí, resultan eventos estresantes, los cuales pueden acarrear repercusiones psicológicas, sobre los cuales el paciente hace frente a través de esfuerzos cognitivos y/o conductuales que pueden cambiar, dependiendo de la etapa del tratamiento, la evaluación del propio paciente, así como los recursos con que cuenta el enfermo, el sistema de apoyo que tenga, entre otros factores; a todo este conjunto se le conoce como “estilos de afrontamiento”.

Autores como Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal han propuesto una triada de evaluación cognitiva, la cual considera la percepción del diagnóstico, la sensación de control sobre la situación que se vive y la visión que se tenga con respecto al pronóstico, el cual puede o no ser favorable.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el afrontamiento se considera como el empleo de diversos recursos que tiene una persona, ya sea cognitivos, conductuales, o emocionales que le ayudan a reducir o tolerar situaciones de estrés; Díaz (2010) puntualiza que el tipo de afrontamiento de una persona no garantiza el éxito de una persona ante determinada situación, si no que puede ser un factor que ayude a tener un buen o mal resultado al enfrentar lo que se vive. Mok y Tam (2001) consideran que un factor determinante en la manera de afrontar situaciones que afrontamos en la vida tiene que ver con las situaciones pasadas que se han experimentado, además de los recursos con los cuales se disponga. Retomando la idea de Lazarus y Folkman (1984), dada su definición, consideraban que solo había dos estilos de afrontamiento: uno centrado en el problema y otro centrado en la emoción; sin embargo, por su parte Carver, Scheier y Weintraub (1989) sumaron un estilo de afrontamiento más, el evitativo.

Lazarus y Folkman (1984) sugieren 5 estilos de afrontamiento que son los más comunes:

- Afrontamiento activo - Acción directa y orientada a resolver un problema.
- Afrontamiento pasivo - Evitar o ignorar el problema sin abordarlo de manera directa.
- Afrontamiento emocional - Regula las emociones negativas, pero no se aborda el problema de manera directa.
- Afrontamiento cognitivo - Modificación de creencias o reestructuración cognitiva de una situación que genera estrés.
- Afrontamiento social - Busca apoyo de amigos, familia y/o comunidad para afrontar una situación.

3.3 El impacto psicológico, reacciones emocionales y calidad de vida en pacientes con cáncer.

El diagnóstico de cáncer afecta de manera considerable el bienestar de las personas y de quienes se relacionan con la persona diagnosticada; es por ello que la evaluación e intervención es primordial para favorecer la calidad de vida y debe por ello considerarse que el cáncer tiene un impacto no solo a nivel físico, sino también psicológico social e incluso espiritual. Se considera entonces que el cáncer es una de las enfermedades más temidas, ya que de alguna u otra forma todos en algún momento de nuestras vidas hemos conocido o tenido un familiar que ha padecido esta enfermedad; por ello es que conocemos o tenemos idea de algunas de las características, como son: el dolor, la inminencia a la muerte, así como los efectos secundarios de los tratamientos médicos que son más comunes; esto puede determinar una orientación de comportamiento que se basa en las creencias que se establecen con base en la experiencia. (Oblitas, 2010).

Las reacciones emocionales que tiene un paciente con cáncer son variables y pueden estar determinadas la edad, sexo, tipo de cáncer, dónde es que este se ubica, las comorbilidades de la persona, sus condiciones físicas, las habilidades individuales, su condición económica, la presencia y/o ausencia de una red de apoyo, así como su estado mental; dichas reacciones se asociarán en algún momento con los síntomas propios de la enfermedad que debe sobrellevar el paciente, así como los efectos colaterales del tratamiento que reciba, los cambios en el estilo y forma de vida que implican y la preocupación sobre la propia enfermedad y la muerte; pueden llevar a niveles altos de estrés, ansiedad, impotencia, irritabilidad, desesperanza, pérdida de control y depresión.

En la fase donde el paciente está en proceso de saber si padece o no cáncer, interactúa con diversos profesionales de quienes recibe mucha información que puede llegar a ser confusa y en ocasiones contradictoria, esto puede llegar incrementando la incertidumbre, los cambios emocionales y sobre todo el miedo; una vez que recibe el diagnóstico, se consideran en la afectación, tanto factores personales como del medio ambiente; ya que pueden afectar el proceso de adaptación y ajuste frente a la enfermedad; dentro de los factores personales tenemos además de las ya mencionadas, creencias religiosas, los antecedentes que se tienen con enfermedades previas, el estilo de afrontamiento con respecto a dichas enfermedades y/o situaciones críticas o problemáticas; así como habilidades que se tengan para resolver trámites y acciones de carácter legal que le permitan garantizar su salud y vida, también influyen cuestiones como la conceptualización que se tenga del cáncer, las pérdidas que se hayan tenido en el año previo al diagnóstico, el nivel de tolerancia a la frustración, antecedentes de depresión, ansiedad y cualquier otra alteración emocional. En cuanto a la enfermedad se consideran aspectos clínicos que afectarán el estado emocional del paciente, como lo es: tipo de cáncer, la etapa en que se encuentra la enfermedad, el lugar donde se localiza el tumor, el pronóstico de vida con base en lo anterior, los posibles tratamientos, el dolor, así como otros síntomas que puedan resultar incapacitantes; se debe considerar también que ciertos tipos de cáncer y/o tratamientos pueden afectar la imagen corporal, el autoconcepto y el sentido de autoeficacia. En lo que respecta a los factores ambientales, se consideran: las redes de apoyo y contención, el acceso a la seguridad social que facilitará o dificultará el acceso a la atención médica y al tratamiento y el entorno físico donde se desenvuelve el enfermo, pues se deberán tomar en cuenta las actitudes de la comunidad hacia él o ella; así como el de los cuidadores primarios, ya que el paciente debe evitar la influencia negativa y derrotista que puedan llegar a tener sus interacciones sociales y familiares. (Arrivillaga, Correa, y Salazar, 2007).

Los autores ya mencionados refieren que el impacto psicológico negativo puede mantenerse aún y cuando la persona haya tenido un tratamiento favorable y el cáncer se encuentre en remisión, ya que se presenta el temor a la recurrencia del cáncer, la reexperimentación de los síntomas, los recuerdos repetitivos en cuanto a experiencias traumáticas relacionadas con la enfermedad, las consecuencias con el tratamiento y/o los efectos secundarios de esta. Se puede considerar entonces que el cáncer suele ser una herida que no cierra aun cuando la persona está curada, ya que el tener que asistir de manera periódica a controles o seguimientos de la enfermedad suponen una reconocimiento traumática de lo que suponen quieren dejar atrás.

Los tipos de afrontamiento que permiten a una persona sobrellevar la enfermedad son cinco: a. espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo o desesperanza y preocupación ansiosa.

3.4 Calidad de vida de pacientes con cáncer.

Empleando las palabras de Sanchez, Sierra y Martín (2015), la calidad de vida se debe plantear desde su relación con la salud, ya que no siempre se considera importante en este sentido cuestiones como: el ambiente familiar, la espiritualidad, la religiosidad, tipo de atención médica y calidad de la atención médica recibida entre otros.

Como señalan Sánchez, Sierra y Martín (2015) en su estudio “¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?”, la calidad de vida está relacionada con la ubicación del cáncer y el tipo de población que refiere a adultos o niños, más que hacer una referencia al sexo como tal; además de considerar dentro de la calidad de vida aspectos como el cuidado, el bienestar y el componente sociofamiliar y la alimentación.

Por otra parte, citando a Oblitas (2010), la calidad de vida es considerada como “la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actitud cotidiana y su propia salud”; hoy en día la calidad de vida considera y evalúa aspectos tales como la salud, el trabajo, la alimentación, la educación, la vivienda, la seguridad social, el bienestar físico, mental y psicológico. La OMS (citada en Oblitas, 2010), destaca que la calidad de vida no solo debe considerar la ausencia de síntomas de una enfermedad o la enfermedad como tal; sino que además de considerar el bienestar físico, mental y psicológico y que los profesionales de la salud deben considerar y procurar el tratamiento con base en ello.

Se tiene entonces que la calidad de vida debe ser un objetivo de tratamiento, la cual debe ser considerada para evaluar los beneficios y consecuencias de una intervención que puede ser terapéutica y/o farmacológica.

b) Justificación para el abordaje de un problema teórico, metodológico o aplicado.

Con base en las revisiones hechas en diversas fuentes, se ha realizado diversidad investigaciones en lo que respecta a los tipos de afrontamiento en pacientes con cáncer; sin embargo, solo se han hecho correlaciones de estos con respecto al nivel de ansiedad y depresión, esto tanto en países como México y Colombia principalmente; es por ello que con la presente investigación se quiere

revisar la relación que existe entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de mujeres con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años.

Dentro de las revisiones hechas se encontraron estudios como “¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?”, de Sánchez, Sierra y Martín (2015), cuyo objetivo principal era evaluar el concepto que tienen los pacientes con cáncer de la calidad de vida, dicho estudio contempló pacientes menores de edad, con diferentes tipos de cáncer; otro estudio encontrado denominado “Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana” de Roman y Palacio (2015), tuvo como objetivo la adaptación de Mini-MAC al español para así examinar sus propiedades psicométricas en pacientes oncológicos, correlacionando los resultados de este instrumento con la escala de ansiedad y depresión hospitalaria; así como el cuestionario de detección del malestar emocional; donde se encontraron correlaciones significativas entre la desesperanza y la preocupación ansiosa, además de correlaciones significativas entre el Mini-MAC, el HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y el DME (detección de malestar emocional). En lo que respecta a investigaciones realizadas en población mexicana se tiene a la “Escala de afrontamiento al cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana”, de Galindo (2019), cuyo propósito fue evaluar el estilo de afrontamiento de pacientes con cáncer en dos dimensiones centrados en el problema, que pueden ser activos positivos, o bien evitativos; en esta investigación se hizo uso de instrumentos tales como el MAC (Mental Adjustment to Cancer), el HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y el termómetro del Distress; encontrando correlaciones tanto positivas como negativas significativas que muestran la relación entre los estilos de afrontamiento, la ansiedad, depresión y el estrés.

Se puede resumir que, con base en las investigaciones referidas, para la mayoría es importante considerar variables tales como la ansiedad y/o depresión que genera la enfermedad como tal, así como el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con cáncer; sin embargo, como se puede observar, no se hace referencia o relación a los estilos de afrontamiento y la calidad de vida; razón por la cual se tomó la determinación de hacer esta investigación.

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

c) Pregunta de investigación

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento más comunes en las mujeres de entre 30 y 50 años con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años?

¿Qué relación existe entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de una mujer de entre 30 y 50 años con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años?

d) Objetivo de investigación

- Analizar si existe una correlación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de mujeres de 30 a 50 años con diagnóstico de cáncer, no mayor a tres años.
- Identificar los estilos de afrontamiento de mujeres con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años.
- Evaluar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años.

4. Tipo de estudio.

Esta investigación pretende evaluar la relación que existe entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de mujeres de 30 a 50 años con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años; dicha investigación es de carácter descriptivo correlacional y se hizo a través de la aplicación de dos instrumentos, el primero evalúa los estilos de afrontamiento, mientras que el segundo evalúa la calidad de vida de pacientes con cáncer. Se hizo este tipo de investigación ya que dicho en palabras de Hernández, Fernández y Baptista (2014), este tipo de investigación tiene como propósito dar respuesta a preguntas acerca de la relación que existe entre las variables de estudio, y cómo es que se observa esta relación.

Para dar respuesta a estos cuestionamientos, se procedió a la recolección de datos a través de la resolución de dos instrumentos; el mini mac, para evaluar los estilos de afrontamiento y el QLQ-30, para evaluar la calidad de vida; para ello se generó un formulario de preguntas en Google forms, que contenía las preguntas de ambos instrumentos; al cual se le dio difusión a través de redes sociales principalmente y difundiendo con familiares, amigas y conocidas que están pasando por esta enfermedad. Una vez que se obtuvieron los datos que consideran una muestra representativa, se procedió a realizar el análisis de los datos demográficos y por variable que se obtuvieron.

5. Variables

5.1 Variable de investigación 1: estilos de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer.

Tenemos estilos de afrontamiento de tipo psicológico ante el diagnóstico de cáncer, tales como: a. La religión, la cual ayuda a las personas a poner sus problemas en perspectiva y reducir con ello la ansiedad que generan, ya que se cuenta con una guía espiritual y un consuelo que se apoya del sistema de creencias que tienen las personas con las que convivimos; b. La solución de problemas, donde el paciente busca una respuesta o solución para enfrentar su enfermedad y le da un poco de control sobre ella; c. La negación y evitación cognitiva, en esta estrategia los niveles de ansiedad disminuyen ya que evita pensar en la enfermedad, sucede algo similar con la evitación cognitiva, ya que muchos pacientes optan por pensar que no están enfermos y esto no solo ayuda al paciente, sino que también se permea en familiares y amigos; d. La búsqueda de apoyo social es un tipo de afrontamiento activo a diferencia de los anteriores pues al buscar apoyo se genera atención al paciente y los familiares, que conllevan a una mejor calidad de vida; e. La reevaluación positiva, al ser una estrategia de protección contra el estrés, se acerca un poco a la negación y puede incluir de manera negativa al momento de enfrentar la adversidad, el tratamiento y la recuperación; f. La estrategia de espera es considerada un estilo pasivo; ya que se decide no hacer nada y dejar que las cosas pasen, sin dejar de lado el tratamiento médico y/o el apoyo que se pueda tener; g. La autonomía, en este tipo de afrontamiento el paciente toma conciencia y decide que acciones quiere tomar con respecto a su enfermedad, pero esto no quiere decir que las decisiones que toman son las correctas, ya que en ocasiones optan por tratamientos fuera del área médica, que ponen en riesgo sus vidas y

h. La reacción agresiva, este tipo de afrontamiento se caracteriza por una conducta agresiva de forma verbal o física, principalmente ante otras personas, que lleva muchas veces a desarrollar una conducta “pasivo-agresiva” que en ocasiones agravan la enfermedad y dificultan la recuperación. (Enriquez, 2010).

Ahora bien, con base en las definiciones de los diferentes estilos de afrontamiento y los estilos de afrontamiento de abarca el instrumento elegido para esta investigación:

5.2 Variable de investigación 2: calidad de vida del paciente con cáncer.

Tal como señala Oblitas (2010), la calidad de vida se puede ver afectada por factores como la edad, las comorbilidades, el nivel socioeconómico, entre otros factores. La calidad de vida de acuerdo con la OMS es una percepción subjetiva del bienestar de una persona, que no solo abarca la parte económica, sino también considera la parte física, mental, social y espiritual. A continuación, se describen brevemente las partes que la OMS considera importantes o parte de lo que es la calidad de vida:

- ❖ Salud física, que refiere a la salud de la persona, contempla tanto la presencia como la ausencia de enfermedades que se mencionaron anteriormente como comorbilidades.
- ❖ Salud o bienestar emocionales, que no es otra cosa que el poder manejar las emociones y poder experimentarlas.
- ❖ Relaciones interpersonales, que nos refiere a las relaciones sociales de la persona, esto incluye familia, amigos y la comunidad como tal.
- ❖ Condiciones de vida, que nos refieren al entorno físico.

6. Instrumentos

6.1 Mini-MAC.

Para esta investigación se aplicaron dos instrumentos, el Mini Mac (Mini Mental Adjustment to Cancer Scale; de Watson et al., 1994), de 29 ítems; el cual evalúa aspectos como: preocupación ansiosa, que indica un estilo de afrontamiento que se caracteriza por una respuesta de ansiedad, miedo o incertidumbre hacia el futuro; desesperanza, que nos revela que el diagnóstico de cáncer se percibe como una pérdida, desencadenando una actitud pesimista ante la enfermedad; actitud

positiva, se considera una mezcla de espíritu de lucha y fatalismo, este implica la aceptación del diagnóstico y la búsqueda de información sobre la enfermedad y finalmente evitación cognitiva, la cual tiene una tendencia a evitar la confrontación directa de cada uno de los aspectos que se relacionan con la enfermedad. Analiza además cinco estrategias de afrontamiento para el cáncer:

1. FS (espíritu de lucha, por sus siglas en inglés), donde la enfermedad se vive como un desafío y el paciente tiene cierto control sobre la situación; este consta de 4 ítems.
2. HH (desesperanza, por sus siglas en inglés), en la cual se concibe una pérdida irreparable y un temor a la muerte; consta de 8 ítems.
3. AP (preocupación ansiosa, por sus siglas en inglés), exponen el miedo y duda que experimenta el paciente ante una incertidumbre de tener el control de la enfermedad y lo que vive con ella; consta de 8 ítems.
4. CA (evitación cognitiva, por sus siglas en inglés), tiene como fin analizar la amenaza y necesidad de control personal y consta de 4 ítems.
5. FA (fatalismo, por sus siglas en inglés), donde se observará que el paciente considera que su enfermedad no puede ser controlada y la acepta pasivamente; esta consta de 5 ítems.

Este instrumento se contesta a través de una escala Likert de 4 puntos e indican que al ser más alta la puntuación, se tiene mayor uso de estrategias de afrontamiento; su fiabilidad oscila entre 0,60 y 0,90 de acuerdo con Vaillo et al (2018).

6.2 QLQ-C30.

El segundo instrumento que se aplicó es el cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), QLQ-C30, con 30 ítems; se consideró este instrumento, ya que es uno de los que se consideran más fiables al momento de evaluar la calidad de vida en pacientes diagnosticados con cáncer. Al igual que el instrumento anterior, hace uso de la escala Likert y consta de 30 ítems con 3 escalas principales:

1. **Salud Global (GL)**, la cual contempla los ítems 29 y 30.
2. **Escala Funcional**. La cual a su vez está subdividida en:
 - a. Funcionamiento físico (PF2), el cual toma en consideración los ítems del 1 al 5.
 - b. Funcionamiento de Rol (RF2), compuesto de los ítems 6 y 7.

- c. Funcionamiento Social (SF), conformado por los ítems 26 y 27.
- d. Funcionamiento Emocional (EF), indicado del ítem 21 al 24.
- e. Funcionamiento Cognitivo (CF), compuesto por los ítems 20 y 25.

3. **Escala Sintomática.** La cual considera los síntomas principales derivados de la enfermedad y el tratamiento; esta se subdivide de la siguiente forma:

- a. Fatiga (FA), evaluado con los ítems 10, 12 y 18.
- b. Náusea y Vómito (NV) compuesta por los ítems 14 y 15.
- c. Dolor (PA) evaluada con los ítems 9 y 19.
- d. Disnea (DY), que contempla el ítem 8.
- e. Insomnio (SL), conformada por el ítem 11.
- f. Pérdida de apetito (AP) compuesta por el ítem 13.
- g. Constipación (CO), evaluada por el ítem 16.
- h. Diarrea (DI), que se evalúa con el ítem 17.
- i. Dificultades Financieras (FI), contempladas en el ítem 28.

Figura 1. Instrumentos aplicados.

Instrumento	Subescala	Ítems	Interpretación
Mini Mac (Mini Mental Adjustment to Cancer Scale).	Cuenta con 5 subescalas: espíritu de lucha (FS), desesperanza (HH), preocupación ansiosa (AP), evitación cognitiva (CA) y fatalismo (FA).	5 Está conformado por un total de 29 ítems: FS (4), HH (8), AP (8), CA (4) y FA (5).	El mayor puntaje por subescala indica el estilo de afrontamiento del paciente.
Cuestionario de Calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30	Tiene 3 escalas principales: estatus global de salud (GH), escala funcional (FS) y escala para síntomas (SS).	Este instrumento se compone de 30 ítems. GH (2), FS (15) y SS (13).	La evaluación va de 0 a 100, considerando que al estar más cerca del 100 se tiene una mayor calidad de vida.

6.3 Muestreo.

Muestra. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, el cual Hernández, Fernández y Baptista (2014) menciona que este tipo de muestreo es uno de los más accesibles, donde la muestra no se selecciona al azar, sino que los elementos se seleccionan a conveniencia y disponibilidad del investigador; así pues el número de unidades tomadas fue de 62 mujeres, entre edades de 30 a 50 años, cuyo diagnóstico de cáncer no fuera mayor a tres años y que estuvieran dispuestas a responder los dos instrumentos.

6.4 Participantes

La población que se tomó para realizar esta investigación está determinada por mujeres cuyo diagnóstico de cáncer no fuera mayor a tres años residentes del Estado de México, que estuvieran en cualquier etapa de tratamiento, que supieran leer y tuvieran acceso a servicios de salud sin importar que fuera pública o privada. Los criterios de inclusión considerados fueron los siguientes: mujeres de entre 30 y 50 años, con diagnóstico de cáncer ginecológico. Se les invitó a participar explicándoles el objetivo de la investigación, si aceptaban dentro del instrumento firmaron el consentimiento informado y la cumplimentación de los instrumentos fue de alrededor de 20 minutos.

6.5 Procedimiento.

Se inició esta investigación haciendo la búsqueda de información de las variables que se pretendían investigar, además de buscar otras investigaciones que se cuyo tema fuera similar al tema de mi interés; habiendo localizado investigaciones hechas tanto en México, Colombia y España principalmente, se procedió a la búsqueda de los instrumentos que nos brindarán la información necesaria para buscar la relación existente entre las dos variables. Cuando se tuvieron listos los instrumentos se dio a la tarea de buscar a las participantes, quienes proceden de diversas convocatorias en redes sociales; además de recomendaciones de amigos y familiares de pacientes con cáncer, a quienes se le pidió dar respuesta a los instrumentos; así como y la asistencia a clínicas donde pacientes reciben tratamiento contra el cáncer.

Teniendo en cuenta investigaciones como: Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-Mac en población colombiana (Román y Palacio, 2015), la cual analiza los estilos de afrontamiento, la ansiedad y depresión; así como el malestar emocional, El cuestionario de calidad de vida para

cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española (Arrarás, Illarramendi, & Valerdi, 1995), cuyo propósito fue analizar la calidad de vida del paciente con cáncer; Escala de afrontamiento al cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana (Galindo, 2019), el cual analiza los diferentes estilos de afrontamiento; Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno (Enríquez, 2010), donde se inventariaron las estrategias de afrontamiento para generar una propuesta de intervención que favorezca la recuperación del paciente; Evaluación del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá (Portillo & Restrepo, 2010), que estudia la calidad de vida de pacientes oncológicos y la relación que se tiene con las variables médicas; Psicología Oncológica (Prieto, 2004), cuyo propósito es estudiar la relación que tiene el cáncer con los factores psicológicos y cómo es que estos influyen en el otro que permitan generar un programa de intervención para mejorar la calidad de vida; Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer (Oliveros, Barrera, Martínez & Pinto, 2010), el cual analizo no solo a mujeres, sino también a hombres para conocer el estilo de afrontamiento que asumen ante el cáncer y como esto afecta su tratamiento y por ultimo ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? (Sánchez, Sierra & Martin, 2015), el cual evalúa la calidad de vida de una persona, desde la perspectiva del cáncer; pero relacionado con la salud. Tal como se observa en cada una de estas investigaciones, se ha analizado de forma separada el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con cáncer; incluso se ha buscado la relación que tiene con otras variables como la depresión, la salud, la ansiedad, las variables medias, entre otros; algunos de ellos con el objetivo de generar una propuesta de intervención que permita elevar la calidad de vida de los pacientes, así como mejorar las estrategias de afrontamiento.

En la presente investigación se llevaron a cabo las siguientes estrategias para lograr los resultados y buscar la aprobación de la hipótesis:

1. Se recolecta información a través de dos instrumentos: a. Mini-MAC, para la evaluación de los estilos de afrontamiento de pacientes con cáncer y b. QLQ-C30, para evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer.
2. Se hace uso de estos dos instrumentos dado que, como se mencionó anteriormente en investigaciones previas, solo se había observado la relación existente entre los estilos de afrontamiento, la depresión y ansiedad y el malestar emocional; la calidad de vida y su relación con las variables médicas.

3. Se busca conocer entonces la relación que existe entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con cáncer, que sean mujeres de 30 a 50 años, cuyo diagnóstico no sea mayor a tres años; esto debido a que algunas de las preguntas que evalúan los instrumentos están relacionadas a sintomatología de la última semana; situación por la cual no se consideran mujeres con diagnósticos de mayor tiempo.
4. Se realiza esta investigación solo con mujeres debido a que la población que se tenía al alcance corresponde a este género, el tipo de cáncer fue indistinto, aunque siendo mujeres en su mayoría el tipo de cáncer que presentaron fue de tipo ginecológico (mama, principalmente); esto no se consideró dentro del estudio como una delimitación dentro de la investigación.
5. En lo que respecta al tipo de servicio de salud, aunque esto no fue un dato que se cuestionará dentro de los datos demográficos, la mayoría de las participantes se apegan al servicio público de salud, dado los costos que los tratamientos tienen en el servicio privado.
6. Debido a que los dos instrumentos se incluyeron en un solo Google forms; no hubo quien no quisiera responder alguno de ellos, ya que al responder uno, en automático debían responder al otro.
7. Como criterios de exclusión se consideraron la edad, es decir, que estuvieran fuera del rango de 30 a 50 años, que su diagnóstico fuera mayor a tres años, que no fueran mujeres, cuya residencia no fuera el estado de México.

e) Hipótesis derivadas del planteamiento del problema.

H1. Existe una relación entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de mujeres de 30 a 50 años con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años.

7. RESULTADOS

Se tomó una muestra de 62 mujeres residentes del Estado de México, quienes respondieron los dos instrumentos, no se hizo distinción entre el nivel de estudios y/o estado civil.

7.1 Criterios de inclusión.

Mujeres de 30 a 50 años que cuyo diagnóstico de cáncer no sea mayor a tres años.

7.2 Criterios de exclusión.

Como criterios de exclusión se consideró: no aplicación a varones, se omitieron también mujeres cuya edad estuviera fuera del rango establecido de 30 a 50 años y que su diagnóstico de cáncer fuera mayor de tres años.

A continuación, se muestra el desglose de cada una de las características de los sujetos de estudio, con base en los datos demográficos obtenidos de la muestra.

7.3 Edad de los participantes.

Haciendo el análisis de las datos estadísticos correspondientes a la edad, se observa que la media se encuentra en 40.2 años, pero que la edad que prevalece entre las participantes es de 38 años. Esto se observa en la *figura 2. Datos estadísticos correspondientes a la edad.*

Figura 2. Datos estadísticos correspondientes a la edad

Estadísticos Descriptivos ▼

	Válido	Moda*	Mediana	Media	Desviación Típica	Varianza	Rango
Edad	62	38.000	39.000	40.210	6.260	39.185	20.000

* Existe más de una moda; solo se informa de la primera

Se encontró además que un 26% de las personas que respondieron los instrumentos se encuentran en un rango de edad de 30 a 35 años; un 31% tienen de 36 a 40 años, un 19% están en un rango de 41 a 45 años y el 24% restante están en el rango de 46 a 50 años. Esto se puede validar *figura 3. Edad de los participantes.*

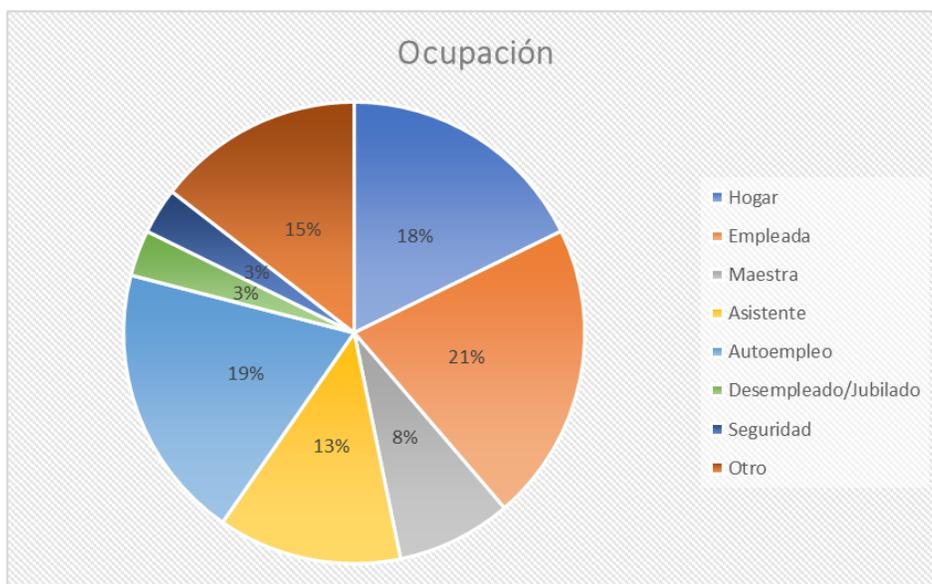
Figura 3. Edad de los participantes.



7.4 Ocupación de los participantes.

En lo que respecta a la ocupación de los participantes, como se observa en la *figura 4. Ocupación de los participantes*; se obtuvieron los siguientes datos: un 21% es empleada, un 19% se encuentra en situación de autoempleo, un 18% se dedica al hogar, un 15% indica tener otro empleado distinto a los señalados, un 13% es asistente, un 8% es maestra y de forma equitativa un 3% se dedica a la seguridad o es desempleada o jubilada.

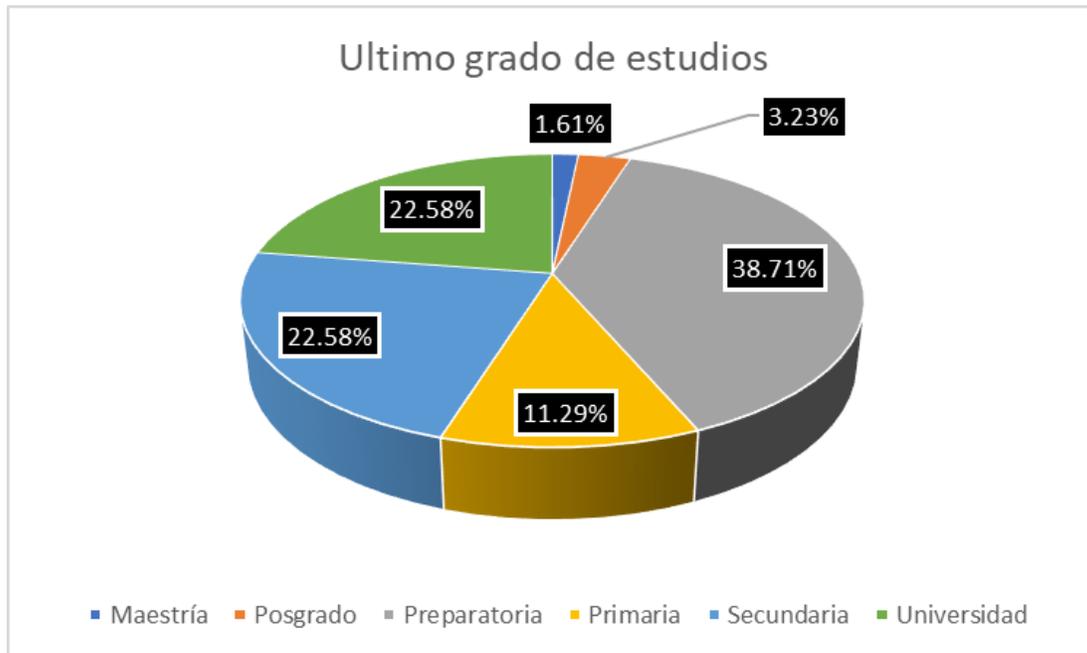
Figura 4. *Ocupación de las participantes.*



7.5 Último grado de estudios.

En lo que refiere al último grado de estudios, en la *figura 5. Último grado de estudios*; podemos observar que el mayor número de participantes cuenta con preparatoria como último grado de estudios con un 38.71%, seguido de secundaria y licenciatura con un 22.58% cada uno; el 11.29% de los participantes solo cuenta con primaria y solo el 3.23% tiene un posgrado; de todos las participantes solo el 1.61% cuenta con maestría. Con base en las revisiones hechas de la bibliografía la carga actual de grado de estudios se encuentra en preparatoria, debido a que este nivel ya es parte de la educación obligatoria en nuestro país.

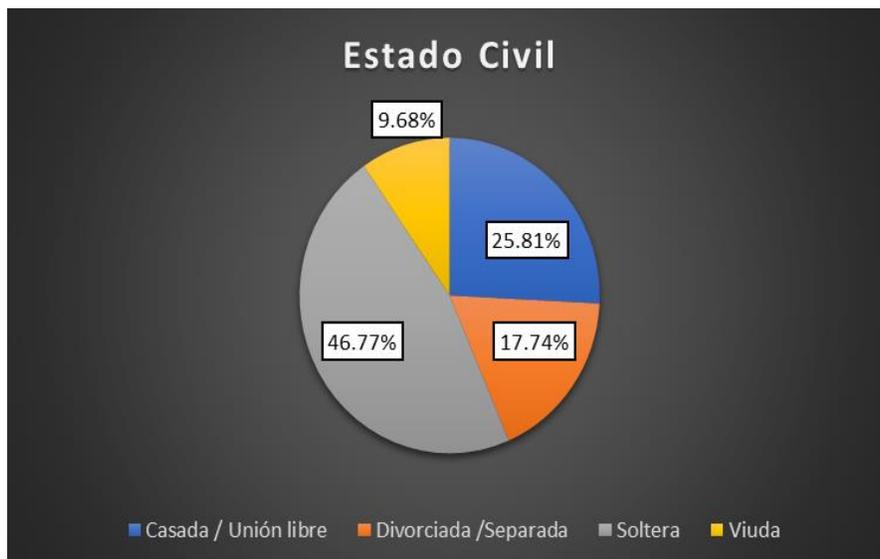
Figura 5. Último grado de estudios.



7.6 Estado Civil.

Los resultados encontrados en cuanto al estado civil muestran que un 46.77% de los participantes son solteras, mostrando una tendencia hoy en día; mientras que el 25.81% son casados o viven en unión libre, el 17.74% son divorciadas o separadas, mientras que el 9.68% son viudos. Como se puede observar en la *figura 6. Estado civil*.

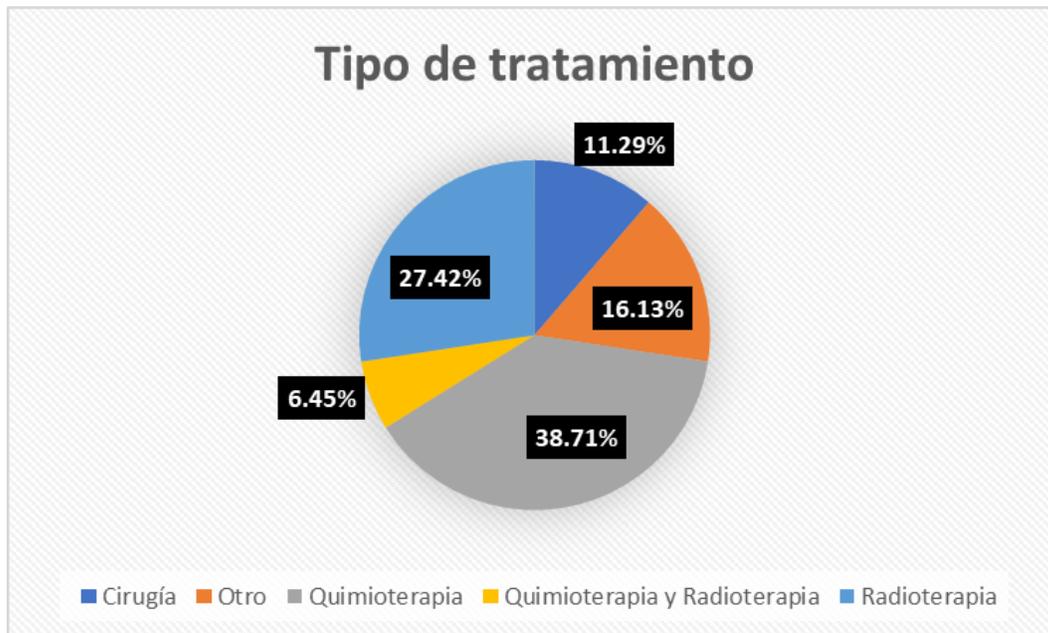
Figura 6. Estado civil



7.7 Tipo de tratamiento.

En lo que respecta al tipo de tratamiento, la *figura 7. Tipo de tratamiento* muestra que el tipo de tratamiento que reciben los participantes actualmente, podemos observar que el 38.71% recibe quimioterapia, mientras que 27.42% recibe radioterapia, un 16.13% recibe otro tipo de tratamiento, el cual no fue especificado; mientras que 11.29% se ha sometido a cirugía y por último un 6.45% está recibiendo tanto quimioterapia y radioterapia.

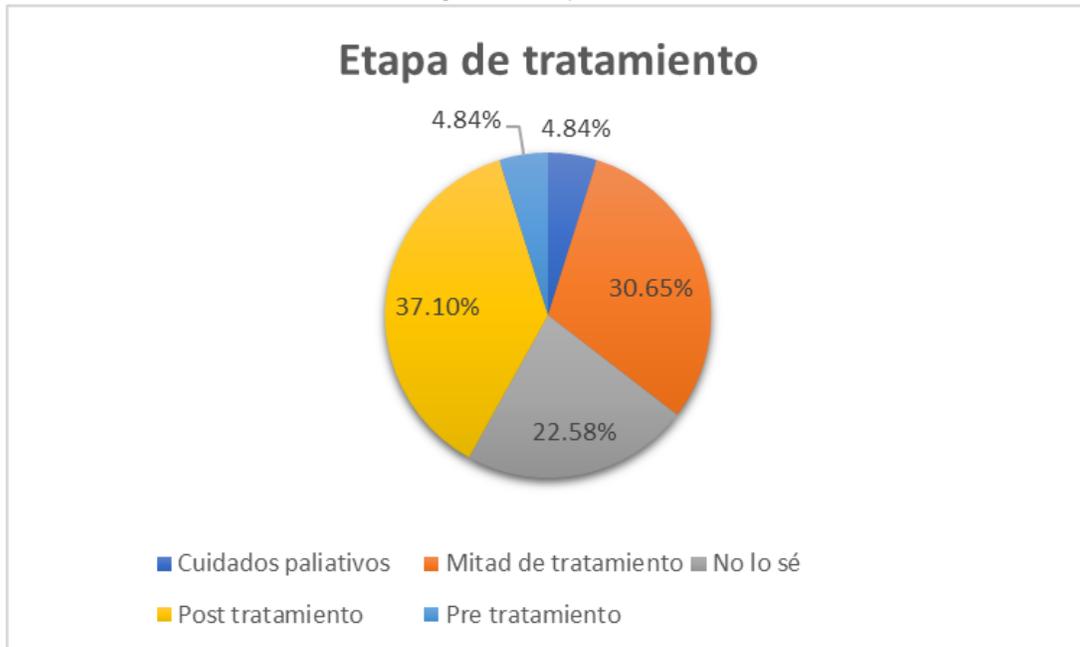
Figura 7. *Tipo de tratamiento*



7.8 Etapa del tratamiento.

También se preguntó además del tipo de tratamiento, en que etapa es que se encontraba, obteniendo los siguientes resultados: 37.10% está ya recibiendo post tratamiento, un 30.65% se encuentra a mitad de su tratamiento, mientras que un 22.58% no sabe en qué etapa de tratamiento se encuentra, 4.84% de los participantes está en cuidados paliativos y 4.84% en pretratamiento; tal como se observa en la *figura 8. Etapa de tratamiento*.

Figura 8. *Etapa de tratamiento*



7.9 Resultados correspondientes a la variable de investigación 1. Estilos de afrontamiento de pacientes con cáncer.

Los resultados que se obtuvieron sobre la variable de investigación 1 “estilos de afrontamiento”, con base en el instrumento aplicado, fueron los siguientes:

- a. **FS. Espíritu de lucha.** En este estilo de afrontamiento la enfermedad se vive como un desafío, donde el paciente siente que tiene cierto control sobre la situación; considera los ítems 2, 10, 18 y 23; su puntuación máxima para este estilo de afrontamiento es 4 y su mínima es de 0.25; se obtuvo una media de 2.871. El puntaje máximo de esta subescala indica que este es el estilo de afrontamiento de la persona; dicho lo anterior, tenemos que con base en la media obtenida el espíritu de lucha no predomina entre las participantes.

Figura 9. FS (*Espíritu de lucha*).

FS (<i>Espíritu de lucha</i>)	
Válido	62
Moda	3.250
Mediana	3.000
Media	2.871
Desviación Típica	0.707
Varianza	0.499
Rango	3.000

b. **HH. Desesperanza.** Este estilo de afrontamiento concibe la enfermedad como una pérdida irreparable y un temor a la muerte, esta subescala considera los siguientes 8 ítems: 4, 6, 12, 14, 15, 16, 20 y 21; dónde la puntuación mínima es de 0.25, mientras que la máxima es de 4; al realizar el análisis de los datos estadísticos se obtiene una media de 1.933, que denota que este estilo de afrontamiento no predomina dentro de las participantes.

Figura 10. HH (*Desesperanza*)

HH (<i>Desesperanza</i>)	
Válido	62
Moda	1.500
Mediana	1.750
Media	1.933
Desviación Típica	0.629
Varianza	0.396
Rango	2.375

- c. **AP. Preocupación Ansiosa.** Dentro de este estilo de afrontamiento, el paciente expone tanto su miedo y duda hacia la enfermedad, así como la incertidumbre al vivir con ella; está compuesta por 8 ítems, estos son: 5, 7, 9, 13, 22, 25, 28 y 29. Los resultados que se obtuvieron en esta subescala son los siguientes: con un máximo de 4 puntos para este estilo de afrontamiento que solo 1 persona obtuvo dicho puntaje, haciendo uso por completo de este estilo de afrontamiento.

Figura 11. AP (Preocupación ansiosa)

AP (Preocupacion Ansiosa)	
Válido	62
Moda	2.750
Mediana	2.750
Media	2.762
Desviación Típica	0.628
Varianza	0.394
Rango	3.000

- d. **CA. Evitación Cognitiva.** Este estilo de afrontamiento se caracteriza por analizar la amenaza que se está viviendo, que conlleva a la necesidad de control personal de la situación; está conformada por los siguientes cuatro ítems: 11, 17, 26 y 27. Con base en las respuestas vertidas por los participantes y el análisis hecho, se observa que la media de las respuestas de los participantes está en 2.794, siendo el máximo al igual que en las anteriores de 4.

Figura 12. CA (Evitación cognitiva)

CA (Evitacion Cognitiva)	
Válido	62
Moda	2.750
Mediana	2.750
Media	2.794
Desviación Típica	0.554
Varianza	0.306
Rango	2.500

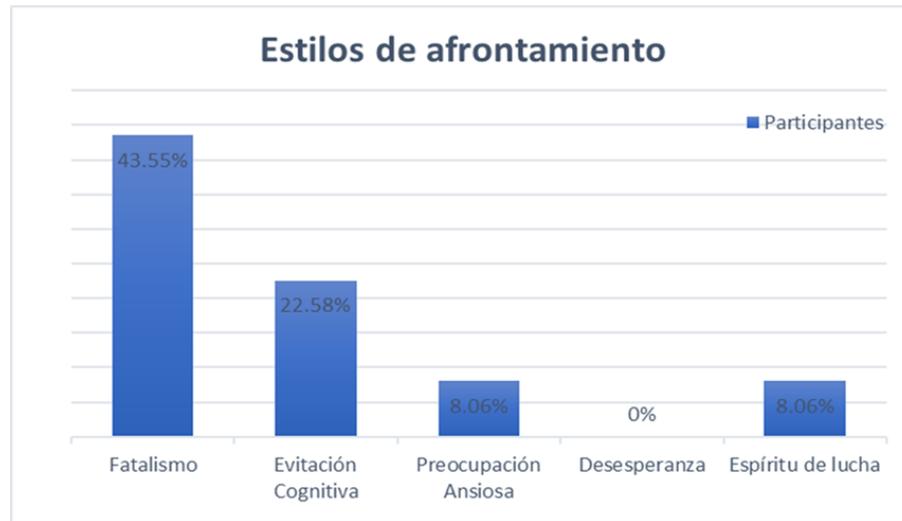
- e. **FA. Fatalismo.** Este estilo de afrontamiento denota que el paciente contempla que no tiene control sobre su enfermedad y por ello la acepta de manera pasiva; esta subescala está compuesta por 5 ítems, estos son: 1, 3, 8, 19 y 24. Al realizar los análisis de las respuestas verdaderas por los participantes se observa que la media de este estilo de afrontamiento es de 3.042; mientras que la moda es de 3.200; lo que nos refiere a puntajes altos para esta subescala, donde el puntaje máximo es de 4.

Figura 13. FA (*Fatalismo*)

FA (<i>Fatalismo</i>)	
Válido	62
Moda	3.200
Mediana	3.200
Media	3.042
Desviación Típica	0.652
Varianza	0.425
Rango	2.600

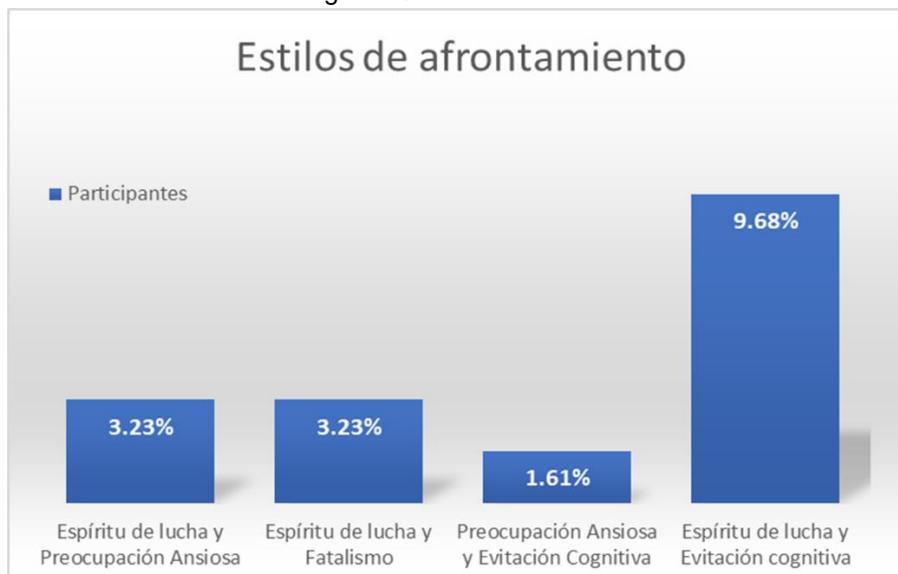
En general y habiendo analizado cada uno de los estilos de afrontamiento que nos otorga el instrumento de evaluación utilizado, obtenemos cuales son los porcentajes que se obtuvieron con base en cada uno de ellos, y observamos que el fatalismo predomina con un 43.55% como el estilo de afrontamiento utilizado por las participantes, seguido por la evitación cognitiva con un 22.58%; siendo estos los más altos; en seguida tenemos a la preocupación ansiosa y el espíritu de lucha con un 8.06% ; en cuanto a la desesperanza, aunque muchas tienden hacia este estilo de afrontamiento, ninguna hace uso de este en su totalidad como estilo de afrontamiento ante el cáncer.

Figura 14. *Estilos de afrontamiento*



Es importante destacar que, en algunos casos, las participantes no solo hacen uso de un solo estilo, sino que toman dos para hacer frente a dicha enfermedad; tal es el caso del espíritu de lucha y la preocupación ansiosa cuyo porcentaje; además del espíritu de lucha y el fatalismo con un 3.23%; además de la preocupación ansiosa y la evitación cognitiva, cuyo porcentaje fue de 1.61%. Finalmente, el 9.68% restante opta por hacer uso del espíritu de lucha y la evitación cognitiva.

Figura 15. *Estilos de afrontamiento*



7.10 Resultados correspondientes a la variable de investigación 2. Calidad de vida de pacientes con cáncer.

Los resultados obtenidos con respecto a la calidad de vida con base en el instrumento aplicado se dividieron en:

- a. **QL2. Salud global del paciente.** Esta subescala considera los ítems 29 y 30, donde el rango máximo que se obtuvo es de 150, y el menor es de 0; se encontró entonces que la media de los pacientes entrevistados se encuentra en un 47.581; haciendo denotar que la mayoría de las personas que resolvieron el instrumento, indica que su salud global no es buena ni mala. Cabe señalar que esta subescala contempla sólo como ha sido la salud del paciente durante la última semana al momento de responder la encuesta.

Figura 16. QL2- Salud Global

QL2	
Válido	62
Ausente	0
Moda	50.000
Mediana	50.000
Media	47.581
Desviación Típica	32.236

- b. **Escalas Funcionales.** Dentro de las escalas funcionales se consideran 5 subgrupos que hablan acerca de la funcionalidad del paciente, estos son PF2 (Funcionamiento Físico), que considera las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5 donde se busca conocer el nivel de independencia física que tiene el paciente; aquí encontramos que la mayoría de los pacientes refieren tener un buen funcionamiento físico con base en las preguntas evaluadas, se puede validar con una media de 84.065; el RF2 (Rol), que contempla las preguntas 6 y 7; la cuales hacen referencia a las funciones desarrolladas por las participantes dentro del hogar principalmente, las participante no consideran que su rol sea bueno o malo, sino que está un poco arriba de nivel promedio, teniendo una media de 65.323; ahora bien en lo que respecta a EF (Funcionamiento Emocional), el cual es evaluado con las preguntas 21, 22, 23 y 24, cuyo objetivo es la evaluación de las emociones; se

observa con base en la media de 48.690, que las personas evaluadas consideran que su funcionamiento emocional está por debajo de la media, y que no es bueno, ni malo; esta subescala también evalúa el CF (Funcionamiento Cognitivo), con las preguntas 20 y 25 cuyo propósito es conocer el nivel de concentración que tienen las participantes en lo que respecta a actividades cotidianas, los resultados de este subgrupo son similares a los del rol; este rubro obtuvo una media de 68.548, que está por arriba de la media por lo que los pacientes evaluados considera que no es mala, pero tampoco es buena; por último se evaluó también el SF (Funcionamiento Social), con las preguntas 26 y 27 para conocer cómo es su desempeño en la parte social a raíz de la enfermedad; es importante destacar que de los 5 subgrupos este último presenta la media más baja con un 40.323 que nos indica que la mayoría de los pacientes evaluados considera que su funcionamiento en el aspecto social, no es bueno.

Figura 17. *Escalas Funcionales.*

	PF2	RF2	EF	CF	SF
Válido	62	62	62	62	62
Ausente	0	0	0	0	0
Moda	92.000	50.000	25.000	75.000	50.000
Mediana	88.000	50.000	50.000	75.000	50.000
Media	84.065	65.323	48.690	68.548	40.323
Desviación Típica	10.779	21.403	18.566	25.582	18.858

PF2. Funcionamiento Físico; RF2. Rol; EF. Funcionamiento Emocional; CF. Funcionamiento Cognitivo; SF. Funcionamiento Social.

- c. **Escalas Sintomáticas.** Esta subescala evalúa en los pacientes el nivel de síntomas físicos que tienen con respecto a la enfermedad, en los datos estadísticos podemos observar que la mayoría de las participantes han experimentado las escalas sintomáticas evaluadas en mayor o menor grado; sobre todo aquello lo que refiere a dolor, fatiga, náusea y vómito, insomnio, falta de apetito, constipación, y problemas financieros; tal como se muestra en la media de cada uno de estos subgrupos. Es importante señalar que, en algunos casos, las preguntas hacen referencia a la sintomatología presentada en la última semana.

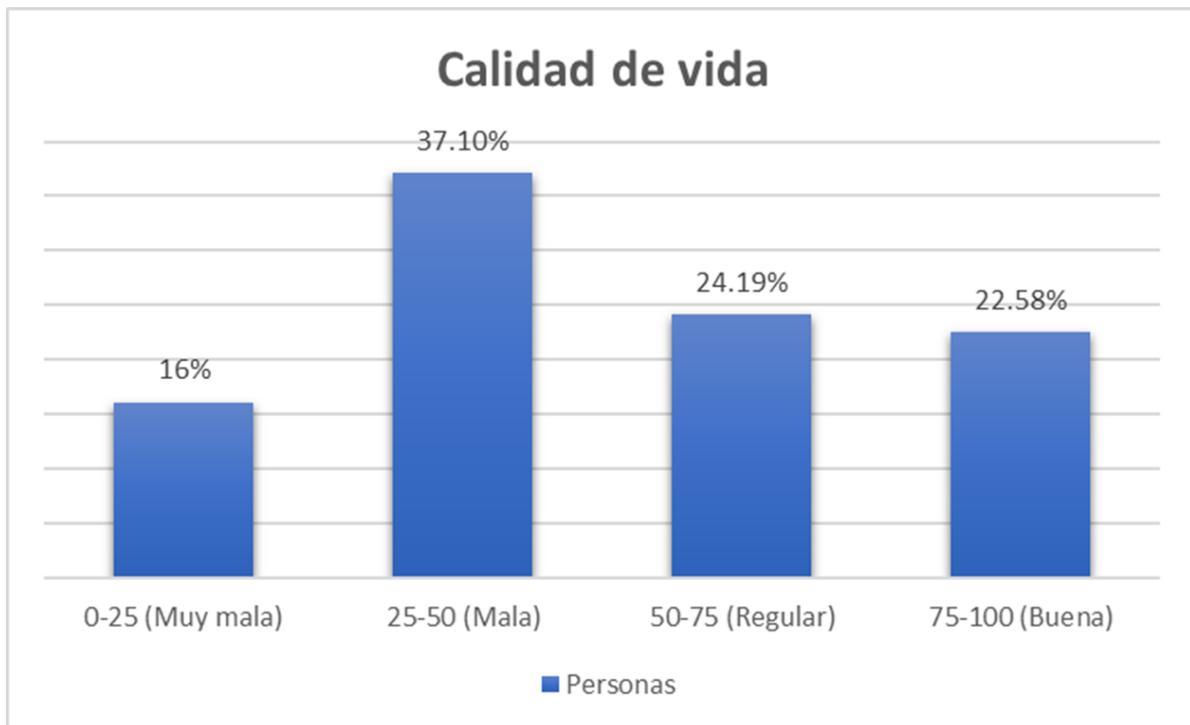
Figura 18. Escalas sintomáticas

	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
Válido	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moda	33.000	50.000	75.000	0.000	200.000	100.000	100.000	0.000	200.000
Mediana	56.000	50.000	75.000	0.000	200.000	100.000	100.000	0.000	200.000
Media	56.145	64.113	76.613	45.161	174.194	130.645	85.484	35.484	200.000
Desviación Típica	22.531	34.063	28.940	50.172	84.805	75.939	67.379	51.524	60.055

FA (Fatiga), NV (Náusea/Vómito), PA (Dolor), DY (Disnea), SL (Insomnio), AP (Pérdida de apetito), CO (Constipación), DI (Diarrea), FI (Dificultades financieras).

Haciendo el análisis correspondiente de los resultados generales con respecto a la calidad de vida, se obtuvo que un 37.10% de las encuestadas considera que su calidad de vida es mala con base en los aspectos evaluados en cuanto a síntomas, funcionamiento y salud global, mientras que un 24.19% considera que es regular, un 22.58% la considera buena y un 16% ha considerado durante la evaluación del instrumento que su calidad de vida es muy mala.

Figura 19. Calidad de vida



7.11 Resultados correspondientes a la correlación existente entre la variable 1: estilos de afrontamiento de pacientes con cáncer y la variable 2: calidad de vida de pacientes con cáncer.

Habiendo analizado los resultados de cada una de las variables, se procedió a correlacionar los mismos usando R de Pearson, como prueba paramétrica; ya que se cumplen las condiciones para ello, se tiene una muestra de 62 participantes y los resultados se distribuyen normalmente, con base en la pruebas aplicadas (Kolmogórov-Smirnov y gráfico Q-Q); esto para conocer el grado de correlación entre una variable y otra; además de conocer cómo es que estas pueden o no modificarse, obteniendo los siguientes resultados:

- a. **Correlación de resultados generales de ambos instrumentos.** La correlación que existe entre ambos instrumentos, con respecto a los resultados globales de cada instrumento es significativa al obtenerse un valor de p de $<.001$ y como se observa en la R de Pearson con un valor de 0.463 esta es moderada y al ser positiva indica que la relación entre ambas variables va en la misma dirección.

Figura 20. Correlación Mini-MAC, QLQ-C30

Variable		Mini Mac	QLQ 30
1. Mini Mac	R de Pearson	—	
	Valor p	—	
2. QLQ 30	R de Pearson	0.463***	—
	Valor p	$<.001$	—

* p $<.05$, ** p $<.01$, *** p $<.001$

Con el objetivo de obtener información más detallada, se tomó la determinación realizar un análisis de los diferentes estilos de afrontamiento y las subescalas de calidad de vida de las participantes, obteniendo los siguientes resultados.

En lo que respecta al análisis realizado entre los 5 diferentes estilos de afrontamiento y las 3 subescalas que evalúa el QLQ-30 se observa que las correlaciones más fuertes con una R de Pearson superior a .50 son: el espíritu de lucha y la salud global, el espíritu de lucha y la escala funcional y finalmente la preocupación ansiosa y la escala funcional. El resto de las correlaciones son moderadas, ya que se encuentran en el rango de 0.30 a 0.50, tal como se observa en el gráfico a continuación.

Figura 21. Correlaciones significativas Mini-MAC / QLQ-C30

Subescalas variable 1	Subescalas variable 2	R de Pearson	p
FS (Espíritu de lucha)	- Salud Global	0.558 ***	< .001
FS (Espíritu de lucha)	- Escala funcional	0.549 ***	< .001
AP (Preocupación Ansiosa)	- Escala funcional	0.528 ***	< .001
HH (Desesperanza)	- Escala funcional	0.478 ***	< .001
AP (Preocupación Ansiosa)	- Salud Global	0.455 ***	< .001
FA (Fatalismo)	- Salud Global	0.397 **	0.001
HH (Desesperanza)	- Salud Global	0.392 **	0.002
CA (Evitación Cognitiva)	- Salud Global	0.384 **	0.002
FA (Fatalismo)	- Escala funcional	0.331 **	0.009

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

8. DISCUSIÓN

Con base en los resultados encontrados y a la hipótesis planteada inicialmente donde se buscaba saber si existe una relación entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de mujeres de 30 a 50 años con diagnóstico de cáncer no mayor a tres años, se logró comprobar a través de la correlación de los resultados de los instrumentos aplicados a las 62 mujeres que decidieron participar que si existe relación entre ambas variables; como se mencionó inicialmente se utilizó el mini mac para el caso de los estilos de afrontamiento y el QLQ-30 para evaluar la calidad de vida, las respuestas vertidas por las participantes en dichos instrumentos muestran que si existe una relación entre las variables analizadas; sin embargo, aunque se esperaba que la relación entre ellas fuera negativa y que se afectarían una a la otra, esto no sucedió con base en los resultados obtenidos de las respuestas, las variables van en un mismo sentido.

Sería de gran importancia que en futuras investigaciones, lograr que la muestra utilizada para otras investigaciones fuera mayor, además de acotar no solo datos como la edad, sino también la escolaridad e incluso el estado civil, para buscar con ello si la correlación entre ambas variables puede llegar a ser negativa, que es lo que se esperaría, ya que por ejemplo, lo que se considerara como un resultado esperado era, que cuando el estilo de afrontamiento se apega al fatalismo, la calidad de vida tuviera una tendencia a disminuir.

Finalmente, además de considerar una muestra mayor y tomar en consideración algunos otros datos demográficos, se sugiere hacer una investigación que incluya no sólo mujeres, sino también hombres; además de delimitarla a un solo tipo de cáncer; con estas sugerencias, se podría considerar el planteamiento de una estrategia de intervención que mejore los estilos de afrontamiento de las personas con cáncer, y mejorar con ello su calidad de vida.

8.1 Análisis.

Con base en las investigaciones previas de las cuales se ha hecho mención, podemos decir que los estilos de afrontamiento dependen de diversos factores, dentro de los que se consideran: edad, estado civil, nivel de estudios, sexo, etapa de tratamiento, tipo de tratamiento, tipo de cáncer que se padece, sistema de apoyo para afrontar la enfermedad, estabilidad económica, estabilidad laboral, así como el tipo de atención médica que se tiene, se tienen hijos o no, además de la fase en la cual se encuentra el cáncer como tal; mientras que la calidad de vida, además de depender de los síntomas propios de la enfermedad, también considera: nivel socioeconómico, la salud física, que considera no solo los síntomas de la enfermedad, sino también las comorbilidades previas o que se desarrollan a raíz del padecimiento, el bienestar emocional, las relaciones sociales, el nivel educativo, las condiciones de vida, la libertad que tenga el paciente y que depende en gran medida de su condición de salud, así como el acceso a los servicios de salud. Se puede decir que las investigaciones ya referidas, como la propia, coinciden en estos aspectos; aunque no siempre se abordan todos, ni se tocan desde la misma perspectiva.

Esta investigación mostro que el estilo de afrontamiento de una persona, en este caso, de una mujer; determina su éxito en el tratamiento, pero más allá de eso afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente teniendo entonces con los resultados obtenidos que cuando una paciente tiende al fatalismo como estilo de afrontamiento, si calidad de vida resulta muy mala, así también cuando aplica la evitación cognitiva, se tiende a una calidad de vida mala; ya que esto determina como es que se vive y sobrevive la enfermedad.

Por otro lado se observa que cuando las pacientes tienden al espíritu de lucha o bien hacen uso del espíritu de lucha con otro estilo de lucha, que no se considere favorable, la calidad de vida tiende a mejorar y puede ir de regular a buena.

9. CONCLUSIÓN.

En conclusión, al haber realizado el análisis de los resultados del presente estudio, encontramos que los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con cáncer, tienen afectación entre ellos y, por tanto:

- El estilo de afrontamiento influye en la calidad de vida del paciente ya sea de manera positiva o negativa.
- El estilo de afrontamiento de un paciente con cáncer depende en gran medida del tipo de cáncer que padece y varía de persona a persona debido a factores como la edad, la escolaridad, el estado civil, la etapa de tratamiento, el estadio de la enfermedad, y el sistema de apoyo.
- La calidad de vida está determinada principalmente por los síntomas propios de la enfermedad, ya que un paciente que recientemente recibió su tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, no considera que su calidad de vida sea buena.
- La calidad de vida del paciente con cáncer depende de diversos factores, dentro de los más importantes se encuentran: el nivel de ingresos, la estabilidad laboral, el acceso a los servicios de salud, entre otros.
- Se logró identificar los estilos de afrontamiento de las participantes, donde se encontró que el estilo de afrontamiento que predomina es el fatalismo con un 43.55%, seguido de la evitación cognitiva con un 22.58%. Se observó también que hay participantes que hace uso de más de un estilo de afrontamiento, tal es el caso de 9.68% que aplica tanto el espíritu de lucha y la evitación cognitiva, seguido del espíritu de lucha y la preocupación ansiosa; además del espíritu de lucha y el fatalismo; ambos con un 3.23%.
- En lo que respecta a la calidad de vida, solo un 1.61% considera que su calidad de vida es óptima; mientras que un 16.12% atiende su calidad de vida como buena; un 8.05%, contempla tener una mala calidad de vida.

REFERENCIAS

American Society of Clinical Oncology (2021). Conocimiento para triunfar sobre el cáncer. Cuando el cáncer no es su única preocupación de salud. Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/cuando-el-c%C3%A1ncer-no-es-su-%C3%BAnica-preocupaci%C3%B3n-de-salud/cuando-el-c%C3%A1ncer-no-es-su-%C3%BAnica-preocupaci%C3%B3n-de-salud>

Ardilla, E. (2018). Las enfermedades crónicas. Bogotá: *Biomédica*. (38) (1). Recuperado de: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005

Arrarás, J., Illarramendi, J. y Valerdi, J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. España: *Revista de psicología de la salud*. (7) (1).

Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: El Manual Moderno. pp 15-18.

Enríquez, M. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. España: *Revista centro de estudios en salud*. (10) (1) (12). 7-19.

Galindo, O. (2019). Escala de afrontamiento al cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. México: *Psicooncología*. (16) (1). 61-72.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México; McGraw Hill.

Instituto Nacional del Cáncer (2015). Factores de riesgo de cáncer. USA: NCI. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>

Instituto Nacional del Cáncer (2021). ¿Qué es el cáncer?. USA: NCI. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/ques#:~:text=Definici%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer,-Una%20c%C3%A9lula%20de&text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20enfermedad,formado%20por%20billones%20de%20c%C3%A9lulas.>

Instituto Nacional del Cáncer (2022). Aspectos generales de la prevención del cáncer (PDQ) - Versión para profesionales de la salud. USA: NCI. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/aspectos-generales-prevencion-pro-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. (2023). Tipos de tratamiento. USA: NCI. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. USA: Springer Publishing Company.

Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. España: Revista de Psicología GEPU (1) (2), 01-29.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Portillo, C. y Restrepo, M. (2010). Evaluación del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá. Colombia: Revista Colombiana de Psicología.

Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. España: Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual. (2). 107-120.

Reynoso, N. y Torres, J. (2018) Epidemiología del cáncer en México; carga global y proyecciones 2000-2020. México: *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. (8) (1).

Román, J. y Palacio, A. (2015). Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana. Colombia: *Avances en Psicología Latinoamericana*, (33) (3), 531-544.

Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Lima: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. (30) (1). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026

Sánchez, R., Sierra, F. & Martín, E. (2015). ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? Colombia: *Avances en Psicología Latinoamericana*. (33) (3), 371-385.

Sociedad Americana de Cáncer (2021). ¿Qué es el cáncer? USA: ACS. Recuperado de: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>

Sociedad Mexicana de Oncología (2016). *Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer*. México: Permanyer. pp 11-22.

Sociedad Mexicana de Oncología (2016). *Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer*. México: Permanyer. pp 5-11.

Sotelo, V. (2016). *Fundamentos de Psicología. Manual auto formativo*. Perú: Universidad Continental. pp 14-16.

ANEXOS

Anexo 1.

Cuestionario de Estilos de afrontamiento ante el cáncer, Mini Mac (Mini Mental Adjustment to Cancer Scale; de Watson et al., 1994), de 29 ítems.

Seleccione la alternativa que refleje fielmente su opinión en cada uno de los reactivos, conforme a la siguiente escala: 1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces se aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

1. Vivo mi vida día a día.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

2. Me tomo mi enfermedad como un reto.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

3. Me he puesto en manos de Dios.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

4. Me he dado por vencido.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

5. Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

6. Me siento completamente perdida cuando intento pensar que puedo hacer.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

7. Es un sentimiento devastador.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

8. Valoro lo que tengo.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

9. Me preocupa que la enfermedad vuelva a aparecer o empeorar.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

10. Intento luchar contra la enfermedad.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

11. Intento distraerme cuando me vienen a la cabeza pensamientos sobre mi enfermedad.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

12. No puedo manejar esta situación.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

13. Me siento aprehensivo (preocupado).

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

14. No tengo muchas esperanzas puestas en el futuro.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

15. Siento que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme a mí mismo.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

16. Siento que esto es el fin del mundo.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

17. No pensar en mi enfermedad me ayuda a hacerle frente.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

18. Me siento muy optimista.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

19. He tenido una buena vida, lo que viva a partir de ahora es un regalo.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

20. Siento que no hay esperanza en mi vida.

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Definitivamente no se aplica en mí. | 2. A veces aplica en mí. | 3. Frecuentemente aplica en mí. | 4. Definitivamente aplica en mí. |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

21. No puedo afrontar la situación.

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Definitivamente no se aplica en mí. | 2. A veces aplica en mí. | 3. Frecuentemente aplica en mí. | 4. Definitivamente aplica en mí. |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

22. Pensar en mi enfermedad me altera.

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Definitivamente no se aplica en mí. | 2. A veces aplica en mí. | 3. Frecuentemente aplica en mí. | 4. Definitivamente aplica en mí. |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

23. Estoy decidido a vencer esta enfermedad.

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Definitivamente no se aplica en mí. | 2. A veces aplica en mí. | 3. Frecuentemente aplica en mí. | 4. Definitivamente aplica en mí. |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

24. Desde que me han diagnosticado cáncer, me doy cuenta de lo valiosa que es la vida y estoy sacando el máximo partido.

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Definitivamente no se aplica en mí. | 2. A veces aplica en mí. | 3. Frecuentemente aplica en mí. | 4. Definitivamente aplica en mí. |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

25. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

26. Me esfuerzo mucho en no pensar en mi enfermedad.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces se aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

27. Deliberadamente me quito de la cabeza cualquier pensamiento sobre mi enfermedad.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

28. Me encuentro muy nervioso por mi enfermedad.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

29. Estoy un poco asustado.

1. Definitivamente no se aplica en mí. 2. A veces aplica en mí. 3. Frecuentemente aplica en mí. 4. Definitivamente aplica en mí.

Anexo 2.

Cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), QLQ-C30, con 30 ítems.

Seleccione la opción que más se acerque a usted. Usando la siguiente escala: 1. En absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante, 4. Mucho.

1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar la bolsa de compra pesada o maleta?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor parte del día?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

7. ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

Las siguientes preguntas corresponden a lo que haya experimentado durante la semana pasada.

8. ¿Tuvo asfixia?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

9. ¿Ha tenido dolor?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

10. ¿Necesita parar para descansar?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

12. ¿Se ha sentido débil?

En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
-------------	---------	----------	-------

13. ¿Le ha faltado el apetito?

En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
-------------	---------	----------	-------

14. ¿Ha tenido náuseas?

En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
-------------	---------	----------	-------

15. ¿Ha vomitado?

En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
-------------	---------	----------	-------

16. ¿Ha estado estreñido?

En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
-------------	---------	----------	-------

17. ¿Ha tenido diarrea?

En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
-------------	---------	----------	-------

18. ¿Estuvo cansado?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

20. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

21. ¿Se sintió nervioso?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

22. ¿Se sintió preocupado?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

23. ¿Se sintió irritable?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

24. ¿Se sintió deprimido?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

26. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

27. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?

En absoluto Un poco Bastante Mucho

29. ¿Cómo valoraría su condición física general durante la semana pasada?

Mala Regular Buena Muy Buena

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

Mala Regular Buena Muy Buena

Anexo 3.

Pruebas de normalidad aplicadas a los datos obtenidos del instrumento para evaluar la variable a. Estilos de afrontamiento ante el cáncer, Mini Mac (Mini Mental Adjustment to Cancer Scale) y la variable b. Calidad de vida calidad de vida para cáncer de la EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), QLQ-C30.

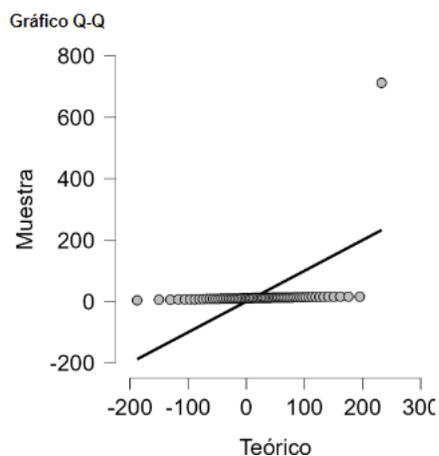
Dado que se tiene una muestra de 62 participantes, cumpliendo con uno de los requisitos para aplicar pruebas paramétricas, es que se determinó aplicar las siguientes pruebas de normalidad: Kolmogórov-Smirnov y el gráfico Q-Q, para completar la validación antes de decidir aplicar R de Pearson en el análisis de los datos. A continuación, se muestran algunos resultados de estas pruebas.

Anexo 3.1 Mini Mac

El cual considera 5 subescalas que refieren a los estilos de afrontamiento, siendo estos los resultados de las pruebas de normalidad para cada uno:

1. Espíritu de lucha (FS). Donde en la prueba de normalidad se obtiene un valor de $p < .001$ significativo y una gráfica Q-Q donde todos la mayoría de los datos son lineales.

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.514	< .001

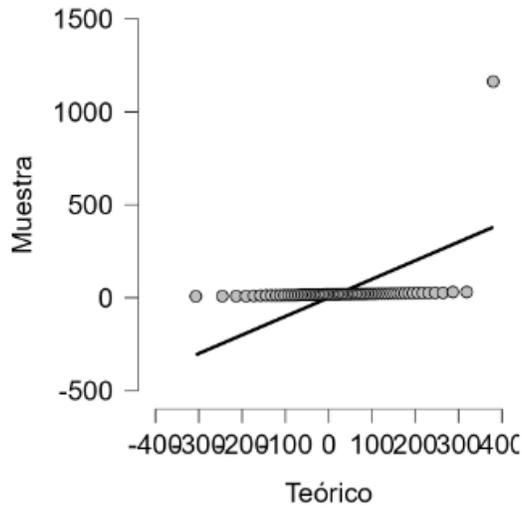


2. Desesperanza (HH).

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.500	< .001

Gráfico Q-Q

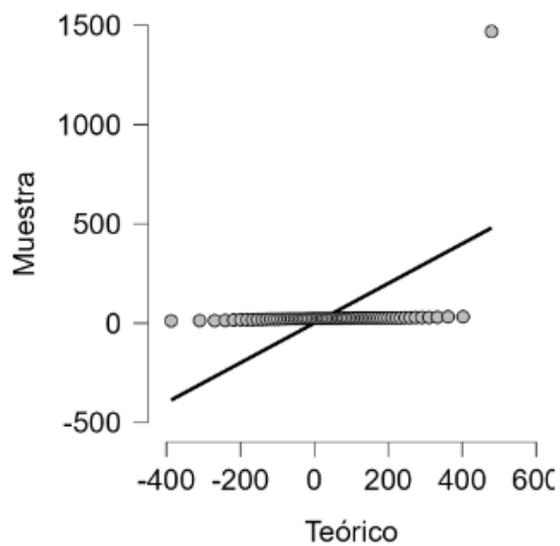


3. Preocupación ansiosa (AP).

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.516	< .001

Gráfico Q-Q

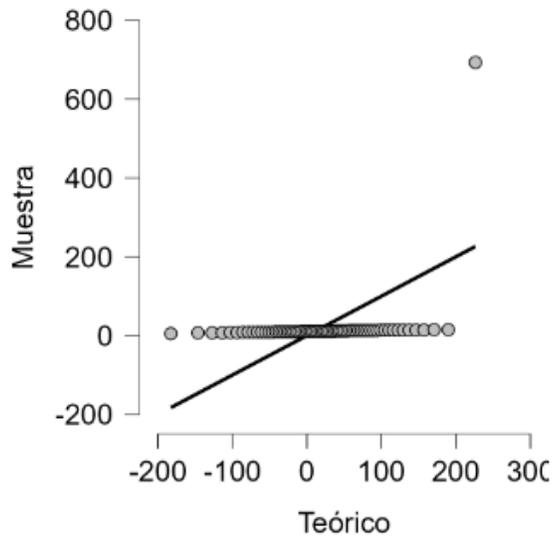


4. Evitación cognitiva (CA).

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.517	< .001

Gráfico Q-Q

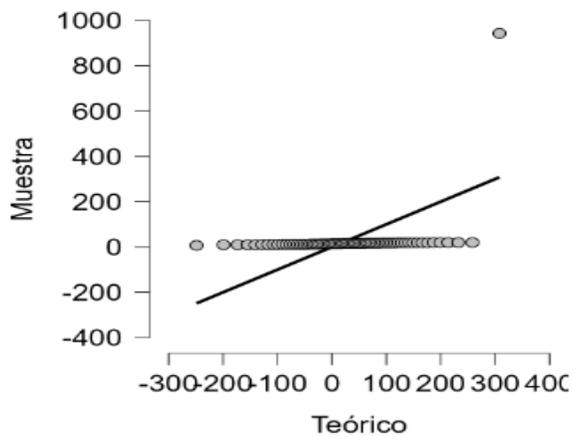


5. Fatalismo (FA).

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.518	< .001

Gráfico Q-Q



Anexo 3.2 Cuestionario de calidad de vida para cáncer QLQ-C30

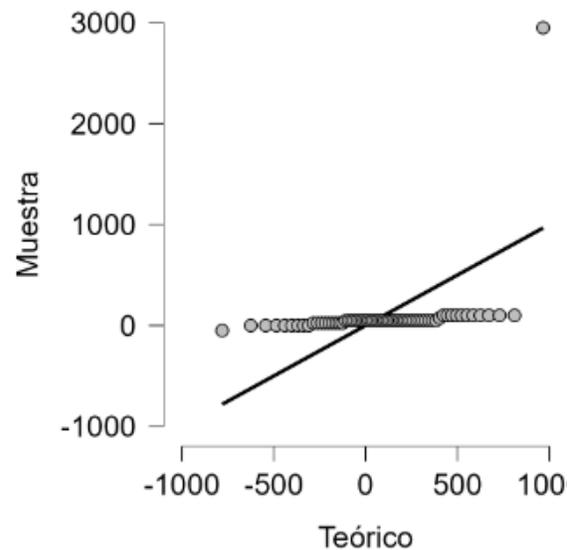
Cuenta con 3 escalas principales, a las cuales se aplicó también las pruebas de normalidad de Kolmogórov-Smirnov y la gráfica Q-Q:

1. Salud Global (GL).

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.477	< .001

Gráfico Q-Q

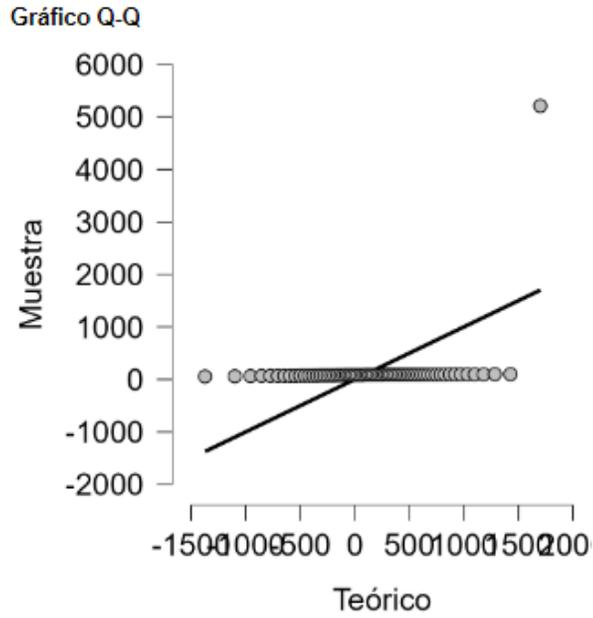


2. Escala Funcional. La cual a su vez está subdividida en:

a. Funcionamiento físico (PF2).

Estadísticas de ajuste

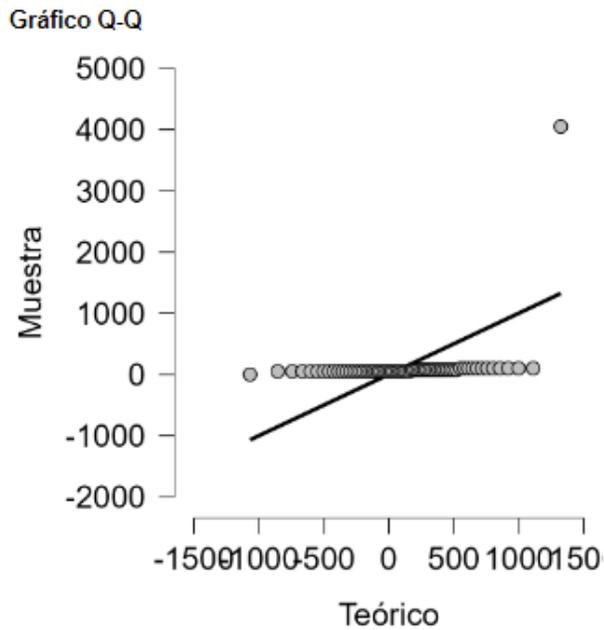
Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.525	< .001



b. Funcionamiento de Rol (RF2)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.507	< .001

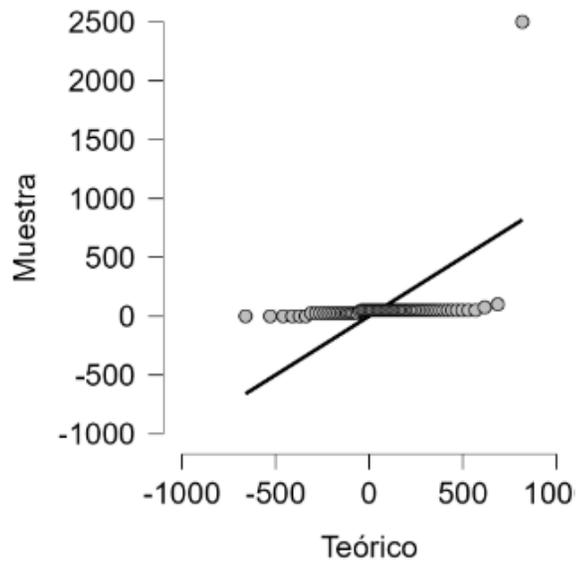


c. Funcionamiento Social (SF)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.491	< .001

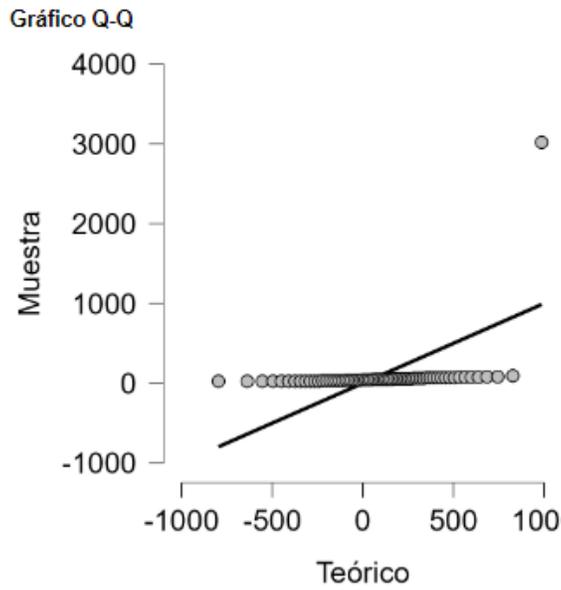
Gráfico Q-Q



d. Funcionamiento Emocional (EF)

Estadísticas de ajuste

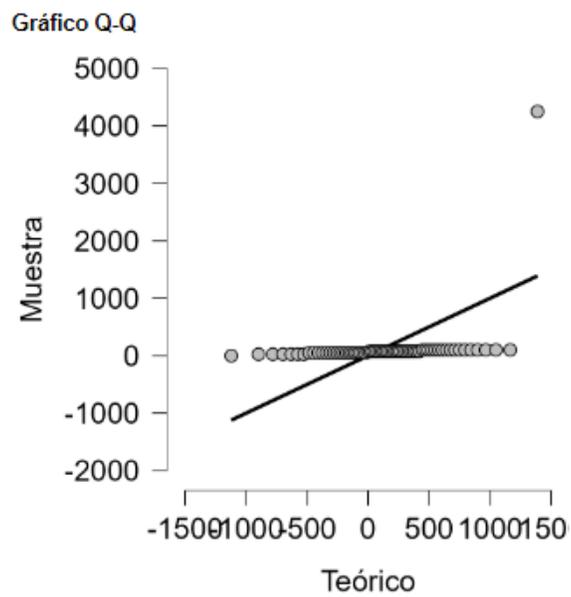
Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.486	< .001



e. Funcionamiento Cognitivo (CF)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.510	< .001



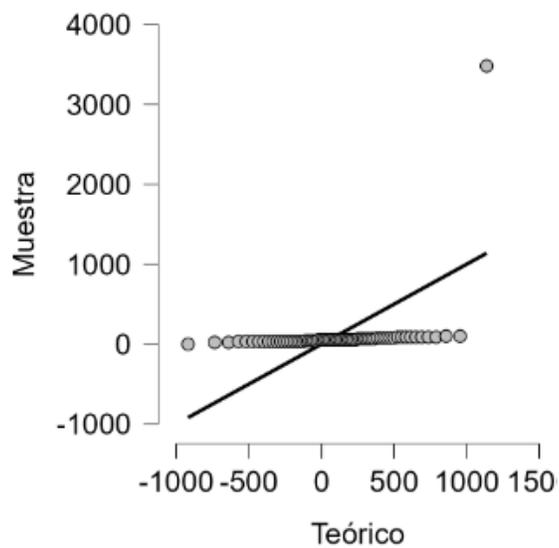
3. Escala Sintomática. La cual considera los siguientes puntos:

a. Fatiga (FA)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.493	< .001

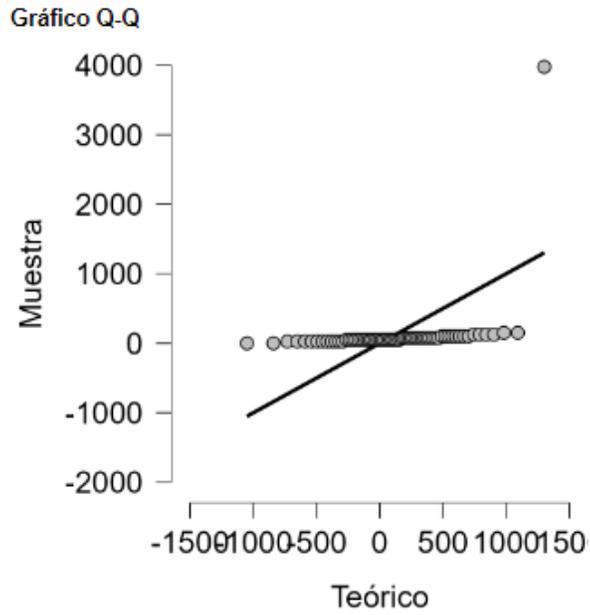
Gráfico Q-Q



b. Náusea y Vómito (NV)

Estadísticas de ajuste

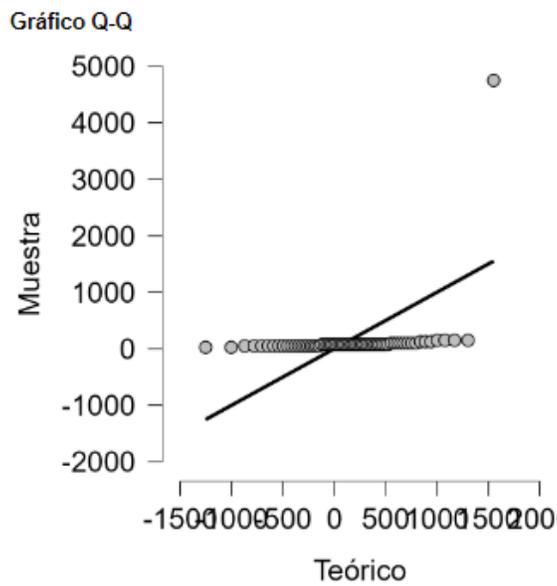
Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.464	< .001



c. Dolor (PA)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.484	< .001

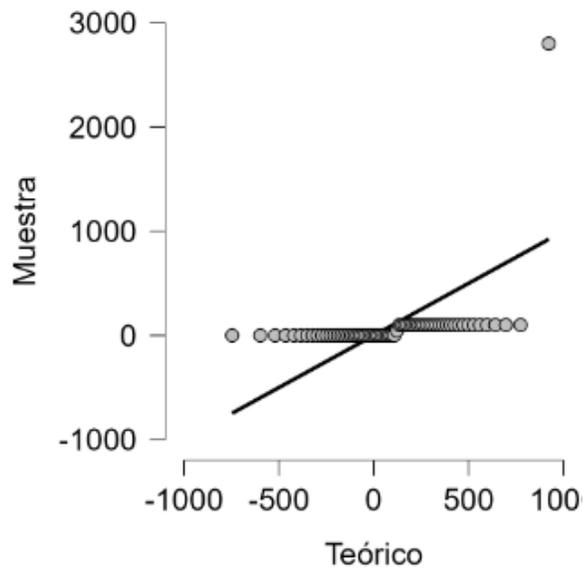


d. Disnea (DY)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.471	< .001

Gráfico Q-Q

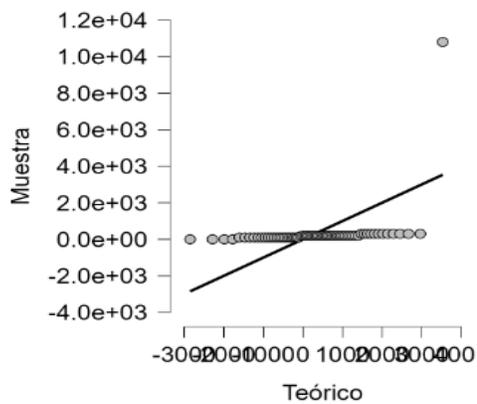


e. Insomnio (SL)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.497	< .001

Gráfico Q-Q

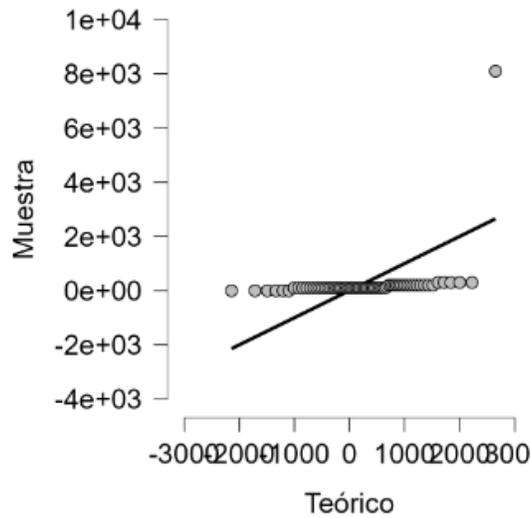


f. Pérdida de apetito (AP)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.466	< .001

Gráfico Q-Q

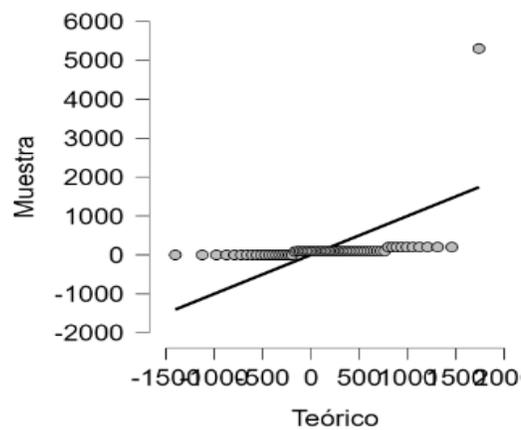


g. Constipación (CO)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.464	< .001

Gráfico Q-Q

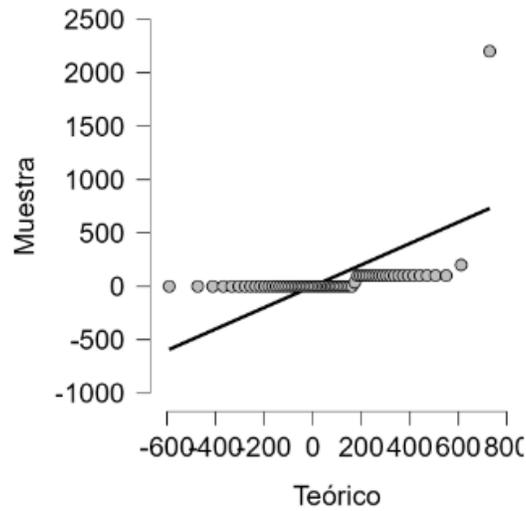


h. Diarrea (DI)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.424	< .001

Gráfico Q-Q



i. Dificultades Financieras (FI)

Estadísticas de ajuste

Contraste	Estadístico	p
Kolmogorov-Smirnov	0.508	< .001

Gráfico Q-Q

