

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  
CON ORIENTACION PSICOANALITICA**



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA  
EN MUJERES CON CANCER DE MAMA**

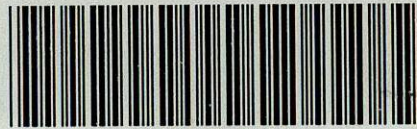
**TESIS**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  
CON ORIENTACION PSICOANALITICA**

**PRESENTA:  
JANET RIOS CARO**

**DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES  
DIRECTORA DE TESIS**

**MONTERREY, N. L. 14 DE FEBRERO DEL 2010**



1080204383

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  
CON ORIENTACION PSICOANALITICA



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA  
EN MUJERES CON CANCER DE MAMA

## TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  
CON ORIENTACION PSICOANALITICA

PRESENTA:

JANET RIOS CARO

DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES  
DIRECTORA DE TESIS

## INDICE DE TABLAS

RESÚMEN .....	0
CAPÍTULO I .....	1
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 ANTECEDENTES .....	2
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	6
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.4 OBJETIVO .....	10
1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
1.4.2. HIPÓTESIS .....	10
CAPÍTULO II .....	11
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	11
2.1. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD .....	12
2.2. ESTRATEGÍAS DE AFRONTAMIENTO .....	14
2.3. CALIDAD DE VIDA .....	29
2.4. CREENCIAS .....	34
2.5. EMOCIONES .....	37
2.6. APOYO SOCIAL .....	42
CAPÍTULO III .....	47
3.1. MÉTODO Y DISEÑO .....	47
3.2. MUESTRA .....	48
3.3. INSTRUMENTOS .....	48
3.4. PROCEDIMIENTO .....	53
CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....	55
4.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS .....	55
4.1.1 DESCRIPCIÓN DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO (PS) .....	55
4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	63
4.3 DESCRIPCIÓN DE CATEGORIAS EN UN PRIMER Y SEGUNDO TIEMPO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA .....	82
4.4 INFORME RESULTADOS CUALITATIVOS .....	94
CAPITULO V. DISCUSION .....	118
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	127
BIBLIOGRAFÍA .....	133
ANEXO I FORMATOS DEL CAEPO Y CUBRECAVI .....	136
ANEXO II RESULTADOS DEL CUBRECAVI Y CARTAS DE CONSENTIMIENTO FIRMADAS .....	143

## INDICE DE TABLAS

GRÁFICA 1: MODELO DE SANDIN (2005).....	19
TABLA 1.-ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN FOLKMAN Y LAZARUS (1985; 1988).....	21
TABLA 2.-ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN CARVER Y COLS.....	23
TABLA 3.-RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER (Greer, 1992; Moorey y Greer, 1989).....	24
TABLA 4.-ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ( Lipowski, 1970).....	26
TABLA 5: COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DEL CAEPO. VALOR DEL MANUAL.....	49
GRÁFICA 7: PROMEDIO DE PUNTOS.....	57
TABLA 6: INTERVALOS QUE CONFIGURAN LOS TRES MODOS PREFERENTES DE AFRONTAMIENTO DEL CAEPO.....	50
GRÁFICA 8: TIPOS DE CÁNCER PADECIDOS EN FAMILIA EXTENSA.....	55
TABLA 7: COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DEL CUBRECAVI. VALOR DEL MANUAL.....	51
GRÁFICA 10: LOCALIZACIÓN DE LA MASTECTOMÍA.....	59
TABLA 8: PARÁMETROS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	52
GRÁFICA 11: TIEMPO DE LA MASTECTOMÍA.....	59
TABLA 9: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	57
GRÁFICA 12: TIEMPO DE VERSE LA CIRUGÍA.....	60
TABLA 10: ALFA DE CRONBACH DE LA MUESTRA DEL CAEPO.....	63
GRÁFICA 13: MEDICINA ALTERNATIVA.....	61
TABLA 11: FACTOR 1 CAEPO.....	64
GRÁFICA 15: CONCERNENCIA.....	61
TABLA 12: FACTOR 2 CAEPO.....	65
GRÁFICA 16: RESULTADOS DEL CAEPO.....	7
TABLA 13: FACTOR 3 CAEPO.....	65
GRÁFICA 17: RESULTADOS DEL CUBRECAVI.....	7
TABLA 14: FACTOR 4 CAEPO.....	66
GRÁFICA 18: PALABRA ASOCIADA ANTES DEL DIAGNÓSTICO.....	7
TABLA 15: FACTOR 5 CAEPO.....	66
TABLA 16: FACTOR 6 CAEPO.....	67
GRÁFICA 19: PALABRA ASOCIADA ANTES DEL DIAGNÓSTICO.....	7
TABLA 17: ALFA DE CRONBACH DE LA MUESTRA DEL CUBRECAVI....	69
GRÁFICA 20: PRIMER PENSAMIENTO.....	63
GRÁFICA 22: PREOCUPACIÓN INMEDIATA.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICAS	84
GRÁFICA 1: MODELO DE SANDÍN (2005)	19
GRÁFICO 2: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (SCHWARTZMANN, 1999)	30
GRÁFICAS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
GRÁFICA 3: PROMEDIO DE EDADES	55
GRÁFICA 4: PROMEDIO DE ESTADO CIVIL	55
GRÁFICA 5: OCUPACIÓN	56
GRÁFICA 6: ESCOLARIDAD	56
GRÁFICA 7: PROMEDIO DE HIJOS	57
GRÁFICAS DEL PERFIL DE LA ENFERMEDAD	
GRÁFICA 8: TIPOS DE CÁNCER PADECIDOS EN FAMILIA EXTENSA	58
GRÁFICA 9: ACERCAMIENTO CONFIRMATORIO DEL DIAGNÓSTICO	59
GRÁFICA 10: LOCALIZACIÓN DE LA MASTECTOMÍA	59
GRÁFICA 11: TIEMPO DE LA MASTECTOMÍA	59
GRÁFICA 12: TIEMPO DE VERSE LA CIRUGÍA	60
GRÁFICA 13: INDICACIÓN MÉDICA	60
GRÁFICA 14: MEDICINA ALTERNA	61
GRÁFICA 15: COMORBILIDAD	61
GRÁFICA 16: RESULTADOS DEL CAEPO	72
GRÁFICO 17: RESULTADOS DEL CUBRECAVI	76
GRÁFICA 18: PALABRA ASOCIADA ANTES DEL DIAGNÓSTICO	82
GRÁFICA 19: PALABRA ASOCIADA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO	82
GRÁFICA 20: PRIMER PENSAMIENTO	83
GRÁFICA 22: PREOCUPACIÓN INMEDIATA	84

GRÁFICA 23: PRIMER DIFICULTAD MÁS GRANDE.....	84
GRÁFICA 24: SENTIMIENTO PREDOMINANTE EN EL DIAGNÓSTICO.....	85
GRÁFICA 25: LO MÁS IMPACTANTE DEL DIAGNÓSTICO.....	86
GRÁFICA 26: ACTIVIDADES REALIZADAS CUANDO SE SIENTEN TRISTES.....	86
GRÁFICA 27: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	86
GRÁFICO 28: SOLA O ACOMPAÑADA AL RECIBIR EL DIAGNÓSTICO...	87
GRÁFICA 29: ACOMPAÑAMIENTO EN LA CIRUGÍA.....	88
GRÁFICA 30: DESPUÉS DE CIRUGÍA DE QUIÉN RECIBE APOYO.....	88
GRÁFICA 31: PRIMER PERSONA A LA QUE SE RECURRIÓ.....	89
GRÁFICA 32: REACCIÓN DEL ESPOSO ANTE LA CIRUGÍA.....	89
GRÁFICA 33: REACCIÓN DE HIJOS ANTE DIAGNÓSTICO.....	90
GRÁFICA 34: PERCEPCIÓN DEL ESPOSO.....	90
GRÁFICA 35: DESPUÉS DE CIRUGÍA DEJÓ DE HACER COSAS QUE REGULARMENTE HACÍA.....	91
GRÁFICA 36: CAMBIO EN PATRÓN DE SUEÑO.....	92
GRÁFICA 37: CAMBIO EN PATRÓN DE ALIMENTACIÓN.....	92
GRÁFICA 38: EVENTOS SIGNIFICATIVOS.....	93

*Freud anticipaba ya "Si quieres la vida prepárate para la muerte..." Si vis pacem para bellum*

*S. Freud*

## Reconocimientos:

*Bina de la Antena Machado... Todo pasa y todo queda, pero lo nuestro es pasado,  
pasal haciendo caminos, caminos sobre el mar... Caminante,  
con tus alas al camino y nada más, caminante,  
no hay camino, se hace camino al andar.*

Este es un buen pretexto para Agradecer enormemente a compañeros caminantes...

A mis padres mi eterna gratitud por su gran amor y a quienes amo en lo más profundo de mi ser.

Mi padre, Salomán Ríos Calderón. Por su valentía y gran enseñanza a no tener miedo a vivir.

Mi madre, Ma. Del Socorro Caro Rampe. Por enseñarme tantas cosas aún después de su partida.

***"No hay nada que acerque más a la vida que rozar las alas***

***Hermanos,***

***negras de la muerte".... Carlos Cano, cantautor***

Erika, Adrián, Yaira. Por su ejemplo de perseverancia en lo que emprendan en medio de situaciones difíciles.

***Freud anticipaba ya "Si quieres la vida prepárate para la muerte..." Si vis paem para bellum***

***Familiares y Amigos:***

***S. Freud.***

Rebeca, Karen y Kenia. Por sumarse y alegrar nuestra familia.

Abuelita, Tías, Ruth, Orlando, Claudia, Mónica. Por su apoyo y su mano amiga.



## Reconocimientos:

*Bien decía Antonio Machado... Todo pasa y todo queda, pero lo nuestro es pasar,  
pasar haciendo caminos, caminos sobre el mar... Caminante,  
son tus huellas el camino y nada más; caminante,  
no hay camino, se hace camino al andar...*

Éste es un buen pretexto para Agradecer enormemente a compañeros caminantes...

A mis padres mi eterna gratitud por su gran amor y a quienes amo en lo más profundo de mi ser:

Mi padre. Salomón Rios Calderón. Por su valentía y gran enseñanza a no tener miedo a vivir.

Mi madre. Ma. Del Socorro Caro Ramos. Por enseñarme tantas cosas aún después de su partida.

## Hermanos:

Erika, Adrián, Yadira. Por su ejemplo de perseverancia en lo que emprenden en medio de situaciones no fáciles. Los amo.

Mira. Edith Geraldina Pompa Guajardo. Por sus atenciones y disposición en orientarme.

## Familiares y Amigos:

Rebeca, Karen y Kenia. Por sumarse y alegrar nuestra familia.

Abuelita, Tías, Ruth, Orlando, Claudia, Mónica. Por su aliento y su mano amiga.

**Al amor y compañero de mi vida:**

Especial agradecimiento al:

**Marco Antonio de la Peña Torres.** A quien admiro por su pasión a la vida, su entereza. Amor gracias por tu apoyo incondicional y por darle sabor a mi vida.

**A la Hermosa Familia Torres de la Peña.** Por su cálido acompañamiento y cariño. Mi eterno agradecimiento y admiración. La quiero mucho Dora Cristina.

**Mi analista:**

**Nancy Jeannette Garza G.** por su acompañamiento, pasión y escucha.

**Director de tesis: Blanca I. Montoya Flores.** Por su enseñanza, sensibilidad y escucha.

**Revisores:**

**Dr. Javier Álvarez Bermúdez.** Por compartir sus conocimientos y experiencia en el campo de la psicología de la salud.

**Mtra. Edith Geraldina Pompa Guajardo.** Por sus atenciones y disposición en orientarme.

MI ETERNO AGRADECIMIENTO

## RESUMEN

Especial agradecimiento al:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL NUEVO LEON. JEFATURA DE SERVICIOS  
MÉDICOS. COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN  
MÉDICA. CLÍNICA # 6, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA.**

**Jefa de Enseñanza.**

**Dra. Ana Magdalena García Martínez.** Por su autorización, sensibilidad y confianza. Mi eterno agradecimiento.

**Trabajadora Social.**

**Lic. Lydia Ruth Hernández Gutiérrez.** Mujer extraordinaria, sensible, entregada en su labor profesional, coordinadora del grupo de Autoayuda "Un rayo de vida". Mis respetos y admiración.

A cada una de las integrantes del Grupo de Autoayuda "Un rayo de vida".

**POR DARME EL GRAN REGALO DE DEJARME ENTRAR A SUS VIDAS Y CONOCERLAS. POR SU GRAN SENSIBILIDAD DE ESCUCHA Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL GRUPO.**

A cada una(o) de ustedes .....

**MI ETERNO AGRADECIMIENTO...**

## RESÚMEN

La adaptación psicosocial a partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, implica un proceso dinámico que configura un escenario complejo. Siendo un reto y desafío para los profesionales de la salud. El **Objetivo** es describir las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama y su relación con la calidad de vida a un nivel de primera discriminación de los niveles de satisfacción con la vida. La **muestra** estuvo conformada por 23 integrantes activas que asisten al grupo de autoayuda "Un rayo de vida" de la Clínica #6 del Seguro Social en San Nicolás de los Garza. Se aplicaron el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos y el Cuestionario breve de Calidad de vida. Posteriormente se correlacionaron las dimensiones de ambos instrumentos en el paquete estadístico SPSS-15. Seguido de una entrevista individual semiestructurada indagando variables del perfil sociodemográfico, experiencia paciente-enfermedad, calidad de vida, soporte social y eventos significativos. Y de la correspondiente categorización se compararon finalmente con los resultados cuantitativos. Las estrategias de afrontamiento con mayor presencia son las de un enfrentamiento de lucha activa, y como parte del proceso dinámico de ajuste psicosocial, se suman las estrategias de autocontrol y control emocional, además de la Búsqueda de apoyo social, características en el momento actual de la pacientes o en un corte transversal. Y las estrategias negativas más recurrentes son las de Pasividad-Resignación-Pasiva, Huida-Distanciamiento y Ansiedad-Preocupación-Ansiosa [Que coincide con los resultados de las entrevistas cualitativas como primeras reacciones ante el diagnóstico del cáncer]. Los tres niveles de satisfacción más altos son las Habilidades funcionales Integración Social y satisfacción con la vida.

## Summary

The psychosocial adaptation of a person's chronic disease, from the time of diagnosis implies a dynamic process and a complex scenario, at the same time it is a challenge for the health workers. The objective of this study is to describe the coping strategies of women diagnosed with breast cancer and their relationship with quality of life and wellbeing, measured as level of life satisfaction. The sample was formed of 23 individuals who attended the self support group "*Un rayo de vida*" (aglow of life) from the Clinic #26 of the "*Seguro Social*" (Medical Insurance) in San Nicolas de los Garza, Nuevo Leon. The short version of the Quality of Life survey was used and the Coping-With Stress survey for oncological patients. Afterwards, the statistical packet SPSS-15 was used to analyze the data. A semistructured interview was done to study sociodemographic information as well as knowledge of the disease, quality of life, social support, and other important related events followed by categorization and comparison of the quantitative variables. The most common coping strategies observed were active facing, self control and emotional control immersed in a psychosocial adjustment and seeking of the social support. The negative strategies observed were the Passivity-resignation-Passivity; distance keeping and 'runaway', as well as anxiety-worry-anxiety roles. These results are consistent with the qualitative information from the interviews, as first reactions towards the diagnosis of cancer. The three highest levels of satisfaction found were functional ability, social integration and life satisfaction.

## 1. INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades que padece el ser humano en México como en el mundo es el cáncer, la segunda causa de muerte por procesos tumorales es el cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años. Según estudios realizados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se calcula que para el año 2020 este grupo alcanzará los 38.8 millones, es decir, casi un tercio de la población total (Maza-Fernandez y Vecchi-Martini, 2009).

También refieren que la tasa de mortalidad por cáncer de mama en dicha población se incrementó durante la última década, de 13.06% en la década de 1990 a 14.49% en el año 2000 fue debido al crecimiento poblacional de mujeres de 45 a 54 años, así como también del grupo de 35 a 44 años. Esto indica que hay una tendencia a aumentar y a presentarse en la mujeres cáncer de mama y morir por esta causa.

Fatalmente, el diagnóstico de las pacientes se realiza en etapas muy avanzadas de la enfermedad en la mayor parte de los casos que han sido observado. Este diagnóstico tardío implica que el tratamiento del cáncer es más costoso, más doloroso y con una posibilidad mucho más baja de curación. En otros casos, un mal diagnóstico anula la posibilidad de curación.

## 1.1 ANTECEDENTES

Analizar el fenómeno salud-enfermedad resulta por demás, complejo, considerando que cuando enfermamos vivimos un proceso que implica cambios o modificaciones constantes en la esfera de lo físico, psicológico, social y familiar. Ante estos cambios, el modelo biopsicosocial, nos permitirá analizar la relación de éstos factores como determinantes de la enfermedad y su tratamiento Engel (1977).

Reflexionando sobre éstos constantes cambios que implica el enfermar, metafóricamente Sontag (1978), se refiere a ella como el lado nocturno de la vida, y dice, "Nacemos con una ciudadanía doble, la del reino de los sanos y de los enfermos, tarde o temprano nos vemos obligados, al menos por un tiempo, a identificarnos como ciudadanos de aquel otro lugar, la de los enfermos".

Padecer cáncer sin duda tiene una carga emocional que oculta más de lo que transmite. Pensando en éste padecimiento Hipócrates (460 años a.c.) desde la antigüedad, fue el primero en utilizar la palabra cáncer que en griego significa "Karkinos", atribuyendo esta enfermedad a un exceso de bilis negra. En latín cáncer, significa cangrejo, inspirado según Galeno, por el parecido entre las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo.

En ésta comparativa, Somonte, también compara su similitud a la de la Centolla, pues al desarrollarse invade tejidos en forma de prolongaciones o patas semejantes a las arborizaciones periféricas de la neoplasia.

Más allá de esta explicación biomédica hay un significado psicosocial de la glándula mamaria respecto a su tamaño, forma, y belleza, siendo exhibidas abiertamente en determinados contextos culturales, por ejemplo, en algunas tribus africanas, o escondidas en otros grupos, como en el Cáucaso en donde se les aplicaban unos corsés de cuero ajustados a las mujeres para evitar el desarrollo mamario, siendo solamente el novio el día de la boda el único con derecho a quitar el corsé. Die Goyanes (2005) ilustra el valor y significado de las mamas, haciendo alusión a diferentes anécdotas históricas, como el caso de guerreras amazonas quienes se amputaban una mama para poder disparar mejor el arco, o que decir de la amputación de las mamas que sufrió Santa Águeda como castigo por no entregarse a las demandas amorosas del gobernador de Catania (Siria) en el siglo III y que hasta en nuestros días es socorrida por fieles, buscando su protección contra los males de los pechos.

Específicamente en el cáncer de mama los avances biomédicos y sus diversas modalidades terapéuticas dan mayores posibilidades de sobrevivencia, convirtiéndola en una enfermedad crónica, en donde su manejo puede repercutir en la adaptación y mantenimiento de la calidad de vida.

El impacto del diagnóstico de una enfermedad grave, según Sontag (1978), tiene una carga nociva por el estigma de asociarlo con muerte, en donde, el



cuerpo libra frente al cáncer un combate encarnizado del que con harta frecuencia sale vencido. Sin embargo, ésta marca asociativa de creencias alrededor del cáncer no están justificadas hoy en día, ya que existe una amplia diversidad de pronósticos para los numerosos tipos de cáncer, localización, tipo de tumor y tiempo del diagnóstico.

El impacto emocional estará determinada en función de la valoración subjetiva del diagnóstico, creencias, percepción de control, significado subjetivo de la pérdida de una función específica y del nivel de adaptación del sujeto.

Es así como el afrontamiento en sujetos con cáncer Moos (1988) y Moos y Schaefer (1984,1993) plantean que este proceso se inicia con una evaluación cognitiva que da significado a la enfermedad y que determina las tareas de adaptación mediante "estrategias de afrontamiento".

Conceptualmente éstos se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas, para controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen al estrés.

Según Moorey y Greer (1989), las dos estrategias de afrontamiento que predicen un buen pronóstico, después de un diagnóstico como el cáncer, a nivel de adaptación psicosocial son el espíritu de lucha y la negación.

Ésta última funciona como protección al sentirse rebasado o abrumado por la situación adversa y da tiempo para desarrollar otros recursos de afrontamiento futuro.

La calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas graves como el cáncer puede mejorarse aumentando la sensación subjetiva de control sobre la enfermedad y sus efectos, impactando en un mayor bienestar psicológico.

Según Font y Cardoso (2009) en su artículo Cáncer y Calidad de vida, refieren que la disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos, es decir, lo que estaba mas asociado con la reducción de la calidad de vida no eran los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacitaciones funcionales, sino aspectos psicológicos como el miedo o la ansiedad, depresión o la insatisfacción con el propio aspecto.

Con éste referente introductorio radica nuestro interés en conocer cómo se vincula la relación entre determinados tipos de estrategias de afrontamiento y la calidad de vida subjetiva.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Estadísticamente el cáncer de glándula mamaria es uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial. Un dato alarmante es que se calcula que en los países industrializados una de cada tres personas padecerá algún tipo de cáncer a lo largo de su vida.

La OMS estimó que para 2030 las cifras aumentarán llegando a unos 12 millones de defunciones anuales mundiales y que serán las enfermedades no transmisibles las que causarán tres cuartas partes de muertes a nivel global, entre ellas el cáncer, que aumentará de 7.4 millones de decesos a 11.8 millones.

En nuestro país existe un temor social ante esta prevalencia, ya que el cáncer de mama, ha mostrado un incremento progresivo en México, donde ocupa la segunda causa de mortalidad femenina, con una tasa de 12.2/100 000 habitantes. Sin embargo, en algunos estados del norte del país, como Nuevo León, ocupa el primer lugar.

Resulta lamentable destacar que en México sólo el 2% de los casos de Cáncer de Mama se diagnostican in situ, es decir, en fases tempranas, mientras que el resto se detectan en etapas más avanzadas, lo que contribuye a un peor pronóstico para las pacientes.

La forma en que un sujeto procesa y evalúa la situación, así como los recursos de los que dispone para hacerle frente, determinará el grado en que se siente afectado y las "estrategias" que pondrá en funcionamiento para responder a ella.

Moorey y Greer, (1989) en sus estudios han puesto a prueba el papel predictivo de las dimensiones evaluativas y de afrontamiento a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, posibilidades de control sobre la enfermedad, visión del pronóstico y tales dimensiones vinculadas al bienestar de las mujeres con cáncer de mama como a sus tasas de sobrevivencia. Además el estudio científico de la calidad de vida del paciente de cáncer permite profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.

Según diversos estudios en el momento en que las personas se enteran del diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentarán una situación de pérdida, de duelo debido a la inminente amenaza de salud y autonomía.

Las investigaciones de los distintos tipos de afrontamiento se han centrado en señalar cuáles estrategias resultan más eficaces, sus características funcionales, sus repercusiones para la salud. Sin embargo, la investigación ha puesto de manifiesto que ciertas estrategias se emplean con mayor frecuencia

### 1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de quienes la padecen, sus consecuencias y tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener el paciente para afrontar situaciones adversas en su vida. La calidad de vida relacionada con la salud se convirtió en una forma de evaluación de los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas para enfrentar una enfermedad.

La forma ideal de evaluación de calidad de vida incorpora medidas generales, basados en el modelo conceptual multidimensional, y medidas específicas de la enfermedad en cuestión (Jacobson, de Groot y Samson, 1994).

Según diversos estudios en el momento en que las personas se enteran del diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentarán una situación de pérdida, de duelo debido a la inminente amenaza de salud y autonomía.

Las investigaciones de los distintos tipos de afrontamiento se han centrado en señalar cuáles estrategias resultan más eficaces, sus características funcionales, sus repercusiones para la salud. Sin embargo, la investigación ha puesto de manifiesto que ciertas estrategias se emplean con mayor frecuencia

#### 1.4 OBJETIVOS

de acuerdo con cada cultura (Chan, 1994), más allá de la amenaza implicada en la situación.

Describir las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama y su relación con calidad de vida a un nivel de primera discriminación de los niveles de satisfacción con la vida

En nuestro contexto cultural surge la siguiente pregunta medular a investigar,

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento a partir del diagnóstico de cáncer de mama y su relación con la calidad de vida?

#### 1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a).- Conocer cómo se manifiesta el afrontamiento
- b).- Conocer cómo se manifiesta la calidad de vida
- c).- Conocer cómo es la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida

#### 1.4.2 HIPÓTESIS:

Todas las estrategias de afrontamiento están correlacionadas con las dimensiones de calidad de vida

## 1.4 OBJETIVOS

### 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Describir las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama y su relación con calidad de vida a un nivel de primera discriminación de los niveles de satisfacción con la vida.

#### 1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a).- Conocer cómo se manifiesta el afrontamiento
- b).- Conocer cómo se manifiesta la calidad de vida
- c).- Conocer cómo es la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida

#### 1.4.2 HIPÓTESIS:

Todas las estrategias de afrontamiento están correlacionadas con las dimensiones de calidad de vida

## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El afrontamiento ante el cáncer, tal como lo define Lipowski (1970) involucra “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica y recuperar así, las funciones deterioradas de un modo reversible o compensar en lo posible algún deterioro irreversible”.

Ahora bien, pese a mayores índices de supervivencia y desarrollo de técnicas menos invasivas en el cáncer de mama, algunos de los temores que persisten en el recién diagnóstico es la de si se va a morir, seguido por la duda si perderá la mama o podrá conservarla. Holland (1989) ha señalado las repercusiones psicológicas en el paciente diagnosticado de cáncer, en las que se ponen en marcha una serie de percepciones negativas y se desarrolla toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, deformidad, incapacidad, alteración de las relaciones interpersonales, dolor, desvinculación del entorno y miedos.

Estas conductas y cogniciones con el fin de enfrentarse, eludir o minimizar los efectos y consecuencias de la enfermedad en determinada etapa del proceso clínico, se adhiere a la búsqueda de bienestar en múltiples dimensiones personales, socio-ambientales como las redes de apoyo social, servicios de



salud, condiciones económicas, calidad ambiental y factores culturales obteniendo como resultado un indicador de los niveles de satisfacción de la calidad de vida, elemento además consustancial al ser humano.

Resulta interesante que la calidad de vida se relacione más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos (Font y Cardoso, 2009) es decir, lo que estaba mas asociado con la reducción de la calidad de vida no eran los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacitaciones funcionales, sino aspectos psicológicos como el miedo o la ansiedad, depresión o la insatisfacción con el propio aspecto.

## 2.1 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD

Die Trill y Alfredo Die Goyanes (2005) refieren como reacciones comunes en mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama; la incredulidad, anestesia emocional, shock y como consecuencias de éstas reacciones, la necesidad de tiempo para elaborar lo que acontece, así como del apoyo médico, de la disponibilidad afectiva de comunicación con personas significativas del entorno, como algunas de las necesidades que influirán en la capacidad para afrontar la enfermedad y los tratamientos altamente agresivos.

De acuerdo a algunas investigaciones hay un Impacto psicológico con sólo escuchar la palabra cáncer generando reacciones negativas diversas, ansiedad e irritabilidad.

Según Fawzy (1996) en el momento del diagnóstico se produce un fuerte impacto emocional apareciendo reacciones como la negación, rechazo fatalista, depresión o la hostilidad, como respuestas psicológicas ante la enfermedad.

## 2.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La evaluación del ajuste psicosocial de pacientes crónicos resulta de vital importancia en tanto que posibilita un mejor entendimiento de las reacciones y cambios desplegados ante la enfermedad, el conocimiento de estos elementos del proceso mórbido permitirá el desarrollo de estrategias adaptativas y un manejo integral del paciente.

De ahí el interés por conocer y evaluar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes oncológicos para manejar la situación que les coloca su enfermedad para determinar cuáles son las que mejor contribuyen a su adaptación-inadaptación del sujeto a las demandas internas-externas que un diagnóstico de cáncer.

influyen en la evolución y proceso de la enfermedad (Ferrero Berlanga, 1993

González Martínez y García, 1997; Pérez, Córdoba y Espinoza, 2002; Rodríguez Peña y Salazar, 2004)

Evaluación global incluye las medidas de calidad de vida general y específica.

Sus componentes son: funcionamiento intrapersonal (bienestar psicológico o subjetivo, satisfacción con la vida, autoconcepto y autoestima); funcionamiento interpersonal (vida familiar, relaciones de matrimonio, amigos o pares, actividades sociales) y funcionamiento extrapersonal (actividades laborales, recreativas y escolares).

estudios psicológicos, para tener elementos comparativos de cómo ciertas

estrategias de afrontamiento del estrés generadas por el padecimiento de

cáncer pueden repercutir en la calidad de vida de los pacientes.

También contiene medidas de síntomas observables, limitaciones y habilidades funcionales y experiencias subjetivas (sentimientos y creencias respecto al estado de salud general).

## 2.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias que utiliza un paciente para afrontar su situación son un buen predictor del modo en que el sujeto va a responder en la evolución del padecimiento.

De ahí el interés por conocer y evaluar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes oncológicos para manejar la situación que les coloca su enfermedad para determinar cuáles son las que mejor contribuyen a su adaptación-inadaptación del sujeto a las demandas internas –externas que influyen en la evolución y proceso de la enfermedad (Ferrero Berlanga, 1993; González Martínez y García, 1997; Perez, Córdova y Espinoza, 2002; Rodríguez, Picabia y San Gregorio, 2002).

Como marco de referencia teórico resulta relevante las aportaciones conceptuales sobre el proceso de afrontamiento, y con el fin de lograr una mejor integración revisaremos algunas líneas trazadas e investigadas sobre el estrés psicológico, para tener elementos comparativos de cómo ciertas estrategias de afrontamiento del estrés generadas por el padecimiento de cáncer pueden repercutir en la calidad de vida de las pacientes.

Es decir conocer las estrategias de afrontamiento eficaces de acuerdo a investigaciones previas y su impacto en la calidad de vida implicando la evaluación clínica de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica.

El enfrentamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento, sino que puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad, de igual manera una misma persona puede estar empleando diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo (Heim, Augustini, Schaffner y Valach, 1993).

El afrontamiento al cáncer de mama según Kelison (2002) tiene una interpretación religiosa y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural, y también mostraban un afrontamiento con matiz religioso.

Gall y Cornblad encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal (Gall&Cronblad, 2002).

El espíritu de lucha representa una postura activa en la cual el paciente acepta el diagnóstico, mantiene una actitud optimista y quiere participar en las decisiones médicas y luchar contra la enfermedad.

Los estilos de afrontamiento negativos de "desesperanza" y "preocupación ansiosa" son utilizados con mayor frecuencia por las personas que tienen niveles altos de ansiedad y depresión, mientras que el espíritu de lucha es la estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad.

Estudios longitudinales señalan que, a la larga, un estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987). Mientras que un estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o persiste a lo largo del tiempo.

Algunas líneas teóricas investigadas sobre el estrés según (Sandín, 1995) se expone a continuación:

**I.-ESTRÉS COMO RESPUESTA**, que desde la teoría fisiológica y bioquímica acentuaron la respuesta orgánica del estrés, interesándose en los procesos internos del sujeto, involucrando una activación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Una de sus limitaciones es que reduce el campo a los aspectos orgánicos en detrimento de variables cognitivas, conductuales, de personalidad y contextuales intervinientes. (Selye 1960,1975)

**II.-ESTRÉS COMO ESTÍMULO**, que desde la teoría de los sucesos vitales, las orientaciones psicológicas y sociales, pusieron énfasis en el estímulo y la situación generadora del estrés, focalizándose en el agente externo. Una de sus críticas es que la reacción del sujeto depende más de la percepción del evento que del evento en sí. No toma en cuenta las diferencias individuales en la respuesta al estrés.

Los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva, en lugar de enfermar pueden activar la resiliencia (Walsh, 1998), o la posibilidad de crecer y madurar, o de adquirir nuevas destrezas, que mejoren los recursos de

autoeficacia y autoconfianza o desarrollen otras habilidades que acrecientan el bienestar.

Mason (1971) y Weiss (1971), mostraron que la respuesta del organismo está generada más por un estímulo emocional, que por el físico.

### III.-DEFINICIÓN INTERACTIVA.

La teoría de la evaluación cognitiva es la tendencia que supera la dicotomía interno-externo, acentuando la interrelación y los procesos mediacionales o transaccionales.

El estrés se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto al intermediar las relaciones particulares entre los componentes internos y provenientes del entorno. (Lazarus, Folkman 1984).

Desde éste modelo se considera el estrés como resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío.

Los factores personales influyen esa evaluación: motivaciones, compromisos, creencias, expectativas. Además define con particular precisión los factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante.

Lazarus y Folkman (1986), definen el estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". Estos actos

de evaluación cognitiva determinan el valor de la amenaza. Se distingue tres tipos de evaluación:

**PRIMARIA:** se centra en la situación, y se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna.

1.-amenaza: la anticipación de un daño posible

2.-daño/pérdida: son los resultados de esa amenaza

3.-desafío: es la valoración de la situación que hace el sujeto que conlleva resultados inciertos

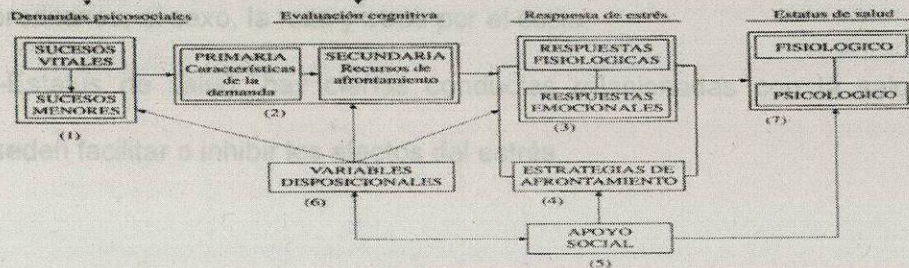
4.-beneficio: es una valoración positiva que no induciría a estrés.

**SECUNDARIA:** se centra en la valoración de la propia eficacia que tendrán las medidas que adopte para hacer frente a la situación. Se trata de los recursos disponibles de personalidad, estrategias de afrontamiento y respuestas del sujeto ante la amenaza. Recursos ambientales, de tipo social (apoyo social) y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios)

**REEVALUACIÓN:** Son los procesos de feedback que ocurren durante el proceso de interacción entre el individuo y las demandas, que permite realizar las correcciones necesarias, al asimilar nuevas informaciones o cambios de la situación que determinará los cambios respectivos en la conducta.

Se denomina estrategias de afrontamiento a las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza.

Se trata pues de conductas dirigidas a dominar, tolerar, reducir o minimizar las demandas excesivas, que amenazan al sujeto.



Gráfica 1: Modelo de Sandín (2005)

El presente modelo de Sandín, incluye procesos cognitivos, demandas psicosociales, recursos materiales, sociales y personales, variables disposicionales de personalidad, estrategias de afrontamiento y respuestas del sujeto en todos los niveles. [ver Gráfica 1]

A continuación se describirán las variables involucradas:

- 1.-Demandas psicosociales: "estrés psicosocial" o estresores ambientales;
- 2.-Evaluación cognitiva: incluye los niveles de evaluación primaria y secundaria, así como los posteriores procesos de reevaluación;
- 3.-Respuesta de estrés: incluye el complejo de respuestas fisiológicas (neuroendócrinas y las del sistema nervioso autónomo) y las respuestas psicológicas, tanto emocionales, como a nivel cognitivo y motor;
- 4.-Estrategias de afrontamiento: los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para enfrentar las demandas externas como internas;



5.-Apoyo social: disponibilidad de personas de confianza, también incluye lazos sociales, contacto social significativo, pertenencia a una red social, apoyo personal

6.-Variables disposicionales: incluye los tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza y otros por el estilo;

7.-Estatus de salud: hay ciertas conductas relacionadas con la salud que pueden facilitar o inhibir los efectos del estrés.

Lazarus y Folkman (1986) identificaron dos modos diferentes de afrontar el estrés, uno "dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar".

Posteriormente (folkman y Lazarus, 1985; 1988), fue sistematizado y evaluado en ocho estrategias específicas, tres correspondientes al modo centrado en el problema (confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones) y cinco, referidas al modo centrado en la emoción (autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación) [ver Tabla 1]

<p>Tabla 1.-Estrategias de afrontamiento según Folkman y Lazarus (1985; 1988)</p>
<p>Estrategias centradas en el problema:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confrontación: acciones directas para alterar la situación.</li> <li>• Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión.</li> <li>• Búsqueda de soluciones: acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución.</li> </ul>
<p>Estrategias centradas en la emoción:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones.</li> <li>• Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación.</li> <li>• Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose.</li> <li>• Autoinculpación: verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos.</li> <li>• Escape/Evitación: evitación de la situación del estrés.</li> </ul>

Aún cuando hay coincidencias con el modelo de las ocho estrategias, otros investigadores han presentado otras formas de manejo del estrés más detalladas.

Carver et al. (1989; cfr. Zeidner et al., 1996) cuestionó el modelo de Lazarus, identificó 13 categorías diferentes correspondientes a sendas dimensiones de afrontamiento o de manejos posibles del estrés. [ver Tabla 2]

Tabla 2.-Estrategias de afrontamiento según Carver y colaboradores

- Afrontamiento activo: "hago lo que debo un paso a la vez"
- Planificación: "elaboro un plan de acción"
- Suprimiendo la competencia de actividades: "dejo otras actividades para concentrarme en la actual"
- Restringiendo el afrontamiento: "espero el tiempo propicio para hacer las cosas"
- Buscando apoyo social por razones instrumentales: "converso con la gente buscando nuevas ideas para afrontar el problema"
- Buscando apoyo social por razones emocionales: "hablo con la gente acerca de cómo me siento".
- Reinterpretación positiva y crecimiento: "aprendo cosas de la experiencia"
- Aceptación: "aprendo a vivir con el problema"
- Volviendo a la religión: "pongo mi confianza en Dios"
- Focalizando en la ventilación de las emociones: "dejo salir mis sentimientos"
- Negación: "me niego a creer que esto a pasado"
- Desvinculación conductual: "renuncio a intentar concretar mis metas".
- Desvinculación mental: "sueño acerca de otras cosas en lugar de esto".

Folkman y Lazarus (1985), identifican el estilo evitador y confrontativo en el manejo de una situación estresante generando estrategias de: confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

El estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo.

Sin embargo estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).

Mientras que el estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o persiste a lo largo del tiempo.

El modelo cognitivo sobre el ajuste psicosocial al cáncer plantea que son las valoraciones del sujeto las que determinan su reacción emocional-conductual, las estrategias de afrontamiento, lo que piensa y hace para reducir la amenaza que supone dicha enfermedad (Moorey y Greer, 1989).

Los cinco tipos de respuestas de afrontamiento posibles ante el cáncer (Greer, 1992; Moorey y Greer, 1989) son: el espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, Preocupación ansiosa, fatalismo y evitación. [ver

Tabla 3]

- Fatalismo: se caracteriza por una visión del diagnóstico como una amenaza menor, existe una excepción de cualquier pronóstico y una baja percepción de control. Estos pacientes aceptan rápidamente el diagnóstico, en busca de más información, asumiendo las consecuencias y dejando las decisiones en manos del médico.
- Evitación: implica que el diagnóstico de la patología es valorado como una amenaza mínima, lo que lleva como consecuencia una visión positiva del pronóstico. Algunos pacientes se niegan a aceptar el diagnóstico, minimizan su importancia y se comportan como si no ocurriera nada.

Tabla 3.-Respuestas de afrontamiento posibles ante el cáncer (Greer, 1992; Moorey y Greer, 1989)

- **Espíritu de lucha:** se valora el diagnóstico como un reto, en tanto que existen creencias de control sobre el curso de la enfermedad, una visión optimista acerca de su pronóstico, y todo ello se traduce en la presencia de respuestas de afrontamiento dirigidas a combatir la enfermedad. Los pacientes asumen el cáncer como un desafío y buscan toda la información posible con el fin de controlarlo, manteniendo una actitud optimista.
- **Desamparo/desesperanza:** Representa una valoración de la enfermedad en términos de amenaza irreparable, una visión negativa del pronóstico, una baja percepción del control y una ausencia de respuestas de afrontamiento. En este caso, el diagnóstico supone una interrupción en la actividad cotidiana del paciente, no pudiendo pensar en otra cosa que en el miedo al cáncer y la posibilidad de morir.
- **Preocupación ansiosa:** implica la visión de la enfermedad como una amenaza, incertidumbre respecto al pronóstico y a la posibilidad de ejercer algún control, pero en éste caso hay presencia de respuestas conductuales. Los pacientes que se caracterizan por utilizar esta estrategia reaccionan al diagnóstico con una marcada ansiedad y momentos de depresión, buscan información sobre el cáncer, pero la interpretan de forma negativa, y consideran cualquier molestia como un empeoramiento de la enfermedad.
- **Fatalismo:** se caracteriza por una visión del diagnóstico como una amenaza menor, existe una aceptación de cualquier pronóstico y una baja percepción de control. Estos pacientes aceptan estoicamente el diagnóstico, sin buscar más información, asumiendo las consecuencias y dejando las decisiones en manos del médico.
- **Evitación:** implica que el diagnóstico de la patología es valorado como una amenaza mínima, lo que tiene como consecuencia una visión positiva del pronóstico. Algunos pacientes se niegan a aceptar el diagnóstico, minimizan su importancia y se comportan como si no ocurriera nada.

Los modos de afrontar el cáncer que resultan más apropiados son los que suponen la implicación activa de los sujetos en el tratamiento y en el manejo de su enfermedad, así como la expresión de sentimientos.

La dimensión del estrés satisfactorio que ofrece experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros (sensación de bienestar, de adaptación), que fortalecen la propia autoestima y refuerzan las estrategias de afrontamiento (Bunting et al., 1986) y que puede resumirse en lo que Antonovsky (1979, 1987) denomina "fuerzas salutogénicas" y "vivencia de coherencia", "personalidad resistente de Kobasa(1982, 1983), la autoeficacia de Bandura (1977,1986), el locus de control interno, la personalidad tipo B, el optimismo (Scherier et al., 1985 1986),la esperanza (Pereyra, 1977) y el concepto de resiliencia (walsh, 1998).

Uno de los primeros modelos de afrontamiento en sujetos en situaciones de enfermedad física, define el afrontamiento como "toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible" (Lipowski, 1970).  
[ver Tabla 4]

Tabla 4.-Estrategias de afrontamiento ( Lipowski, 1970).

- La percepción de la enfermedad como un reto: da lugar a estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, racionales.
- La percepción de la enfermedad como un enemigo, al que hay que combatir y vencer. Llevan al sujeto a luchar o sucumbir según como evalúe sus posibilidades para hacerle frente.
- La percepción de la enfermedad como un castigo. Si lo ve como justo, mostrará poca resistencia con aceptación pasiva. Si considera que es un castigo injusto, puede desarrollar sentimientos depresivos.
- La percepción de la enfermedad como debilidad; como signo de pérdida del control personal.
- La percepción de la enfermedad como una liberación; La enfermedad es algo que le libera de sus obligaciones y responsabilidades.
- La percepción de la enfermedad como una estrategia; para obtener apoyo y la atención de los demás.
- La percepción de la enfermedad como pérdida o daño irreparable; que puede conducir a la depresión, hostilidad, resistencia a colaborar en la curación o en la rehabilitación.
- La percepción de la enfermedad como un valor; Se percibe la enfermedad como algo que ayuda al desarrollo de la personalidad y al crecimiento personal.

Algunas estrategias de afrontamiento eficaces de acuerdo a investigaciones previas y su impacto en la calidad de vida coincide en que la búsqueda de apoyo social son mayormente usadas en mujeres probablemente porque cuentan con buenos recursos de verbalización y comunicación (Soriano, 1994).

Se consideran estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema la búsqueda de soluciones y de apoyo social, el autocontrol, la reestructuración positiva, el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor, en tanto se estiman disfuncionales la autoinculpación, la negación, el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape, como el consumo de sustancias, refugiarse en la fantasía o recurrir al pensamiento mágico. Mujeres que se muestran flexibles en sus maneras de afrontar la situación, lo hacen con mayor eficacia.

Las habilidades de búsqueda de información y resolución de problemas pueden ser críticas durante la planificación del tratamiento, la negación y las estrategias de evitación pueden ser más eficaces en reducir o minimizar los efectos secundarios del tratamiento con radioterapia o quimioterapia.

Weisman (1976) observaba que los pacientes más optimistas afrontaban mejor el diagnóstico de cáncer.

Greer constata una mayor supervivencia entre las pacientes con cáncer de mama que mostraban un espíritu de lucha contra la enfermedad, frente a aquellas que reaccionaban con estoicismo, aceptación, desesperanza o impotencia.



Colmes y Stevenson (1990) encuentran que los estilos preferentes de afrontamiento pueden tener una vinculación con las distintas etapas evolutivas del cáncer, ya que estos estilos pueden cambiar como resultado de la experiencia de la enfermedad y de los tratamientos recibidos.

Las líneas de investigación dan cuenta que las estrategias como búsqueda de información, búsqueda de apoyo, enfoque en lo positivo y afrontamiento activo, permiten al paciente ajustarse mejor a su enfermedad. Y que la disminución de calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Otras aportaciones plantean que el espíritu de lucha y la negación de la enfermedad se asociaban a mejores resultados psicosociales, mientras que el desamparo, desesperanza, fatalismo y preocupación ansiosa iniciales, se asociaban a mayor malestar concurrente.

Algunos factores moduladores de la experiencia del estrés además del apoyo social, características de la personalidad, está el manejo de las situaciones adversas como la resiliencia.

Según (Grotberg, 2001) la resiliencia: "es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad".

"Se trata de la capacidad potencial de un ser humano de salir herido pero fortalecido de una experiencia aniquiladora (Walsh, 1998).

Chok Hiew (2000) ha descubierto que las personas resilientes enfrentaban los estresores y las adversidades de forma tal que reducían la intensidad del estrés y producía el decrecimiento de los signos emocionales negativos, como la ansiedad, depresión, ira, a la vez que aumentaba la salud emocional.

El modelo de Dohrenwend (1978) señala que las crisis dan lugar a un crecimiento psicológico, en la cual la crisis puede contribuir al desarrollo personal, generando nuevas capacidades adaptativas o no producir ningún cambio en el sujeto o pueden aparecer disfunciones o trastornos.

### 2.3 CALIDAD DE VIDA

Retomando algunas ideas del artículo Modelo Estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, resulta interesante que del modelo biopsicosocial surge el paradigma de calidad de vida como una medida subjetiva que incluye dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a la enfermedad (Boyle, 1997).

La percepción de las personas sobre su estado de salud, depende de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social (Schwartzmann, 2003).

Este modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el

paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente.[ver Gráfica 2]

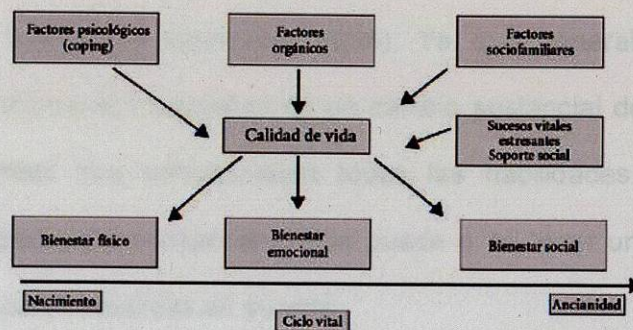


Gráfico 2. Calidad de vida relacionada con la salud

(Schwartzmann, 1999)

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas provoca un fuerte impacto emocional, donde aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases de su enfermedad, fenómeno que dependerá de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentarse a la enfermedad y que, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida (evaluación afectiva y mecanismos de afrontamiento) (Kaufman, 1989).

El efecto de la calidad de vida está en correlación en cómo se da el proceso de afrontamiento del estrés desde el momento del diagnóstico de Cáncer de mama.

El profesional de la salud debe ocuparse, en reducir los síntomas asociados a la enfermedad, de no causar efectos secundarios indeseables y de transmitir habilidades para que la persona regrese a un estilo de vida normal (Moinpour, Savage, Hayden, Sawyers y Upchurch, 1995). Ya que generalmente las consecuencias y tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.

En virtud de que pacientes con cáncer sobrevivan un periodo significativo como resultado de los avances en el diagnóstico y tratamiento oportunos existe una tendencia creciente a evaluar el efecto de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de su influencia en la calidad de vida de los pacientes. La forma ideal de evaluación de calidad de vida incorpora medidas generales y específicas de la enfermedad en cuestión. (Jacobson, de Groot y Samson, 1994). Los factores en los cuales se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud son: Los síntomas y quejas subjetivas, funcionamiento fisiológico, funcionamiento psicológico y cognitivo, funcionamiento físico, percepciones generales de salud y funcionamiento social.

La salud ya no se conceptualiza como la ausencia de enfermedad, sino que se la entiende como un estado positivo de bienestar (Stone, 1979). Las Naciones Unidas fundaron la Organización Mundial de la Salud en 1946 e incluyeron en el preámbulo de su constitución la siguiente definición multidimensional, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad” (WHO, 1947).

Es necesario dirigir esfuerzos para diseñar programas de intervención psicológica enfocados en mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica.

Por otro lado la calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional, se considera que comprende tres dimensiones: la física, la psicológica y la social. La dimensión física incluye la sintomatología clínica (dolor y fatiga), la dimensión psicológica se relaciona con el estado anímico (la depresión y la ansiedad), con las funciones cognitivas (memoria y concentración) y con el sentimiento de bienestar. Por último la dimensión social comprende la participación del paciente en las actividades sociales y familiares, sus relaciones de género y su vida profesional.

La calidad de vida es la integración de la enfermedad a la vida cotidiana del paciente, y en el grado de satisfacción de éste con su condición actual.

Todas las fases relacionadas con el tratamiento, diagnóstico y recuperación crean desafíos y problemas a los que pacientes y sobrevivientes deben enfrentarse.

Uno de los mejores predictores de adaptación positiva al cáncer de mama es el estado psicológico anterior al diagnóstico relacionado con los siguientes factores: estado psicológico, nivel de optimismo, espiritualidad y apoyo de la familia, los amigos, empleadores y equipo asistencial.

El problema psicológico no detectado y no tratado puede comprometer los resultados del tratamiento e incrementar los costos de la salud.

Dado que la vida puede definirse desde las perspectivas cuantitativa y cualitativa, la calidad de vida en relación con las terapias del cáncer y la rehabilitación proporciona una medida adicional que puede utilizarse para sustanciar los resultados de tratamientos.

En éste marco referencial podemos plantearnos el efecto del cáncer-calidad de vida y ahí partiremos del consenso de que la calidad de vida es una variable subjetiva y fluida, de manera que su medida debe incluir la perspectiva del paciente y debe ser sensible a los cambios que se puedan producir a lo largo del tiempo. Además relacionada con la salud se refiere al grado en el que el bienestar físico, emocional, social, normal o esperado, está afectado por una enfermedad y su tratamiento.

La calidad de vida es más que la ausencia de de disfunción o de angustia: incluye una sensación de bienestar o de satisfacción vital.

Además partimos del consenso de que la calidad de vida es una variable subjetiva y fluida, de manera que su medida debe incluir la perspectiva del paciente y debe ser sensible a los cambios que se puedan producir a lo largo del tiempo. Además relacionada con la salud se refiere al grado en el que el bienestar físico, emocional, social, normal o esperado, está afectado por una enfermedad y su tratamiento.

La calidad de vida es más que la ausencia de de disfunción o de angustia: incluye una sensación de bienestar o de satisfacción vital.

El bienestar subjetivo, indicador de la felicidad, es más alto en los individuos con una elevada autoestima, una sensación de control sobre su vida, optimismo y una red de apoyo formada por relaciones estrechas.

#### 2.4 CREENCIAS:

Green et al. (1980) definieron una creencia como "Una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia.

Además es algo que se acepta como verdad, sin tomar en cuenta si en realidad lo es o no en términos objetivos.

Algunas de las características de las creencias (Greene y Simons-Morton, 1988) son que otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee, además que tienen un elemento cognoscitivo que implica lo que la persona sabe o cree saber y tienen un componente afectivo, del valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

Una actitud es una organización de creencias perdurables sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial (Rokeach, 1966). Las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

El modelo de la salud basado en creencias (Becker y Maiman, 1975) propone cuatro categorías: seriedad percibida, susceptibilidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

Fitzpatrick (1990) señalaba la necesidad de entender que la enfermedad humana se presenta dentro de una cultura particular, que influye la manera en que se experimenta la enfermedad y dan forma a las respuestas de síntomas de quien padece la enfermedad y a su entorno social.

Las creencias se definen como las ideas y prácticas generalizadas aceptadas usualmente de forma acrítica.



Según Álvarez (2002), pueden presentarse en una situación de enfermedad como creencias mágico-religiosas y creencias médico-biológicas.

La estructura cognitiva del paciente implican creencias, opiniones, estereotipos, actitudes y representaciones. Álvarez (2002) enfatiza en conocer el sentido social de las creencias en torno a las enfermedades y cómo estas creencias afectan la forma de enfrentarla. Además de que las creencias son ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición, las cuáles son aceptadas regularmente de forma acrítica por los miembros de un grupo específico, comunidad o sociedad, las cuales se van formando a través de las ideas provenientes de diversas fuentes, que la persona va acomodando hasta establecer su explicación propia. (Álvarez, 2002)

Las creencias están en relación en las comunicaciones sociales acerca de ellas. Sin duda resulta interesante conocer el tipo de creencias del impacto de síntomas, su influencia en el seguimiento de la medicación, en las recomendaciones médicas y en la comunicación entre los pacientes y los profesionales de salud (Álvarez, 1999). Éste conocimiento será con el fin de conocer cuáles son las amenazas que los pacientes generan o perciben de su enfermedad y cómo todo ello afecta las respuestas que pueda desarrollar o presentar para afrontar estas amenazas.

Las creencias se interpretan como correctas y las prácticas sociales derivadas de las mismas son vistas como adecuadas para hacer frente al fenómeno.

Además, son conocimientos comunes a los cuáles todos los miembros de una sociedad tienen en mayor o menor medida acceso.

Álvarez (2002) resume la importancia de conocer las interpretaciones que las sociedades dan a las enfermedades en dos motivos: el primero relacionado al conocimiento del desarrollo de la ciencia y tecnología médica y el segundo motivo, de conocer el sentido social de las creencias entorno a las enfermedades y cómo éstas creencias afectan la forma de enfrentarlas. Las creencias afectan el ajuste que la persona hará a su enfermedad.

## 2.5 EMOCIONES

Las emociones son fenómenos complejos que se entrelazan con la motivación, la cognición, las neurociencias. Según Álvarez (2002), las emociones concebidas desde la perspectiva de la cognición social se basan en cómo las personas elaboran información sobre la afectividad y la manera en que esto repercute en sus procesos cognitivos y que al surgir una emoción negativa, ésta fuera acompañada por pensamientos negativos. Vigotski (1972) afirma que las emociones poseen elementos de tipo representacional y corporal, así como también un elemento evaluativo determinante para la vivencia.

Los fuertes sentimientos que acompañan a las experiencias muy placenteras, muy negativas o reacciones en un nivel menos intenso en nuestra vida cotidiana representan emociones, que son sentimientos que por lo general

tienen elementos fisiológicos, cognoscitivos y que influyen en el comportamiento.

Sin embargo algunos teóricos sostienen que las respuestas cognoscitivas y emocionales se rigen de sistemas independientes y señalan que primero respondemos a una situación con una reacción emocional y después tratamos de entenderla (Zajonc, 1985; y McIntosh, 1992 Murphy y Zajonc, 1993). En cambio otros teóricos proponen que se desarrollan primero cogniciones sobre una situación y luego reaccionamos emocionalmente, es decir, primero debemos de pensar y entender el estímulo, relacionarlo con lo que ya sabemos, antes de reaccionar en un plano emocional. (Lazarus, 1995).

Ambas posturas coinciden en que experimentamos emociones que suponen poco o nulo pensamiento consciente. (Lewis y Haviland-Jones, 2000).

La emoción es un dispositivo de respuesta ante situaciones de peligro o amenaza a la integridad y equilibrio del sistema del individuo. Fernandez-Abascal y Palmero proponen esta definición: "...son procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos. Las emociones alertan el sistema cognitivo mediante la activación de los recursos de vigilia y respuesta en cortos periodos de tiempo y a niveles altos de intensidad.

El nivel de respuesta tiene registros como el de la alerta psicológica, intensos y variados niveles de activación fisiológica, endocrina, inmunitaria, bioquímica,

que implican cambios, que dificultan el proceso de toma de decisión y de respuesta precisa y adecuada.

Estos cambios emocionales son percibidos a veces intensamente y pueden causar serios problemas de salud.

La función de las emociones consiste en alertar y proteger a la totalidad del sistema humano. Sin embargo se distinguen emociones positivas de las negativas.

La emoción es resultado de una serie de evaluaciones que el sistema cognitivo efectúa respecto de determinados estímulos. (Fernández-Abascal, 1995)

El modelo de Lazarus (1994) plantea dos niveles de valoración. En el primero se evalúa simplemente a partir de la relevancia motivacional y la congruencia. Y en el segundo nivel, se analizan la responsabilidad; el potencial de afrontamiento ante el problema; el potencial de afrontamiento ante la emoción; las expectativas.

La activación supone una experiencia (sensaciones, afectos que produce la respuesta emocional). Las emociones implican la expresión corporal en rostro, en movimientos o gestos inhabituales en la realización de tareas habituales.

Además las emociones desencadenan recursos cognitivos, actitudinales, conductuales, que implican un afrontamiento.

Como soporte fisiológico, las emociones implican respuestas fisiológicas, neurológicas y endocrinológicas.

Los estados emocionales adoptan diferentes formas y sus variaciones dependen de factores culturales y de las experiencias previas que han producido un aprendizaje específico respecto de las vivencias anteriores y otros aspectos de su personalidad.

Cultura y Personalidad definen los mecanismos de control emocional dando lugar a estilos de afrontamiento que cumplen la función adaptativa a diversas respuestas emocionales en función de la significación social y personal.

La Teoría de las emociones de James-Lange plantea que la experiencia emocional es una reacción a sucesos corporales que ocurren como resultado de una situación externa. La Teoría de las emociones de Cannon-Bard plantea que tanto la excitación fisiológica como la experiencia emocional son un producto simultáneo del mismo estímulo nervioso. Y la Teoría de las emociones de Shachter-Singer plantea que las emociones las determinan en conjunto cierto tipo de excitación fisiológica y su interpretación, según claves ambientales.

Es así como algunos modelos manifiestan que las emociones son procesos independientes y autónomos de la cognición, y que tienen una vinculación fisiológica básica y pueden producirse con anterioridad a cualquier proceso

cognitivo más o menos elaborado, como la atención, percepción u otros procesos (Zajonc, 1984).

Por otro lado el modelo de Lazarus (1982) interpreta que el mecanismo cognitivo es necesario y se encuentra vinculado al origen de las emociones.

Según los modelos cognitivos que formulan el sistema de filtros o niveles cognitivos previos (Smith y Lazarus, 1993) señalan que la evaluación en sus diferentes niveles condicionan la respuesta, la intensidad y las formas elegidas para la situación emocional. El que puedan ser preconscientes o involuntarias, no dejan, por ello, de ser cognitivas, y están en el origen de los ajustes o desajustes que los procesos emocionales pueden ocasionar en el control de situaciones en las que está en juego la salud, su mantenimiento o pérdida y su prevención o promoción mediante la selección de las estrategias de afrontamiento adecuadas.

Las emociones impregnan el sistema en todas las dimensiones cognitivas como la atención, percepción, memoria, inteligencia así como las de salud momentánea o permanentemente.

En cuanto a la relación con los afectos positivos o negativos con el estrés, ansiedad o componentes emocionales han sido relacionados con perturbaciones cardiovasculares, hormonales, cerebrales e inmunológicas.

## 2.6 APOYO SOCIAL:

La influencia del apoyo social tiene un efecto sobre la salud y bienestar.

Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital.

Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas.

En pacientes oncológicos se comprobó que el apoyo emocional era valorado más eficazmente cuando provenía de personas cercanas, como la pareja, la familia o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informacional, las fuentes más valoradas eran otros pacientes con cáncer y el equipo sanitario.

DiMatteo y Hays (1981) consideran que la seriedad o gravedad de la enfermedad es uno de los aspectos más importantes a su respuesta hacia diferentes formas de apoyo social.

El apoyo emocional es más efectivo cuando se trata de acontecimientos incontrolables, mientras que el apoyo instrumental es más adecuado para eventos controlables (Cutrona y Russell, 1990).

Cada situación de estrés es multidimensional y puede elicitar diferentes necesidades de apoyo social.

Una variable psicosocial asociado con el cáncer es la pérdida del apoyo social/afectivo desde la pérdida temprana de los padres o falta de figuras parentales cercanas, pérdidas recientes de seres queridos por muerte, separación o divorcio, y un inadecuado y pobre soporte social y afectivo en la vida diaria.

Según House (1981) el soporte social es caracterizado por una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración.

Bravo y Serrano (1977) definen apoyo social como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda.

Paez y cols. (1993) lo describen como la existencia de relaciones con un significativo apoyo emocional, informacional y material, y no solamente como la inserción objetiva en una red social.

Taylor (1999) argumenta que los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, proporcionándose información sobre sobre cómo otros han afrontado exitosamente dichos problemas.

Vinaccia, Quiceno, Fernández y cols. (2005) han encontrado que el apoyo social a pacientes con cáncer de pulmón de parte del personal de salud y



amigos, pudiera estar relacionado con niveles adecuados de calidad de vida, generando satisfacción para establecer relaciones con su medio.

Los roles que juega el apoyo social como amortiguador del impacto del estrés y variable asociada con la salud son cuestiones ampliamente estudiadas particularmente con algunas enfermedades como el cáncer (Broadhead et al., 1983).

Kors (2000) plantea que el apoyo social es un factor moderador del efecto del estrés en la medida que la persona tenga una alta predisposición a buscar ese apoyo en situaciones estresantes.

Payne y Jones (1987) han destacado cinco elementos:

1.-dirección, según sea el apoyo social proporcionado, recibido, o ambas cosas a la vez; 2.-disposición de recursos y su utilización; 3.-descripción/evaluación de la naturaleza del apoyo social; 4.-Contenido emocional, instrumental, informativo o valorativo y 5.-redes sociales que dispone el sujeto, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo.

El apoyo social incide sobre las alteraciones del estado de ánimo, especialmente a través de la ansiedad y la depresión, considerándose éstas variables intervinientes (Leserman et al., 1999).

El apoyo percibido por el paciente no corresponde con el apoyo objetivo, es decir, que es la percepción subjetiva del apoyo prestado por personas

significativas de su entorno social, de modo que no resultaría tan importante el número o la cantidad de tales apoyos como su calidad.

Parece más importante considerar el grado de satisfacción experimentado por el paciente a la hora de recibir esos apoyos. El bajo apoyo social estaría relacionado con un lugar de control externo, con insatisfacción y con el tipo de afrontamiento del paciente.

El apoyo social que tenga el paciente (sus relaciones sociales, conyugales y familiares de tipo positivo) constituye un amortiguador muy importante para enfrentarse a la situación de estrés que representa la enfermedad.

Lo contrario del apoyo emocional positivo se pueden considerar como un estresor agregado que, en combinación con eventos traumáticos del pasado y actuales saturan y afectan las capacidades de afrontamiento de los pacientes (Butler, Koopman, Classen y Spiegel, 1999).

En la organización y planificación de la salud y de los servicios asistenciales, primarios u hospitalarios, la respuesta social favorable determina un alto grado de eficacia.

El apoyo social tiene que ver con la percepción de pertenencia a un grupo o a redes sociales de comunicación y obligación mutua (Cobb, 1976).

Melamed (1984) diferencia dos dimensiones primarias en el apoyo social: una dimensión cuantitativa/cualitativa y una dimensión de apoyo instrumental y de apoyo expresivo.

El apoyo social en mujeres con cáncer de mama constata un favorable predictor para la mejora de la enfermedad cuando las mujeres mantienen estrechas relaciones de amistad y trabajan fuera de casa.

La estabilidad de los vínculos sociales y comunitarios facilitan la resistencia a la enfermedad (Cobb, 1976). El apoyo social limitado o escaso se asoció con más frecuentes visitas al médico, y mayor número de quejas sobre salud y de enfermedades como consecuencia de la ocurrencia de eventos estresantes.

El apoyo social constituye un importante predictor del éxito en el afrontamiento de enfermedades graves y en la recuperación de mastectomías.

### 3.1. MÉTODO Y DISEÑO

Se trata de una **investigación no experimental**, ya que no hay ni manipulación intencional ni asignación al azar, los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección. **Transeccional** porque la investigación se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. **Multimétodo** es decir utilizando datos cuantitativos y cualitativos en este estudio de mujeres con cáncer de mama, con un **diseño de tipo descriptivo/correlacional** ya que describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas correlacionales o relaciones causales. Lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado. (Hernández Sampieri y col, 2000).

Cualitativamente se realizó una entrevista semi-estructurada con cada una de las participantes, en las que se categorizaron sus respuestas para facilitar una lectura de lo más representativo del grupo.

### 3.2 MUESTRA

Muestreo por conveniencia, ya que hubo una elección deliberada de las participantes de la muestra la cual estuvo conformada por 23 integrantes activas que asisten al grupo de autoayuda "Un rayo de vida" de la Clínica #6 del Seguro Social en San Nicolás de los Garza, en apego total a los lineamientos de dicha institución. Las pacientes firmaron una carta de consentimiento para participar en la presente investigación de manera voluntaria y de la grabación la misma.

### 3.3 INSTRUMENTOS

Las variables cuantitativas de estudio son: Afrontamiento y Calidad de vida.

Por lo que se aplicaron dos cuestionarios:

1.-Para conocer las formas de Afrontamiento que utilizan las pacientes en una situación de estrés, generada por el diagnóstico de su enfermedad, se empleó el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos. CAEPO González (2004).

2.-Para conocer la Calidad de vida se empleó como instrumento de evaluación multidimensional el Cuestionario breve de Calidad de vida (CUBRECAVI) en la que se evalúan 9 dimensiones: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios sociales y sanitarios.

La fiabilidad (consistencia interna) del Cuestionario CAEPO (N=160) se ha calculado mediante los coeficientes de consistencia interna (coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach): [ver Tabla 5]

**Tabla 5: Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach del CAEPO  
Valor del manual**

Escalas	No.de ítems	Alfa
Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)	9	0,916
Autocontrol y Control Emocional (ACE)	7	0,900
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	4	0,889
Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)	6	0,912
Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)	5	0,883
Huida y Distanciamiento (HD)	6	0,905
Negación (N)	3	0,784

A partir de la puntuación global, se determina el modo preferente de afrontamiento del sujeto ante la situación que está viviendo en ese momento. Las puntuaciones directas totales en las escalas positivas y negativas fueron tipificadas y normalizadas en función de una escala decatipo (media=5,5; Dt=2), la amplitud máxima de la puntuación diferencial se sitúa entre -9 y 9.

A partir de aquí se construyen los tres intervalos que configuran los tres modos preferentes de afrontamiento que pueden encontrarse: **afrontamiento positivo, no definido y negativo.** [ver tabla 6]

**Tabla 6: Intervalos que configuran los tres modos preferentes de afrontamiento del CAEPO**

Rango	Modo de Afrontamiento	Estrategias
3 a 9	Afrontamiento positivo	Estrategias positivas exclusivas o claramente dominantes.
1 y 2	Predominio de afrontamiento positivo	Estrategias positivas y negativas, aunque con mayor presencia de las positivas.
0	Afrontamiento no definido	Coexisten con igual intensidad las estrategias positivas y las negativas. No hay una definición hacia una u otra forma.
-1 y -2	Predominio de afrontamiento negativo	Estrategias negativas y positivas, aunque con mayor presencia de las negativas.
-9 a -3	Afrontamiento negativo	Estrategias negativas exclusivas o claramente dominantes.

El instrumento está compuesto de 40 reactivos, en una escala de 0 (Nunca), 1(Algunas veces), 2(Muchas Veces) y 3(Casi siempre). La consigna consistió en pedir que rodeara con un círculo la alternativa que mejor se adecuara a su forma de pensar o actuar.

La fiabilidad (consistencia interna) de nuestro segundo instrumento reportado por el CUBRECAVI son: [ver tabla 7]

**Tabla 7: Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach del CUBRECAVI  
Valor del manual**

Componente	N	Alfa
Salud	919	0,70
Integración Social	370	0,31
Actividad y Ocio	955	0,74
Habilidades Funcionales	521	0,92
Calidad Ambiental	996	0,78

Los índices de consistencia interna son moderados (entre 0,92 y 0,70) a excepción de Integración Social, una posible interpretación puede ser que la satisfacción y la frecuencia de las relaciones sociales no necesariamente son consistentes entre sí, es decir, tener muchas relaciones sociales no implica necesariamente que estas produzcan satisfacción. Utiliza como criterio de validez la valoración que hace el propio sujeto de su nivel de satisfacción con la vida. Es así como el CUBRECAVI nos permite predecir un criterio subjetivo de calidad de vida.

El instrumento está compuesto de 21 reactivos. La consigna consistió en pedir que marcara la opción que más se ajustara a sus preferencias, relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.



El instrumento cualitativo incluye una entrevista semiestructurada con los parámetros que a continuación se detallan [ver Tabla 8]:

**Tabla 8: Parámetros de la entrevista Semiestructurada:**

<p><b>Perfil sociodemográficas [PS]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Estado civil</li> <li>-Ocupación</li> <li>-Escolaridad</li> <li>-Promedio de hijos</li> <li>-Cáncer en la historia familiar</li> <li>-Localización de la mastectomía</li> <li>-Tiempo de operadas</li> <li>-Tiempo que les llevó verse la cirugía</li> <li>-Acercamiento del diagnóstico confirmatorio de cáncer</li> <li>-Indicación médica</li> <li>-Se recurrió algún tipo de medicina alterna</li> <li>-Comorbilidad</li> </ul>
<p><b>Experiencia Paciente-Enfermedad. [P-E]</b></p> <p><b>Creencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Palabra asociada antes</li> <li>-Palabra asociada después</li> <li>-Pensamiento</li> </ul> <p><b>Preocupación actual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad mas grande</li> </ul> <p><b>Emociones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En el momento del Diagnóstico</li> <li>-Lo más impactante del diagnóstico</li> <li>-Reacción del esposo ante la cirugía</li> <li>-Reacción de los hijos ante el diagnóstico de cáncer</li> <li>-Percepción del esposo después de la mastectomía</li> <li>-Cuando se sienten tristes</li> </ul> <p><b>Estrategias de Afrontamiento: [E-A]:</b></p>
<p><b>Soporte Social [S.S]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acompañadas o no al recibir el Dx.</li> <li>Primer persona a la que recurrieron</li> <li>Sola o acompañada en la cirugía</li> <li>Después de la mastectomía de quienes recibieron apoyo</li> </ul>
<p><b>Calidad de Vida [C.V]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dejaron de hacer cosas que regularmente hacían después de la cirugía</li> <li>-Cambios en su patrón de sueño</li> <li>-Cambios en su patrón de alimentación</li> </ul>
<p><b>Eventos Significativos</b></p>

### 3.4 PROCEDIMIENTO

La realización de la investigación consistió en la **aplicación grupal de cada uno de los instrumentos** en el área de reunión del grupo de autoayuda "Un rayo de vida" de la Clínica #6 del Seguro Social en el apego total a los lineamientos de dicha institución. La aplicación de cada instrumento duró 2 sesiones, siendo una vez por semana las reuniones del grupo de autoayuda.

Posteriormente se entrevistaron individualmente a cada una de las 23 pacientes, el espacio físico otorgado para la realización de las mismas fue en el cubículo de trabajo Social mientras sesionaba el grupo de autoayuda "Un rayo de vida" de la Clínica #6 del Seguro Social. Se organizaba en ocasiones sólo 1 entrevista, en otras ocasiones 2 entrevistas que coincidía en cada reunión semanal, con una duración de una hora hasta una hora cuarenta minutos.

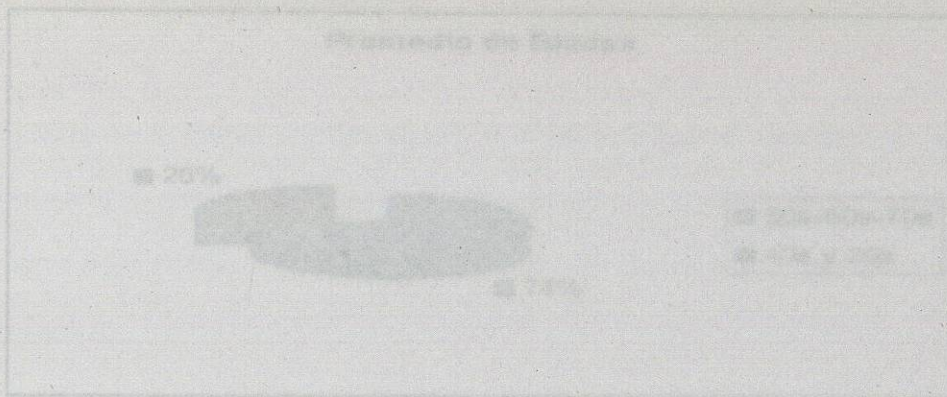
Las pacientes firmaron una carta de consentimiento antes de iniciar la entrevista en la que además de firmar su consentimiento voluntario de participar en la investigación también se especificó firmaran el consentimiento para grabar la entrevista.

Posterior a las entrevistas se transcribieron las respuestas de cada paciente para hacer la categorización y así tener una representatividad por el grupo de autoayuda respecto a nuestras variables de interés.

Finalmente se entrecruzaron las dimensiones de cada instrumento en el paquete estadístico del SPSS-15 con el fin de encontrar posibles correlaciones entre las estrategias de afrontamiento con algunas de las dimensiones de la calidad de vida. Además de agregar el alfa de cronbach de nuestra muestra respecto a ambos instrumentos y anexar el análisis factorial de componentes principales con el objetivo de conocer cuántos factores podían aparecer y cuál sería el nivel de varianza explicada.

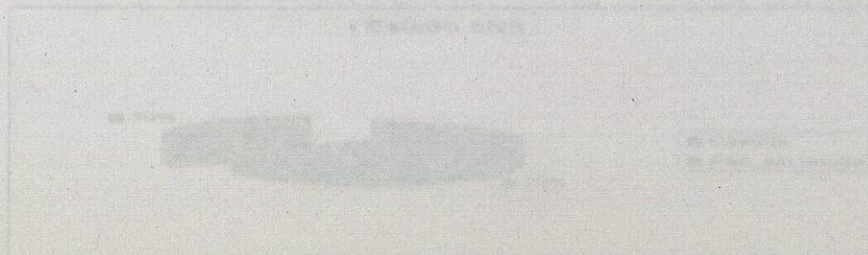
respectivamente. (ver Gráfica 3)

Gráfica 3: Promedio de Estado



Respecto al estado civil el 70% de la muestra está casada y el 30% no tiene pareja por viudez o divorcio. (ver Gráfica 4)

Gráfica 4: Promedio de Estado civil



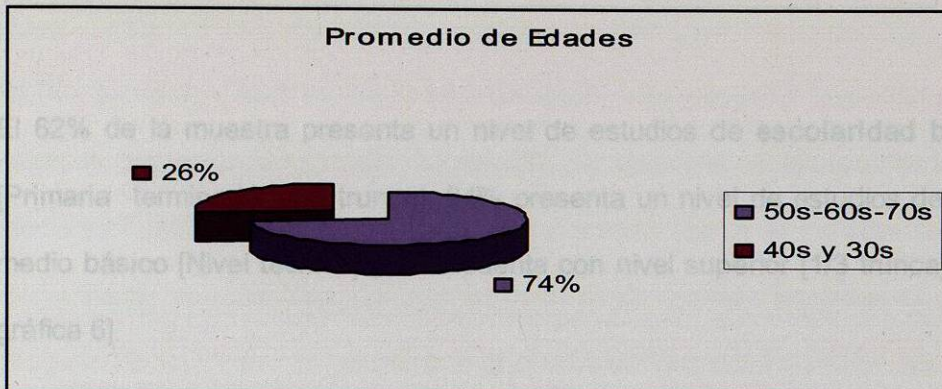
## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 DESCRIPCIÓN PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

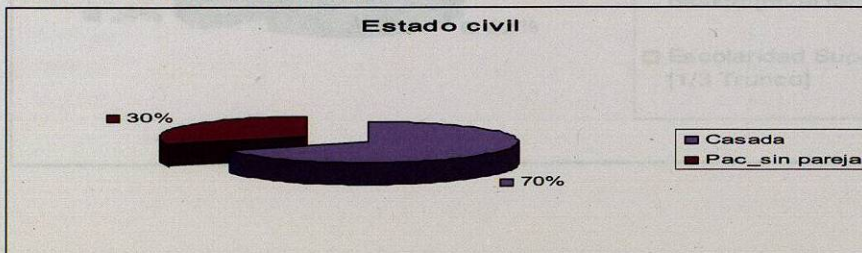
Las variables sociodemográficas en relación con la edad de la muestra apunta que el 74 % de las participantes oscila entre los 50, 60 y 70 años, situándose un [43.47%], [26.08%] y [4.34%] respectivamente, el 26% restante de la muestra oscila entre los 30s y 40s, situándose un [17%] y [8.6%] respectivamente. [ver Gráfica: 3]

Gráfica 3: Promedio de Edades



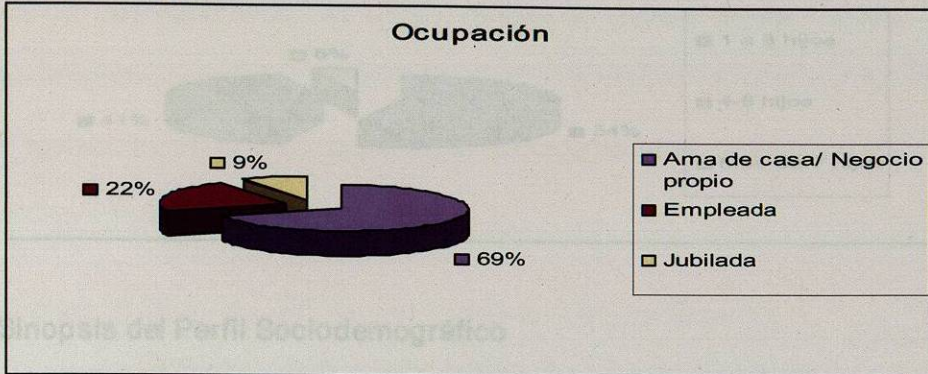
Respecto al estado civil el 70% de la muestra está casada y el 30% no tiene pareja por viudez o divorcio. [ver Gráfica 4]

Gráfica 4: Promedio de Estado civil



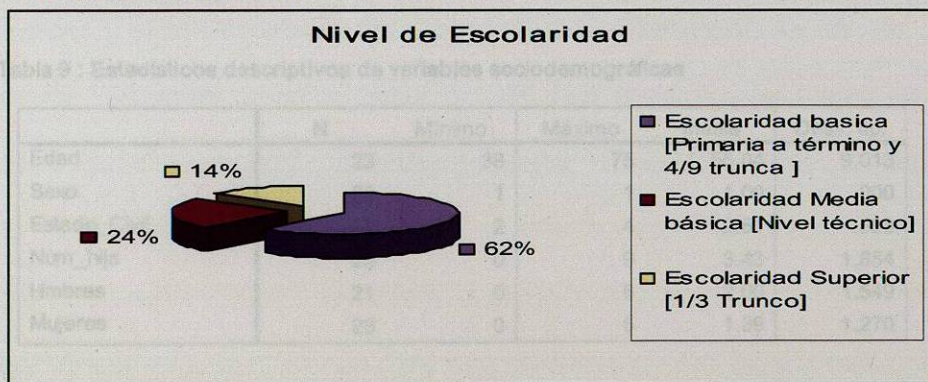
Respecto a la ocupación el 69% son amas de casa y algunas de ellas cuentan con un negocio propio, de abarrotes, el 22% son empleadas y el 9% son jubiladas. \*Cabe hacer mención que sólo 1/23 es profesionista. [ver gráfica: 5]

Gráfica 5: Ocupación



El 62% de la muestra presenta un nivel de estudios de escolaridad básica [Primaria terminada \_4/9 trunca], 24% presenta un nivel de estudios de nivel medio básico [Nivel técnico] y 14% cuenta con nivel superior [1/3 trunca]. [ver gráfica 6]

Gráfica 6: Escolaridad



Respecto al promedio de hijos por paciente, el 54% tiene de 1 a 3 hijos, el 41% de 4 a 6 hijos y un 5% de mas de 7 hijos. [ver gráfica 7]

**Gráfica 7: Promedio de hijos**



### Sinopsis del Perfil Sociodemográfico

Nuestra muestra está conformada por 23 pacientes cuya media de edad es de 55.04, el estado civil es de 2.61 es decir, una mayoría importante son casadas, con un promedio de hijos de 3.43 por paciente, es interesante que la media de hijos hombres es de 2.00 en comparación con la de mujeres de 1.39, sin embargo son las hijas de quienes reciben en primera instancia el apoyo después de la cirugía. En su mayoría la ocupación que predomina es ser amas de casa. De escolaridad baja. [ver Tabla 9]

**Tabla 9 : Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas**

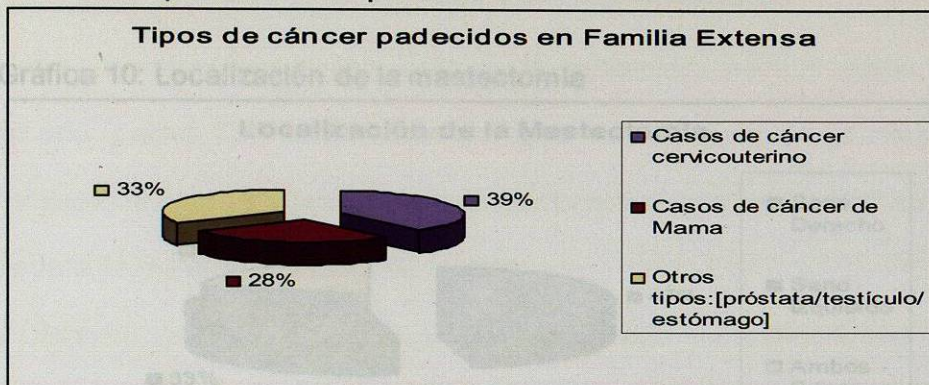
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	23	38	75	55.04	9.013
Sexo	23	1	1	1.00	.000
Estado_Civil	23	2	4	2.61	.839
Num_hijs	23	0	9	3.43	1.854
Hmbres	21	0	6	2.00	1.549
Mujeres	23	0	5	1.39	1.270

## PERFIL DE LA ENFERMEDAD.

### Gráfica 8: Acercamiento confirmatorio del diagnóstico

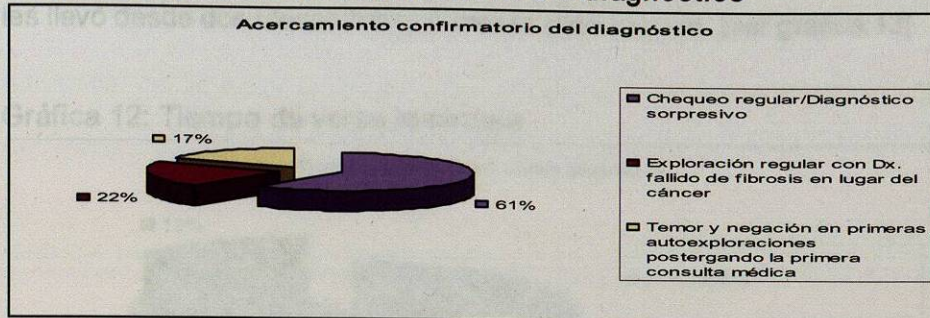
En cuanto a la prevalencia del cáncer en la historia familiar, los tipos de cáncer reportados son en un 39% refirieron haber tenido algún familiar con cáncer cervicouterino, el 28% reportaron haber tenido algún familiar padeciendo cáncer de mama, el 33% reportaron otros tipos de cáncer [Próstata, testículo, estómago]. En la mayoría de estos padecimientos no hubo sobrevivientes. [ver gráfica 8]

Gráfica 8: Tipos de cáncer padecidos en Familia Extensa



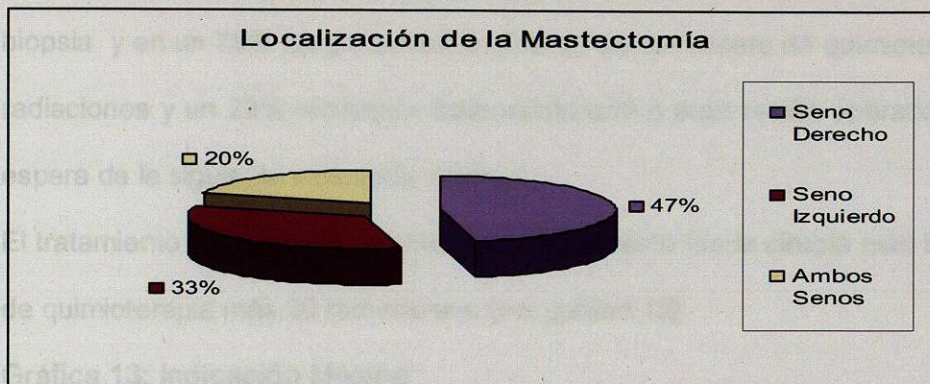
Respecto al acercamiento del diagnóstico confirmatorio de cáncer el 61% de las pacientes reportan haber estado bajo chequeos regulares en donde confirman el diagnóstico, sin embargo no por ello resultó ser menos sorpresivo. El 22% refirió haber estado bajo chequeos regulares presuntamente con diagnósticos de fibrosis, aplazando la atención requerida en una fase temprana del cáncer o se topaban con citas muy tardías o un mal funcionamiento de los aparatos diagnósticos. Y el 17% refiere haber negado y temido lo que sentían en las autoexploraciones, lo que termina postergando la consulta médica. [ver gráfica 9]

**Gráfica 9: Acercamiento confirmatorio del diagnóstico**



Respecto a la localización de la mastectomía el 47% del seno derecho, 33% del seno izquierdo y 20% en ambos senos. [ver gráfica 10]

**Gráfica 10: Localización de la mastectomía**



El 69% de las pacientes tienen un tiempo de operadas de 0 a 2 años, el 26% de 5 a 6 años o más y 5% de 3 a 4 años. [ver gráfica 11]

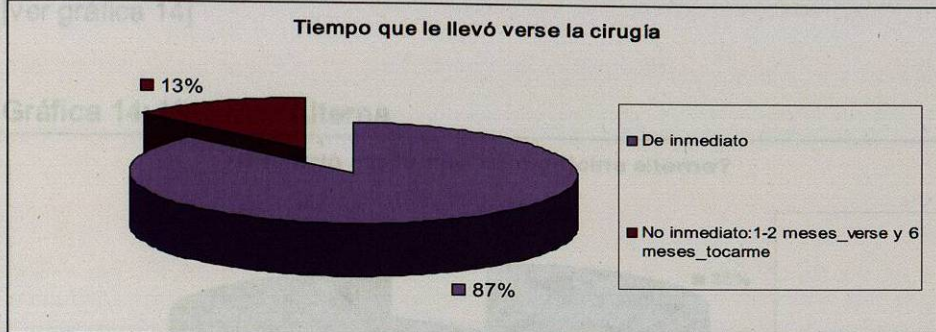
**Gráfica 11: Tiempo de la mastectomía**





El tiempo que les llevó verse su cirugía un 87% fue de inmediato y un 13% les llevó desde dos meses hasta 6 meses para tocarse. [ver gráfica 12]

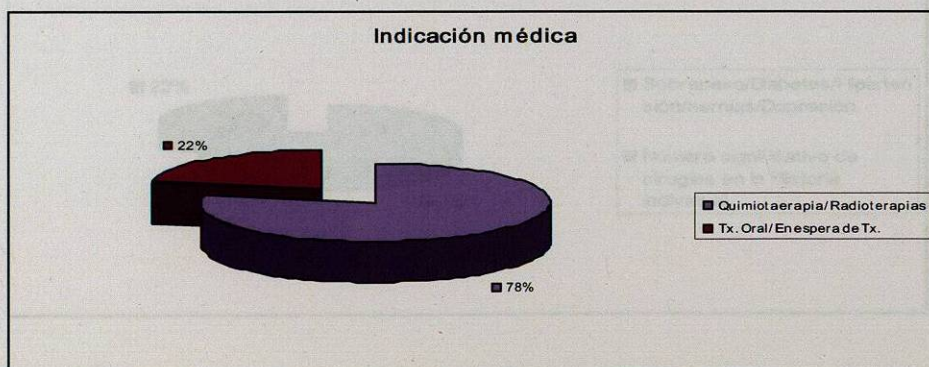
Gráfica 12: Tiempo de verse la cirugía



Cabe mencionar que la secuencia de la indicación médica partían de la biopsia y en un 78% las pacientes recibieron cierto número de quimioterapia y radiaciones y un 22% recibieron tratamiento oral o eran recién operadas y en espera de la siguiente indicación médica.

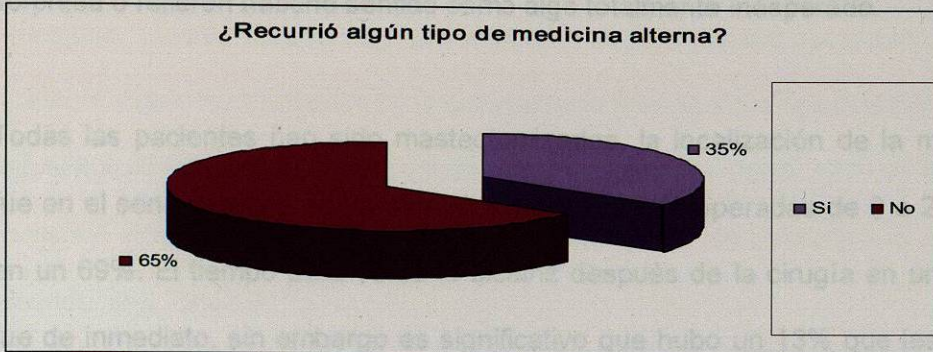
El tratamiento mas pesado referido por una paciente fue la cirugía más 8 ciclos de quimioterapia más 30 radiaciones. [ver gráfica 13]

Gráfica 13: Indicación Médica



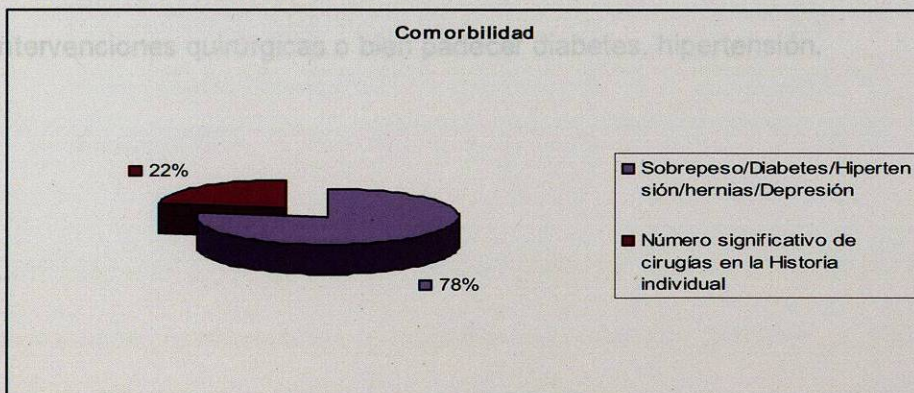
Un 65% no recurrieron algún tipo de medicina alterna y un 35% si lo hicieron cuyas variantes era,"confitotes del Dr.Villarreal, productos omnilife, fluorescence, Noni, gotas de bacalao y Pxp forte que es un arroz de Tailandia. [ver gráfica 14]

**Gráfica 14: Medicina Alterna**



Respecto a la comorbilidad en un 78% refieren algunas padecer diabetes, algunas sobrepeso, hipertensión, depresión. Y en un 22% resulta significativo el número de cirugías en la historia individual de las pacientes. [ver gráfica 15]

**Gráfica 15: Comorbilidad**



## Sinopsis del Perfil de la enfermedad.

Todas las pacientes reportan la incidencia de cáncer en la historia familiar, sin embargo pareciera que las pacientes aún con chequeos regulares sentían totalmente ajena a ellas, la posibilidad de enfermarse, siendo su reacción de sorpresa o refieren haberlo sentido como algo totalmente inesperado.

Todas las pacientes han sido mastectomizadas, la localización de la misma, fue en el seno derecho en un 47%, con un tiempo de operadas de 0 a 2 años en un 69%. El tiempo para verse la cicatriz después de la cirugía en un 87% fue de inmediato, sin embargo es significativo que hubo un 13% que les llevó hasta 6 meses para tocarse. Podemos percibir que hay adherencia al tratamiento indicado medicamente, cuyas variantes son; desde la medicación oral, quimioterapias, radioterapias con el fin de evitar recidivas, más que recurrir a la medicina alterna. Es importante mencionar que un 78% refieren padecer simultáneamente otro tipo de afecciones que han ameritado intervenciones quirúrgicas o bien padecer diabetes, hipertensión.

## 4.2 ANALISIS ESTADISTICO

El resultado del análisis estadístico nos permitió comparar que el **Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos**. (CAEPO, González, 2004) tiene una base sólida y una fundamentación estadística adecuada, en ese sentido hay que indicar que la fiabilidad del cuestionario, que está determinada mediante la consistencia interna tiene un coeficiente de fiabilidad (alfa de cronbach de .749, la cual es altamente significativo ya que en todas las escalas nos encontramos con un coeficiente de consistencia interna elevado [ver Tabla 9:]

Tabla 10: Alfa de Cronbach de la muestra del CAEPO:

Escalas	No.de ítems	Alfa
Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)	9	.568
Autocontrol y Control Emocional (ACE)	7	.571
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	4	.384
Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)	6	.619
Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)	5	.692
Huida y Distanciamiento (HD)	6	.448
Negación (N)	3	-1.120

Con respecto a la validez del cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio (componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser) encontrándose la existencia de 6 factores y dimensiones del caepo y las saturaciones factoriales fueron situados entre: **Factor 1 CAEPO [.895/.411]**, **Factor 2 CAEPO [.783/-421]**, **Factor 3 CAEPO [.793/.402]**,

Factor 4 CAEPO [921/-.469], Factor 5 CAEPO [.618/-.402], Factor 6 CAEPO [877/-.412] que son muy satisfactorios y nos permite apoyarnos en esta estructura factorial del cuestionario y la validez de esta escala, estos resultados nos presentan un nivel de varianza explicada de; 62.562

Los factores encontrados se enlistan a continuación:

I.-La conformación del análisis antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de Pasividad y Resignación pasiva [ver Tabla: 11]

Tabla 11: Factor 1 CAEPO.895/.411

	Factor 1	Factor 1
r35	Pienso que las cosas ocurren y nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	.895
r38	Procuró evadirme y no pensar en lo que me pasa.	.811
r11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	.739
r4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	.621
r16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	.595
r10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me sean cercanas: familia, amigos, etc.	.561
r29	Pienso constantemente lo que sería de mi vida si no hubiera enfermado.	.555
r6	Pienso que esto me sucede porque no me he preocupado adecuadamente de mi salud.	.543
r33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	.515
r36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	-.464
r20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	.411
r7	Pienso que, respecto a lo que me curre ahora, las cosas me van a salir bien.	-.472
r37	Creo que en esta situación o mejor es aceptar las cosas como vienen.	.464
r27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	.417
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 13 iterations.		

II.-La conformación del análisis antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de Autocontrol y Control Emocional [ver Tabla: 12]

**Tabla 12: Factor 2 CAEPO [.783/- .421]**

		Component
	Rotated Component Matrix	2
r17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	.783
r19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	.744
r25	Procuro controlar mis emociones.	.736
r24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	.719
r26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	-.696
r12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	.589
r20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	-.561
r5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	.545
r7	Pienso que, respecto a lo que me curre ahora, las cosas me van a salir bien.	.537
r32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	-.421
	Extraction Method: Principal Component Analysis.	
	Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.	
	a. Rotation converged in 13 iterations.	

III.-La conformación del análisis antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de enfrentamiento y Lucha activa [ver Tabla: 13]

**Tabla 13: Factor 3 CAEPO [.793/.402]**

		Component
		3
	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	.535
	Procuro ser fuerte y plantear cara a mi problema de salud.	.793
	Estoy dispuesto a plantearle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	.647
	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	.647
	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	.646
	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	.546
	Intento mostrarme sereno y animado.	.402
	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	.549
	Extraction Method: Principal Component Analysis.	
	Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.	
	a. Rotation converged in 13 iterations.	

IV.-La conformación del análisis antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de ansiedad y preocupación ansiosa. [ver Tabla: 14]

**Tabla 14: Factor 4 CAEPO [921/-.469]**

	Component
He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	.528
Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	.921
Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	.857
Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi salud actual	-.599
Evito hablar de lo que me pasa por que no me gusta ese tema.	.520
Creo que en esta situación o mejor es aceptar las cosas como vienen.	-.469
Extraction Method: Principal Component Analysis.	
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.	
a. Rotation converged in 13 iterations.	

V.-La conformación del análisis antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de Huida y distanciamiento. [ver Tabla: 15]

**Tabla 15: Factor 5 CAEPO[.618/-.402]**

	Component
	5
Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	-.402
Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi salud actual	-.474
Evito hablar de lo que me pasa por que no me gusta ese tema.	.458
Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	.618
Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	.599
Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	-.530
Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	.488
Intento mostrarme sereno y animado.	.457
Extraction Method: Principal Component Analysis.	
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.	
a. Rotation converged in 13 iterations.	

VI.-La conformación del análisis antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de Huida y distanciamiento. [ver Tabla: 16]

**Tabla 16: Factor 6 CAEPO [877/-,412]**

	Component
	6
Pienso que esto me sucede porque no me he preocupado adecuadamente de mi salud.	-.412
Evito hablar de lo que me pasa por que no me gusta ese tema.	.510
Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	.877
Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	.668
Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	-.634
Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	.514
Extraction Method: Principal Component Analysis.	
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.	
a. Rotation converged in 13 iterations.	

**Interpretación** de los grupos de ítems correlacionados entre si, estos grupos o conglomerados de ítems conexos se denomina un factor

El enfrentamiento al cáncer es un proceso dinámico y como tal podemos identificar en el factor 1 que la estrategia que predomina es de Pasividad y Resignación pasiva. Manifiesto en este tipo de pensamientos reportados *"Pienso que las cosas ocurren y nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos".*

*"Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa."*

El segundo factor da cuenta de cierto positivismo y el uso de la Estrategia de Autocontrol y Control Emocional. Manifiesto en este tipo de pensamientos reportados *"Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien."* *"Intento compartir mis emociones con algunas personas."*, *"Procuro controlar mis emociones."*

Como tercer factor se suman pensamientos como *"Procuro ser fuerte y plantear cara a mi problema de salud."* *"Estoy dispuesto a plantearle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso."* Sin duda lo antes mencionado tiene gran afinidad con la Estrategia de enfrentamiento y Lucha activa, posiblemente aludiendo en un corte transversal al momento actual del paciente.

**Característica del factor IV** es la ansiedad y preocupación ansiosa.



Del factor V, pareciera haber mayor consciencia de los efectos de la enfermedad y del cambio de vida que trae consigo. Hay cierta resignación pero a su vez, tienen el soporte imaginario matizado en sus ideas mágico-religiosas.

*"Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes."*

*"Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será"."*

En el último factor VI, pareciera haber afinidad de tomar cierta distancia de lo que representa la situación adversa, con la Estrategia de Huida y distanciamiento. *"Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo."* *"Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello."*

Por otro lado el resultado del análisis estadístico del **Cuestionario breve de Calidad de vida (CUBRECAVI)** tiene una base sólida y una fundamentación estadística adecuada, en ese sentido hay que indicar que la fiabilidad del cuestionario, que está determinada mediante la consistencia interna tiene un coeficiente de fiabilidad siendo el rango más alto es de la dimensión Salud con .859, y el más bajo la dimensión de Habilidades Funcionales con un rango de .458, cabe mencionar que se calculó sólo con las escalas que contienen 2 o más elementos, siendo éstas las dimensiones de: salud, Integración Social, Actividad y ocio, Habilidades funcionales y Calidad Ambiental. Para conocer el análisis del coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach del Cuestionario breve de Calidad de vida (CUBRECAVI). [ver Tabla 16 ]

**Tabla 17: Alfa de Cronbach del CUBRECAVI**

DIMENSIÓN	ALFA DE CRONBACH
SALUD	.859
INTREGACIÓN SOCIAL	.648
HABILIDADES FUNCIONALES	.458
ACTIVIDAD Y OCIO	.615
CALIDAD AMBIENTAL	.566

Además se realizó el análisis factorial de componentes principales del CUBRECAVI con el objetivo de conocer cuántos factores podían aparecer y cuál sería el nivel de varianza explicada. Se encontró sensaciones de malestar físico, sensibilidad manifiesto en su estado de ánimo la facilidad para llorar, sin embargo se preserva cierto nivel de actividades o autonomía y satisfacción con la vida.

Con respecto a la validez del cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio (componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser) encontrándose la existencia de 11 factores y dimensiones del cubrecavi y las saturaciones factoriales situados son satisfactorios y nos permite apoyarnos en esta estructura factorial del cuestionario y la validez de esta escala, estos resultados nos presentan un nivel de varianza explicada de; 66.26

## RESULTADOS DEL CAEPO

Las formas de **Afrontamiento** que utilizan las pacientes en una situación de estrés, generada por el diagnóstico de su enfermedad, se señala en la gráfica 3, las características más frecuentemente presentes que nos indican qué conductas y cogniciones se ponen en marcha:

- En un 22% tienen un **afrontamiento positivo**, es decir, hay estrategias positivas claramente dominantes como el enfrentarse en una lucha activa, además de buscar alguna solución de mejora a pesar de que valorar la situación como difícil y grave. Además conservan una visión optimista respecto a su pronóstico, tratan de manejar sus estados emocionales negativos y se muestran colaboradoras y dispuestas a recibir el apoyo necesario para afrontar su situación. Esto indica la presencia de modos de afrontamiento adaptativos que favorecen su ajuste a la enfermedad, sin embargo es llamativo que las estrategias negativas puntuadas más altas en este modo de afrontamiento positivo son de Pasividad y Resignación pasiva, Huida y Distanciamiento y Ansiedad y preocupación ansiosa.

- En un 48% hay un **predominio de afrontamiento positivo**, es decir las estrategias empleadas son positivas y negativas, aunque con mayor presencia de las positivas, discriminando en este modo de afrontamiento las estrategias negativas puntuadas más altas son de Huida y Distanciamiento seguido por Pasividad y Resignación pasiva y como segundo elemento

negativo puntuado mas alto son de Ansiedad y preocupación ansiosa y Pasividad y Resignación pasiva.

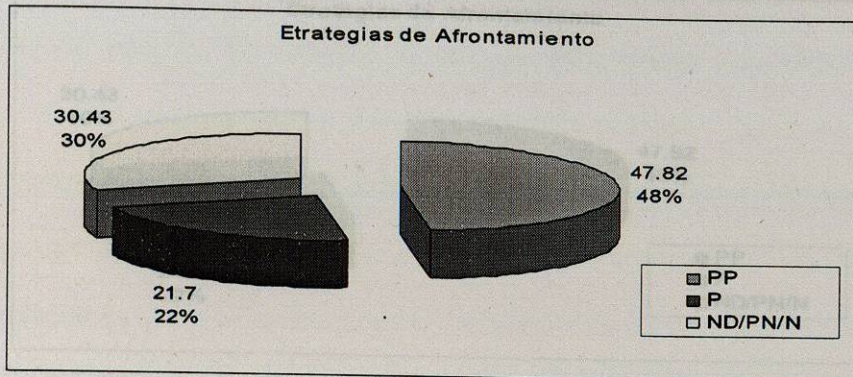
- En un 22% de las pacientes coexisten con igual intensidad estrategias positivas y negativas y no hay una definición hacia una u otra forma, es decir tienen un modo de enfrentamiento no definido.

La estrategia positiva constante es de enfrentamiento y lucha activa con matices o estrategias negativas de Ansiedad y preocupación ansiosa, Huida y Distanciamiento, y Pasividad y Resignación pasiva.

- Un 4% utiliza un afrontamiento negativo en donde las estrategias negativas son claramente dominantes que en éste caso fue la estrategia de Ansiedad y preocupación ansiosa.

- Un 4% tiene un predominio de afrontamiento negativo, en la que sus estrategias son negativas y positivas, aunque con mayor presencia de las negativas. La estrategia negativa mas puntuada es la de Huida y Distanciamiento y las positivas son un enfrentamiento de lucha activa y autocontrol y control emocional. [ver gráfica: 16]

Gráfica 16: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS. (González, 2004; CAEPO)

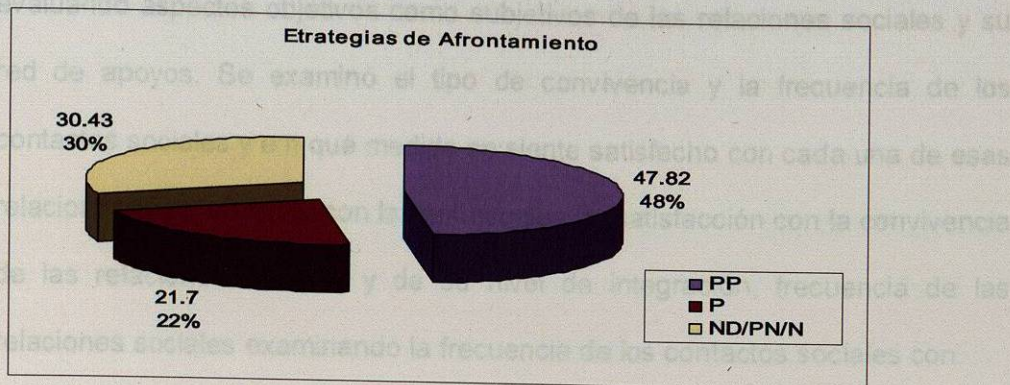


## RESULTADOS DEL CUBRECAVI

Los resultados de la evaluación multidimensional de la Calidad de Vida mediante el Cuestionario breve de Calidad de vida (CUBRECAVI) Fernández B. (2007) apuntan que los tres niveles de satisfacción más altos se ubican en:

- El nivel de las **Habilidades funcionales** con un percentil de 95.30, es decir el grado de independencia para desenvolverse en su vida diaria y las dificultades específicas que puedan tener. Esto se evaluó mediante las subescalas de Autonomía Funcional en la que se le pedía valorara globalmente su nivel de independencia y Actividades de la vida diaria preguntando cuánta dificultad tiene para realizar actividades como: cuidar su aspecto físico, hacer tareas domésticas, caminar o realizar tareas fuera de la casa.

Gráfica 16: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS. (González, 2004; CAEPO



## RESULTADOS DEL CUBRECAVI

Los resultados de la evaluación multidimensional de la Calidad de Vida mediante el Cuestionario breve de Calidad de vida (CUBRECAVI) Fernández B. (2007) apuntan que los tres niveles de satisfacción más altos se ubican en:

- El nivel de las **Habilidades funcionales** con un percentil de 95.30, es decir el grado de independencia para desenvolverse en su vida diaria y las dificultades específicas que puedan tener. Esto se evaluó mediante las subescalas de Autonomía Funcional en la que se le pedía valorara globalmente su nivel de independencia y Actividades de la vida diaria preguntando cuánta dificultad tiene para realizar actividades como: cuidar su aspecto físico, hacer tareas domésticas, caminar o realizar tareas fuera de la casa.

- **Seguida de dimensión de Integración Social** con un percentil de 89.30, evaluando aspectos objetivos como subjetivos de las relaciones sociales y su red de apoyos. Se examinó el tipo de convivencia y la frecuencia de los contactos sociales y en qué medida se siente satisfecho con cada una de esas relaciones. Esto se midió con las subescalas de satisfacción con la convivencia de las relaciones sociales y de su nivel de integración, frecuencia de las relaciones sociales examinando la frecuencia de los contactos sociales con

- Así como de la **satisfacción con la vida** con un percentil de 76.30 evaluada mediante la pregunta ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida? A lo que respondieron entre muy satisfecho y bastante satisfecho.

Por otro lado, los tres niveles de satisfacción más bajos y que requieren una mayor atención para establecer objetivos de intervención prioritarios son se ubican en:

- **Calidad Ambiental** con un percentil de 39.57 que evalúa el nivel de satisfacción con relación a una serie de aspectos objetivos de su vivienda como el ruido, temperatura, iluminación, mobiliario, comodidades, así como su

satisfacción general de la misma mediante las subescalas de satisfacción con los elementos ambientales y satisfacción general con la vivienda

- **Tercera** Actividad y ocio con un percentil de 65.13 que explora en qué actividades ocupa su tiempo el sujeto y el grado de satisfacción que le produce la realización de dichas actividades, examinando el nivel de actividad física del sujeto y con qué frecuencia realiza actividades relacionadas con el ocio, examinando mediante el nivel de actividad describiendo mejor su nivel de actividad diaria.

La frecuencia de las actividades indicando con qué frecuencia realiza cada una de ellas: leer libros o periódicos, visitar a amigos o parientes, ver la televisión, escuchar la radio, caminar, jugar con otras personas, hacer manualidades, hacer gestiones, ir de compras y viajar.

- **Salud** con un percentil de 75.74 que fue evaluada mediante la **salud subjetiva** que representa el nivel de satisfacción que manifiesta con respecto a su estado de salud, la **salud objetiva** evaluando la frecuencia con la que el sujeto refiere dolores o molestias presentadas en un listado de 22 síntomas físicos frecuentes durante las últimas dos semanas. Y **Salud psíquica** que examina la frecuencia con la que el sujeto ha presentado recientemente alguno de los 3 problemas psicológicos más comunes como: Sentirse deprimido o angustiado, tener problemas de memoria y estar desorientado o perdido.



Cabe mencionar que los tres componentes más valorados por el grupo de Autoayuda de la Calidad de vida son:

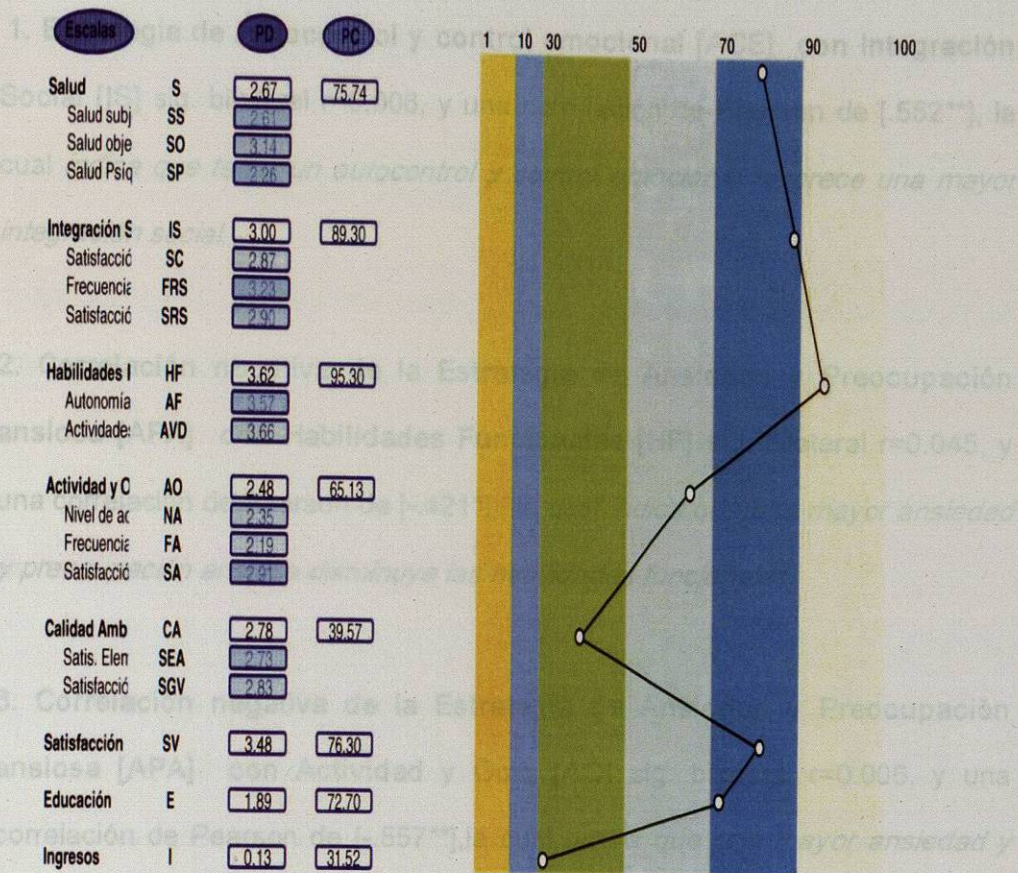
- 1.-Tener buena salud
- 2.-Poder valerme por mi mismo
- 3.-Mantener buenas relaciones familiares y sociales.

Comparando los tres niveles de satisfacción más bajos que requieren una mayor atención con los tres componentes más valorados de la Calidad de vida, con el fin de establecer objetivos de intervención prioritarios son; en el rubro del nivel de actividad diaria, coincidiendo con el segundo componente más valorado que es el poder valerse por sí mismo.

El rubro de Salud en sus dimensiones psíquico, subjetivo y objetivo que coincide con el primer componente más valorado de tener buena salud.

En el tercer rubro del nivel de satisfacción con los elementos ambientales y satisfacción general con la vivienda. Sin embargo, más que partir de una serie de aspectos objetivos, el tercer elemento más valorado de la calidad de vida es el mantener buenas relaciones familiares y sociales. [ver gráfica17]

**Gráfica 17: GRÁFICA DE PUNTAJES GRUPALES\_CUBRECAVI.- CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA GRUPAL (CUBRECAVI)**



Servicios Sanitarios → FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: Frecuentemente  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: Muy Satisfechas

Ele → IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:  
 1o Tener buena salud  
 2o Poder valerme por mi mismo  
 3o Mantener buenas relaciones familiares y sociales.

AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: Alta

## CORRELACIONES ENCONTRADAS EN EL ENTRECruzADO DE LAS DIMENSIONES DE AMBOS INSTRUMENTOS:

1. Estrategia de Autocontrol y control emocional [ACE] con Integración Social [IS] sig. bilateral  $r=0.006$ , y una correlación de Pearson de  $[.552^{**}]$ , la cual *indica que tener un autocontrol y control emocional favorece una mayor integración social.*

2. Correlación negativa de la Estrategia de Ansiedad y Preocupación ansiosa [APA] con Habilidades Funcionales [HF] sig. bilateral  $r=0.045$ , y una correlación de Pearson de  $[-.421^*]$ , la cual *indica que una mayor ansiedad y preocupación ansiosa disminuye las habilidades funcionales.*

3. Correlación negativa de la Estrategia de Ansiedad y Preocupación ansiosa [APA] con Actividad y Ocio [AO] sig. bilateral  $r=0.006$ , y una correlación de Pearson de  $[-.557^{**}]$ , la cual *indica que una mayor ansiedad y preocupación ansiosa disminuye el nivel de actividad en que ocupan su tiempo, la frecuencia de actividades y su grado de satisfacción que le produce hacerlas.*

4. Correlación inversa entre la variable de Calidad Ambiental [CA] con Búsqueda de Apoyo Social [BAS] la cual sig. bilateral  $r=0.032$ , y una correlación de Pearson de  $[-.448^*]$  *indica que a mayor calidad y mantenimiento de buenas relaciones familiares y sociales menos búsqueda de apoyo social.*

5. **Correlación inversa entre la Estrategia de Huida y Distanciamiento[HD]** con calidad ambiental [CA] la cual sig. bilateral  $r=0.009$ , y una correlación de Pearson de  $[-.533^{**}]$  la cual *indica que a mayor uso de estrategias de huida y distanciamiento menor calidad y mantenimiento de buenas relaciones familiares y sociales.*

- Se encontró correlación entre la variable Frecuencia de Servicios Sanitarios [Frec\_serv\_sanit] con la estrategias de enfrentamiento y lucha activa [ELA] con una sig. bilateral  $r=0.028$ , y una correlación de Pearson de  $[.458^*]$ , la cual *indica que a mayor uso de los servicios hospitalarios mayor enfrentamiento y lucha activa.*

- Se encontró correlación entre la variable de Autovaloración de la Calidad de vida [Autovaloración] con la estrategias de Pasividad y resignación pasiva [PRP] con una sig. bilateral  $r=0.011$ , y una correlación de Pearson de  $[.518^*]$ , la cual *indica que se encontró una relación entre la valoración de la calidad de vida con el uso de estrategias de pasividad y resignación pasiva.*

- Se encontró correlación entre la variable Frecuencia de Servicios Sanitarios [Frec\_serv\_sanit] con la estrategias de Huida y Distanciamiento [HD] con una sig. bilateral  $r=0.024$ , y una correlación de Pearson de  $[.468^*]$ , la cual *indica hay una relación entre la frecuencia del uso de servicios hospitalarios con la estrategia de huida y distanciamiento.*

- Se encontró correlación entre la variable de Satisfacción con los Servicios Sanitarios [Sat.Serv] con la estrategias de Huida y Distanciamiento [HD] con una sig. bilateral  $r=0.013$ , y una correlación de Pearson de [.508\*], la cual *indica que hay una relación entre la satisfacción de servicios hospitalarios con la estrategia de huida y distanciamiento.*

#### CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS EN EL CAEPO DE ACUERDO AL SPSS.

-Se encontró correlación entre la Estrategia de enfrentamiento y lucha activa [ELA] con la Estrategia de Autocontrol y control emocional [ACE] de sig. bilateral  $r=0.008$ , con una correlación de Pearson [.536\*\*] la cual *indica que ambas asumen un papel activo en su recuperación y son modos de afrontamiento adaptativo que favorecen un mejor ajuste, ambas, indican una tendencia a enfrentar y buscar alguna solución para mejorar su situación valorada como grave y difícil, además, tiende hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros generados por la enfermedad.*

-Se encontró correlación entre la Estrategia de Pasividad y resignación pasiva [PRP] con Búsqueda de Apoyo Social [BAS] con una sig. bilateral  $r=0.033$ , y una correlación de Pearson de [.445\*], la cual *indica que pueden confluir una estrategia de afrontamiento no positivo como lo es la pasividad y resignación pasiva con una estrategia positiva de búsqueda de apoyo social.*

-Se encontró correlación entre la Estrategia de Huida y Distanciamiento[HD] con Pasividad y resignación pasiva [PRP] con una sig. bilateral  $r=0.036$ , y una correlación de Pearson de  $[-.439^*]$ , la cual *indica que puede darse una tendencia negativa a enfrentar una situación adversa tomando distancia de la situación y con una pasividad y resignación pasiva.*

#### CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS EN EL CUBRECAVI DE ACUERDO AL SPSS.

- Se encontró correlación entre la Estrategia de Satisfacción con la vida [SV] con Salud [S] con una sig. bilateral  $r=0.048$ , y una correlación de Pearson de  $[-.417^*]$ , la cual *indica que una mayor satisfacción con la vida, mejor valoración de salud, siendo ésta no solo objetivamente sino subjetiva y psíquica.*

- Se encontró correlación entre la Estrategia de Satisfacción con la vida [SV] con Integración Social [IS] con una sig. bilateral  $r=0.003$ , y una correlación de Pearson de  $[-.598^{**}]$ , *la cual indica que a mayor satisfacción con la vida, mayor integración social.*

- Se encontró correlación entre el Primer componente más valorado con la vida[I\_Cal\_vida] con Integración Social [IS] con una sig. bilateral  $r=0.038$ , y una correlación de Pearson de  $[-.435^*]$ , la cual *indica que la valoración de salud puede no ir siempre acompañado de una buena integración social.*

- Se encontró correlación entre el Primer componente más valorado con la vida[I\_Cal\_vida] con Satisfacción de la vida [SV] con una sig. bilateral  $r=0.006$ , y una correlación de Pearson de  $[\.558^{**}]$ , la cual *indica que a mayor valoración de salud; objetiva, subjetiva, psíquica, mayor satisfacción con la vida.*

- Se encontró correlación entre el Segundo componente más valorado con la vida[II\_Cal\_vida] con Actividad y Ocio [AO] con una sig. bilateral  $r=0.024$ , y una correlación de Pearson de  $[-.469^*]$ , la cual *indica que hay una relación inversa entre el poder valerse por sí mismo y el nivel de actividad en que ocupan su tiempo, la frecuencia de actividades y su grado de satisfacción que le produce hacerlas, es decir aún teniendo posibilidades de valerse por sí mismas no tienen muchas veces un nivel de actividades de esparcimiento que pudieran tener.*

- Se encontró correlación entre la variable Ingresos[I] con Integración Social [IS] con una sig. bilateral  $r=0.003$ , y una correlación de Pearson de  $[-.598^{**}]$ , la cual *indica una relación inversa entre los Ingresos e integración social.*

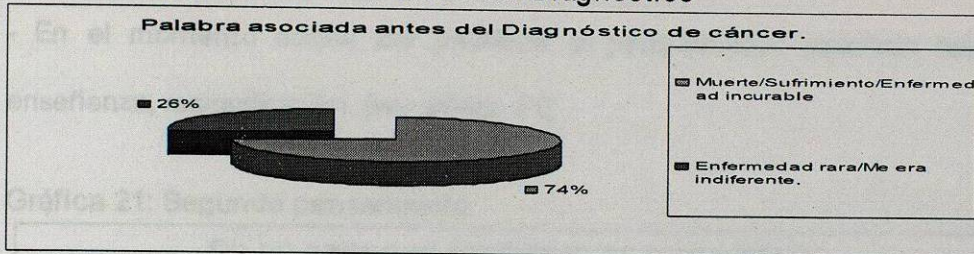
- Se encontró correlación entre el Segundo componente más valorado [II\_Cal\_vida] con el Primer componente más valorado [I\_Cal\_vida] con una sig. bilateral  $r=0.037$ , y una correlación de Pearson de  $[\.438^*]$ , la cual *indica una relación entre el poder valerse por sí mismo y el tener buena salud.*

4.3 DESCRIPCIÓN DE CATEGORIAS EN DOS TIEMPOS, EL PRIMER TIEMPO ES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y EL SEGUNDO TIEMPO ES EN EL MOMENTO ACTUAL DEL PACIENTE, DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA, A TRAVÉS DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

Experiencia Paciente-Enfermedad [P-E]/Creencias [C]:

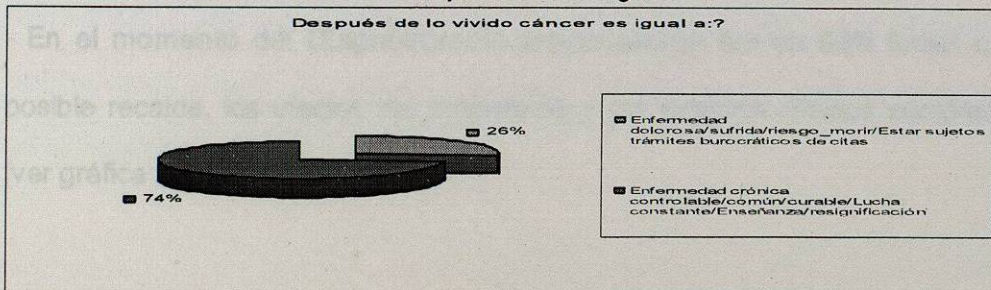
En el momento del Diagnóstico la Palabra asociada al cáncer de mama fue en un (74%) igual a muerte, sufrimiento, enfermedad incurable o rara. [ver gráfica 18]

Gráfica 18: Palabra asociada antes del Diagnóstico



-En el momento actual del paciente la palabra asociada después de todo lo vivido fue en un 74% enfermedad crónica controlable, común, curable, que implicaba una lucha constante, enseñanza, resignificación. [ver gráfica 19]

Gráfica 19: Palabra asociada después del Diagnóstico

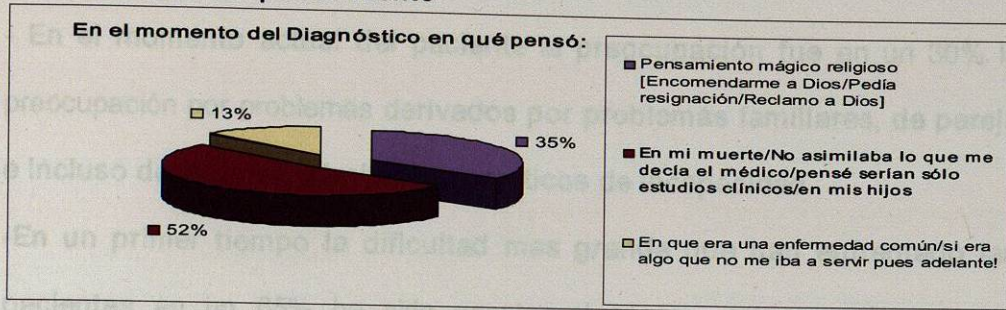




## Gráfica 22: Preocupación inmediata

- En el momento del Diagnóstico el pensamiento fue en un 52% en su muerte, seguido por un 35% en el que predominó un pensamiento mágico-religioso de encomendarse en las manos de Dios. [ver gráfica 20]

## Gráfica 20: Primer pensamiento



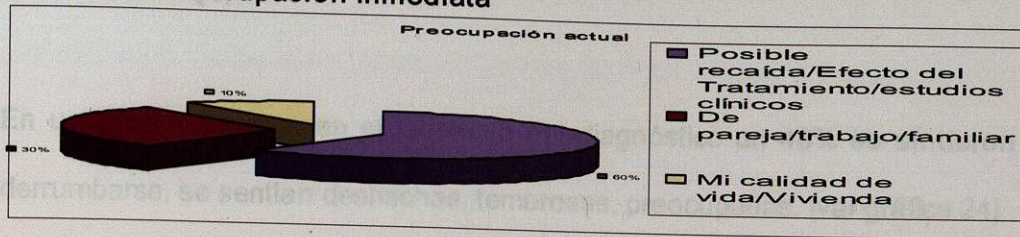
- En el momento actual del paciente el pensamiento asociado fue de enseñanza, resignificación. [ver gráfica 21]

## Gráfica 21: Segundo pensamiento



- En el momento del Diagnóstico la preocupación fue un 60% temer una posible recaída, los efectos del tratamiento y por estudios clínicos venideros. [ver gráfica 22]

**Gráfica 22: Preocupación inmediata**

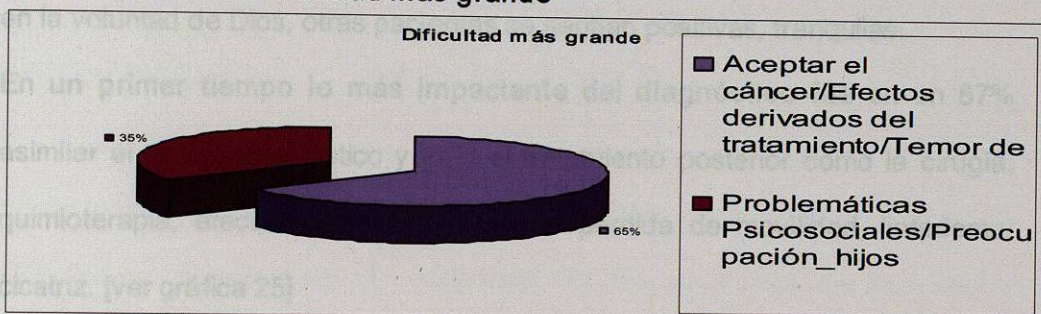


**Gráfica 24: Sentimiento predominante en el diagnóstico**

- En el momento actual del paciente la preocupación fue en un 30% la preocupación por problemas derivados por problemas familiares, de pareja e incluso de algunos trámites burocráticos de incapacidad.

-En un primer tiempo la dificultad mas grande que han enfrentado las pacientes en un 65% ha sido aceptar el cáncer, así como los efectos derivados del tratamiento, y un -temor a la recaída. [ver gráfica 23]

**Gráfica 23: Primer dificultad más grande**



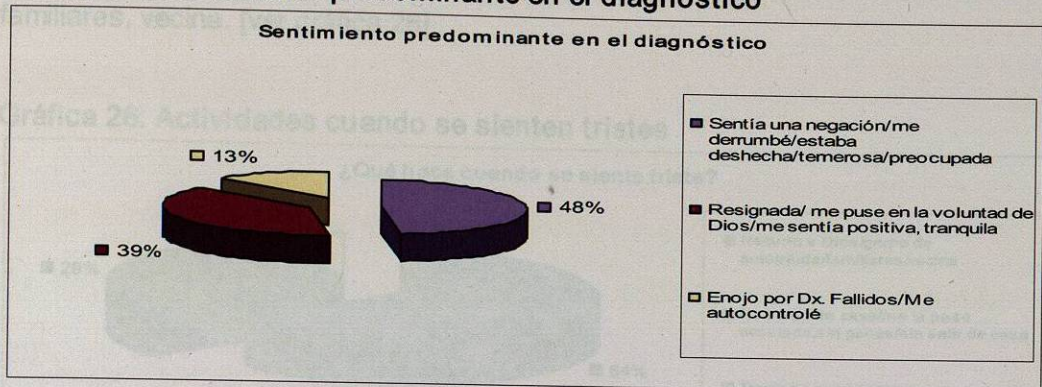
**Gráfica 25: Lo más importante del diagnóstico**

En el momento actual del paciente la dificultad mas grande que han enfrentado las pacientes están relacionadas con problemáticas psicosociales, entre ellas la preocupación a los hijos en un 35% y dificultades en la relación de pareja.

## -EMOCIONES [E]:

En un primer tiempo, en el momento del diagnóstico un 48% se sintieron derrumbarse, se sentían deshechas, temerosas, preocupadas. [ver gráfica 24]

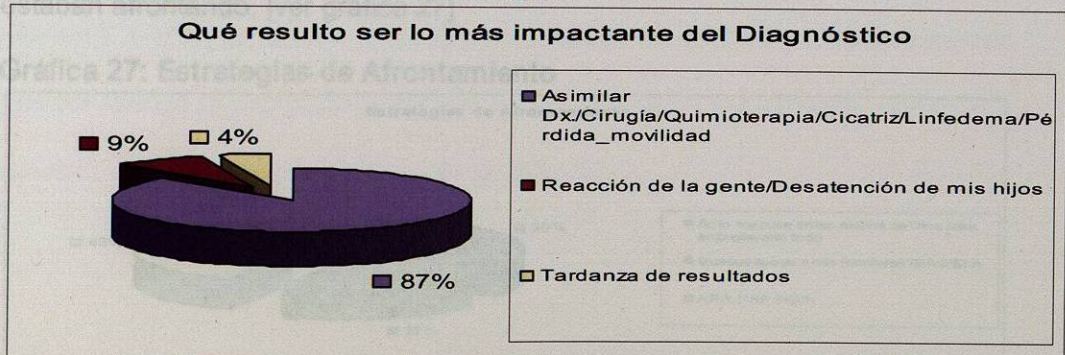
Gráfica 24: Sentimiento predominante en el diagnóstico



En el momento actual del paciente, un 39% se sintió resignada poniéndose en la voluntad de Dios, otras pacientes se sentían positivas, tranquilas.

En un primer tiempo lo más impactante del diagnóstico fue en un 87% asimilar el propio diagnóstico y todo el tratamiento posterior como la cirugía, quimioterapia, efectos colaterales como la pérdida de movilidad, linfedema, cicatriz. [ver gráfica 25]

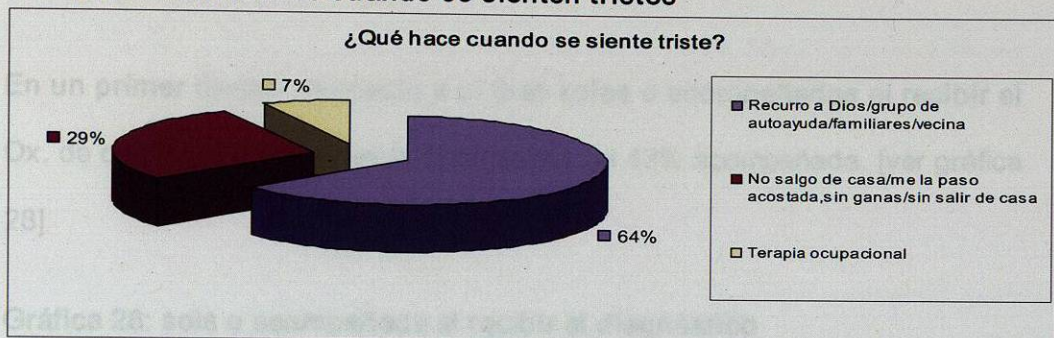
Gráfica 25: Lo más impactante del diagnóstico



En el momento actual del paciente lo más impactante fue en un 9% la reacción de la gente, el no haber recibido de los hijos el apoyo que esperaban

Una constante en un primer y segundo tiempo cuando las pacientes se sienten tristes es en un 64% recurrir a Dios, al un grupo de autoayuda, familiares, vecina. [ver gráfica 26]

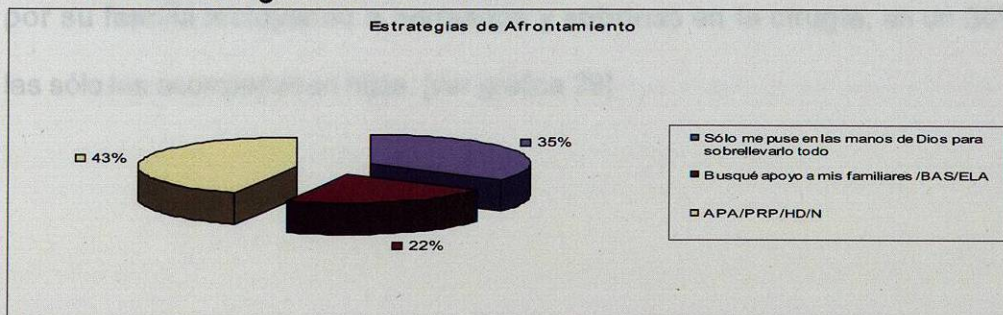
**Gráfica 26: Actividades cuando se sienten tristes**



**AFRONTAMIENTO:**

En un primer tiempo Las estrategias de Afrontamiento predominante en un 43% fue en una ansiedad y preocupación ansiosa, otras más una pasividad y resignación pasiva, otras pacientes tomaron distancia y negaron de lo que estaban afrontando. [ver gráfica 27]

**Gráfica 27: Estrategias de Afrontamiento**

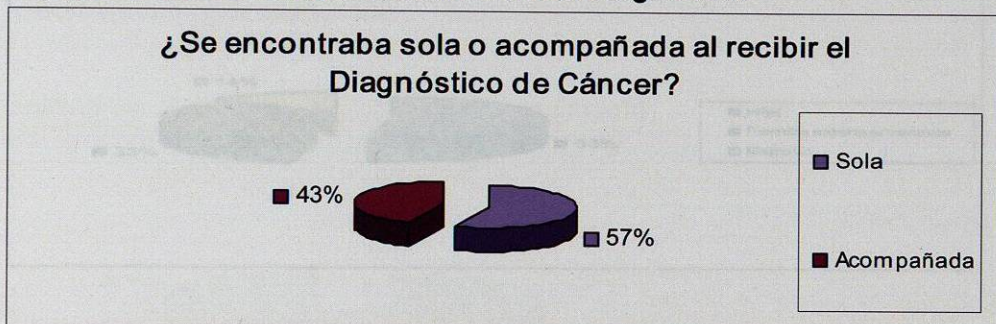


En el momento actual del paciente las estrategias de Afrontamiento fueron más instrumentales, predomina en las pacientes en un 35% fue de control emocional ya que referían ponerse en las manos de Dios para sobrellevar todo. Otras afrontaron mediante la Búsqueda de apoyo social, y otras pacientes en un enfrentamiento de lucha activa en un 25%.

### SOPORTE SOCIAL:

En un primer tiempo, respecto a si iban solas o acompañadas al recibir el Dx. de cáncer, el 57% se encontraba sola y un 43% acompañada. [ver gráfica 28]

Gráfica 28: sola o acompañada al recibir el diagnóstico



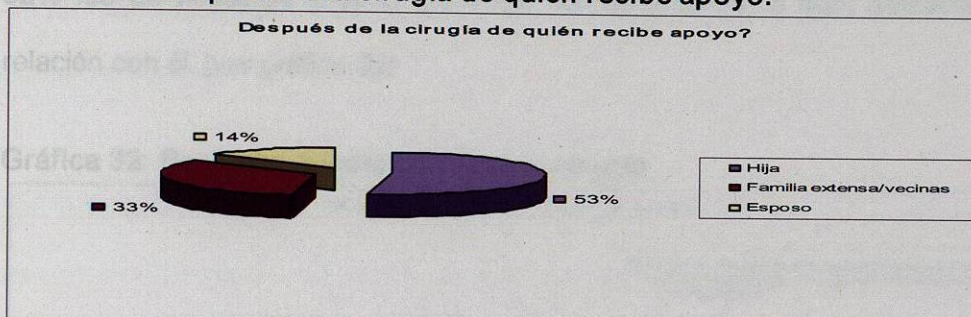
Durante la cirugía, En un 70% las pacientes se encontraban acompañadas por su familia incluyendo a hermanos y sobrinas en la cirugía, en un 30% las sólo las acompañaban hijas. [ver gráfica 29]

**Gráfica 29: Acompañamiento en cirugía**



Después de la mastectomía las pacientes recibieron apoyo en un 53% de una de sus hijas, un 33% de su familia extensa, así como del apoyo recibido en algunos casos por vecinas y un 14% del esposo. [ver gráfica 30]

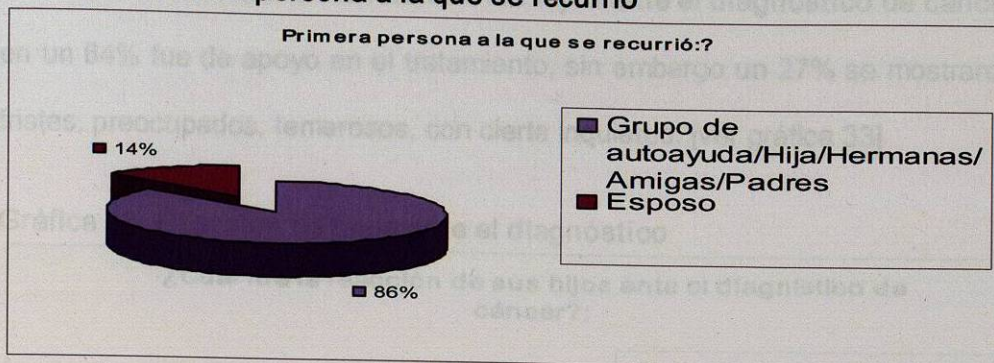
**Gráfica 30: Después de la cirugía de quién recibe apoyo:**



En el momento actual del paciente la mayor parte de las pacientes se mueven solas respecto a citas subsecuentes.

En un primer tiempo la primer persona a la que recurrieron fue en un 86% al grupo de autoayuda, hijas, hermanas, amigas. [ver gráfica 31]

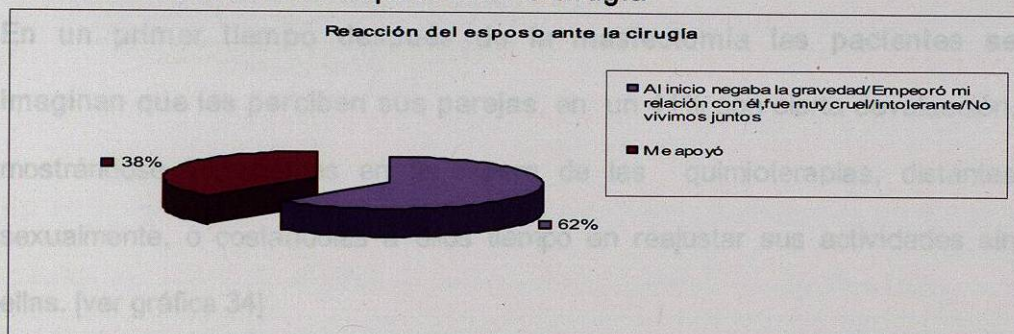
**Gráfica 31: Primera persona a la que se recurrió**



En un segundo tiempo recurren en primer lugar al grupo de autoayuda en algunos casos y en otros sigue siendo un sostén su fe religiosa.

En un primer tiempo La reacción del esposo ante la necesidad de cirugía un 62% fue de negación ante la gravedad del diagnóstico, o bien empeoró la relación con él. [ver gráfica 32]

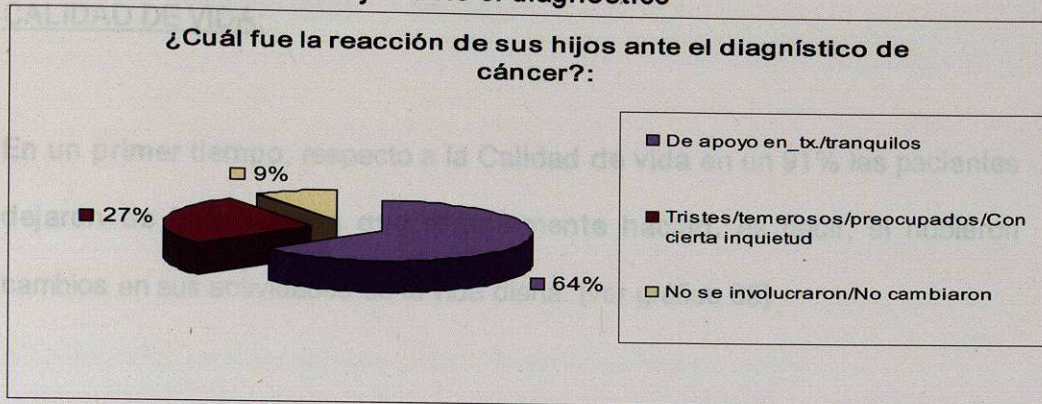
**Gráfica 32: Reacción del esposo ante la cirugía**



En un segundo tiempo La reacción del esposo fue en un 38% de mayor aceptación y apoyo de él.

En un primer tiempo la reacción de los hijos ante el diagnóstico de cáncer en un 64% fue de apoyo en el tratamiento, sin embargo un 27% se mostraron tristes, preocupados, temerosos, con cierta inquietud. [ver gráfica 33]

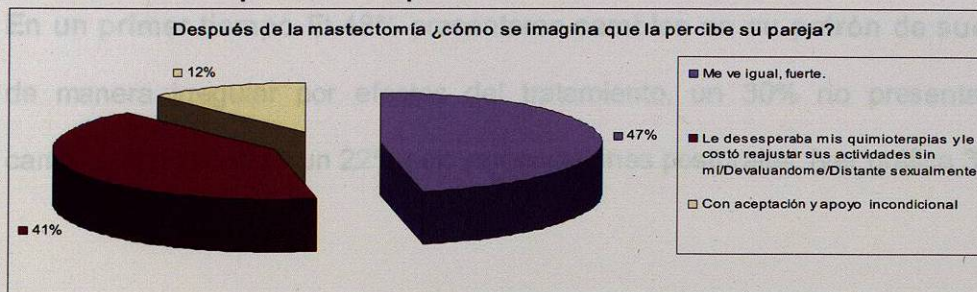
**Gráfica 33: Reacción de hijos ante el diagnóstico**



En un segundo tiempo la reacción de los hijos fue de mayor confianza y cierta tranquilidad.

En un primer tiempo después de la mastectomía las pacientes se imaginan que las perciben sus parejas, en un 41% con cierta devaluación, mostrándose impacientes en la espera de las quimioterapias, distantes sexualmente, o costándoles a ellos tiempo en reajustar sus actividades sin ellas. [ver gráfica 34]

**Gráfica 34: Percepción del esposo**



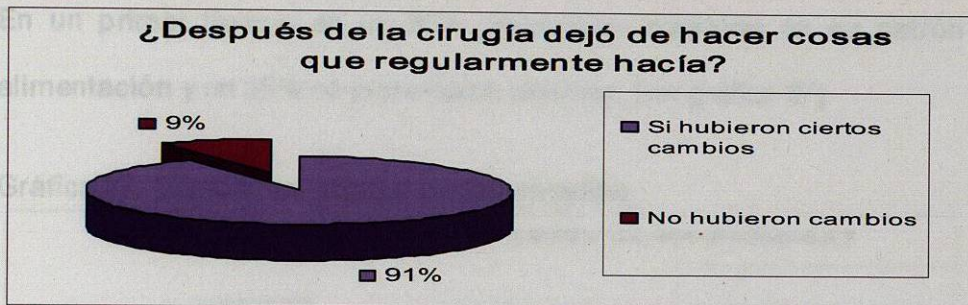


En el momento actual del paciente, después de la mastectomía las pacientes se imaginan que las perciben sus parejas en un 47% igual, fuertes.

### CALIDAD DE VIDA:

En un primer tiempo, respecto a la Calidad de vida en un 91% las pacientes dejaron de hacer cosas que regularmente hacían, es decir, sí hubieron cambios en sus actividades de la vida diaria. [ver gráfica 35]

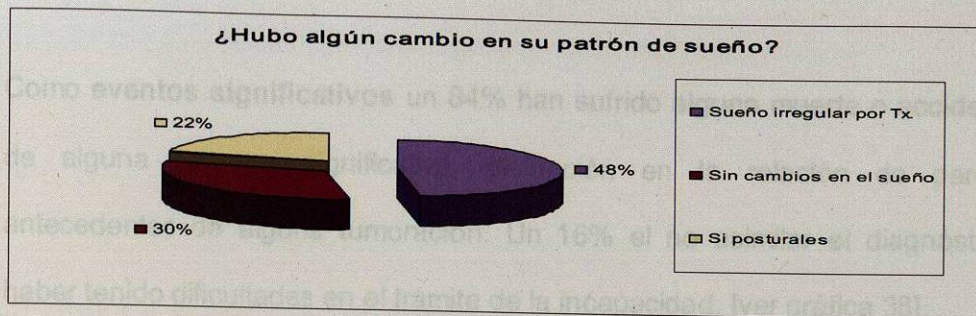
Gráfica 35: Después de la cirugía dejó de hacer cosas que regularmente hacía



En el momento actual del paciente las pacientes reportan que de manera gradual han retomado el ritmo de sus actividades casi de la misma forma.

En un primer tiempo El 48% presentaron cambios en su patrón de sueño de manera irregular por efectos del tratamiento, un 30% no presentaron cambios en el sueño y un 22% solo por cuestiones posturales. [ver gráfica 36]

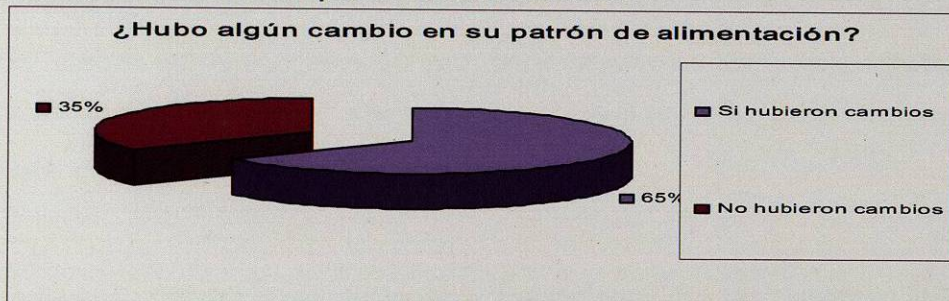
**Gráfica 36: Cambio en patrón de sueño**



En un segundo tiempo las pacientes reportan que de manera gradual ha habido una mejor adaptación respecto a los efectos de la cirugía, y por ende han reportado menos malestar asociado en su patrón de sueño.

En un primer tiempo en un 65% presentaron cambios en su patrón de alimentación y un 35% no presentaron cambios. [ver gráfica 37]

**Gráfica 37: Cambio en patrón de alimentación**

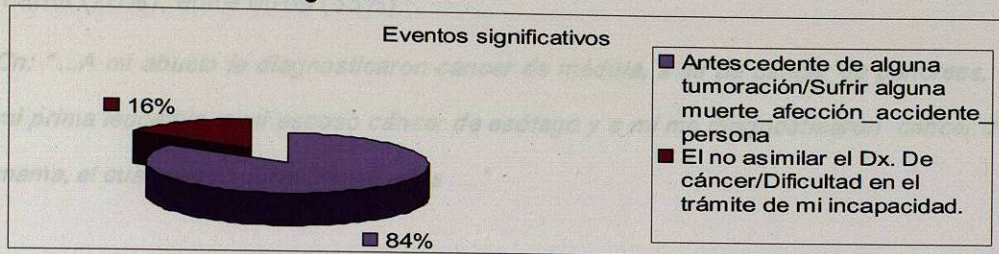


En un segundo tiempo las pacientes reportan que cuidan más su alimentación.

## EVENTOS SIGNIFICATIVOS

Como eventos significativos un 84% han sufrido alguna muerte o accidente de alguna persona significativa, disfunción en la relación de pareja, antecedentes de alguna tumoración. Un 16% el no asimilar el diagnóstico, haber tenido dificultades en el trámite de la incapacidad. [ver gráfica 38]

Gráfica 38: Eventos significativos



#### 4.4 INFORME DE RESULTADOS CUALITATIVOS

Fragmentos de entrevistas relacionadas con las variables de estudio.

##### Perfil Sociodemográfico:

En cuanto a la *prevalencia de cáncer en la historia familiar* reportada en mayor medida es el cáncer cervicouterino (38%), seguido por el cáncer de mama (28%), entre otros (33%).

*Cn: "...A mi abuelo le diagnosticaron cáncer de médula, a mi tía cáncer de páncreas, a mi prima leucemia, a mi esposo cáncer de esófago y a mí me diagnosticaron cáncer de mama, el cual ya he sobrevivido 6 años ...."*

Resulta llamativo que *el número de muertes por afecciones crónicas en la historia familiar* de la siguiente paciente han sido por afecciones crónicas como la diabetes y afecciones cardíacas.

*Ea: "...Mi tía, hermana de mi mamá, tuvo cáncer de páncreas. Los otros padecimientos familiares son de diabetes y paros cardíacos, de éste último murieron; mi mamá, mi papá, mi hermana la mayor y otro hermano...."*

La mayoría reporta la ubicación de la mastectomía del seno derecho (47%) y un (20%) en ambos senos. *En el caso de la mastectomía contralateral* una de las pacientes refiere que lo decidió preventivamente por indicación médica pero otra de ellas pensaba en ésta opción sin indicación médica.

*Ja: "...Tengo la cirugía en el lado derecho, pero consentí la mastectomía del lado izquierdo por prevención, decisión influida por indicación médica..."*

*Oa: "...me voy a quitar el otro seno, por prevención. Esto no fue por indicación medica pero yo dije que sí. Mi esposo me apoyó en que yo decida..."*

Algunas pacientes reportaron en su historia individual haber sido diagnosticadas de un tumor benigno situándose en diferentes lugares.

*Ri: "...a la edad de los 14 años yo era atendida por cardiólogos quienes me detectaron un tumor del tamaño del puño de la mano con raíces, entonces empezaron los estudios con jeringas grandes a las que yo temía. Me acuerdo que me daba mucha vergüenza cuando me tenía que quitar la bata, (rompe en llanto). Pobrecita mi mamá yo la veía muy deprimida yo creía que me iba a morir, por cómo la veía a ella. Y cuando cumplí mis 15 años nada más me hicieron una cenita..."*

*Ba: "... de soltera fuí operada por una bolita y de casada al lactar a mi primer hijo se me formó una bolita del tamaño de un limón y me operaron, con mi segundo hijo me volvió a brotar pero no me lo operé porque me dijeron que era mamario."*

Respecto al *acercamiento del diagnóstico confirmatorio del diagnóstico de cáncer* resulta relevante que en un (22%) ó 5/23 pacientes refieren un diagnóstico confirmado de fibrosis o indicaciones como fomentos de agua caliente, cuando era una tumoración maligna, ambas situaciones terminaron aplazando la atención y tratamiento requerido.

*Py: "...Vine hace 4 años y en dos hospitales diferentes me dijeron que era fibrosis, luego se me hundió el pezón hasta que se me vió el hoyo para adentro y fue cuando me mandaron de urgencias detectándome cáncer, reclamé la detección tardía pero me dijeron que cómo iban a saber, a lo que respondí que por eso había venido a checarme..."*

*La: "...A los 6 meses de realizarme el papanicolau detecté una bolita, al consultar, la indicación médica fue usar fomentos de agua caliente 8 días, sin embargo regresé porque aumentó de tamaño, hasta ese momento, me hicieron una punción y 3 semanas después confirman cáncer..."*

*Oa: "...Me diagnosticaban al inicio fibrosis, pero mi bolita seguía creciendo, por lo que decidí hacerme los estudios clínicos externos, ecos, biopsias, resonancia..."*

*Ca "... Desde hace 3 años me presenté con una mamografía diciéndole al doctor que me tocaba una bolita pero me dijo que era fibrosis, fui una segunda vez porque me la chequé un poquito más grande y a mí me dolía, pero me dijeron nuevamente que tenía fibrosis me dieron de alta y que no era nada. Agarré mi ritmo de vida e hice decidía porque yo estaba confiada de que no era nada. Dejé pasar dos años, fue hasta abril que mi esposo encontró trabajo y que ya el doctor particular me confirmó que si era cáncer, que ya tenía algo dañado y necesitaba cirugía..."*

Algunas pacientes refieren citas muy largas o se toparon con el mal funcionamiento de algunos aparatos de diagnóstico (dentro del 22% antes mencionado), lo que hace pensar en una incertidumbre por la espera de la confirmación.

*Lr: "...Duré un año en que me hicieran la biopsia ya que me daban citas muy retiradas o los aparatos no servían y no pensé que me fueran a quitar todo el pecho...."*

Otras pacientes *consultaron tardíamente* hasta sentir una bolita más grande en su seno, negando y temiendo lo que sentían en las primeras autoexploraciones en un (17%).

*Ja: "...Había notado una bolita, pero no le hice caso, me negué, yo dije que no tenía nada. Pero a raíz de que una amiga mía la operaron por cáncer de seno, hasta miedo tenía de tocarme de que yo había sentido esa bolita. Después vine a consultar y según las características el doctor me dijo que tenía muchas posibilidades de que fuera cáncer...."*

Resulta interesante que *dos pacientes* refirieron que *no sabían* de su diagnóstico, es decir, *del cáncer sino hasta después de la operación*.

*Ea: "...nunca me dijeron que era cáncer, nada mas me dijeron que me iban a quitar una bolita y fue hasta que me desperté de la anestesia que luego, luego me palpé, pero todavía creía que era nada más la bolita, aparte que estaba toda vendada, pero cuando capté o me di cuenta fue cuando la enfermera dijo, ella también va a piso, ahí fue donde supe que si me habían quitado el seno, después me sentí muy mal, lloré mucho. Creo que todavía no lo supero, me mandaron con un psicólogo, quien me dijo que tenía miedo a morir pero no por mí sino pensando en mis hijos. Yo trato de mejorar pero no puedo porque no tengo el apoyo de mi esposo, ni de mi familia, aun cuando tengo muchos hermanos...."*

*Cna: "...Acudí al médico porque me entró pendiente de sentir una bolita y al ver una novela de un caso de cáncer de mama pero fue después de la operación que supe que me habían quitado el seno porque habían encontrado algo malo..."*

Otras pacientes refirieron haber asociado un golpe en sus senos y como consecuencia el cáncer de mama, como mitos acerca del origen del cáncer.

*La: "Creía que a raíz de un golpe y de que se formó un abseso iban a sacar la sangre molida, después me hicieron la biopsia y confirmaron que era cáncer."*

Respecto a la *Indicación médica* un 78% de las pacientes recibieron cierto número de quimioterapias y radiaciones y un 22% recibieron tratamiento oral.

El tratamiento mas pesado referido por una paciente fue la cirugía más 8 ciclos de quimioterapia más 30 radiaciones.

*Lr: Después de la operación me dieron 8 ciclos de quimioterapia, le doy gracias a Dios porque no se me infectó, bendito sea Dios. Yo pienso que Dios me ayudó bastante y siempre él está con nosotros.*

*Después siguieron las radiaciones, me pusieron 20 ó 30 ciclos, no me canso de darle gracias a Dios por todo lo que he pasado, verdad?!*

*Ea: "...Los 4 ciclos de quimioterapia, fueron muy fuertes, me puse muy mal. En mi casa yo sufrí mucho con la sonda y me sentía muy mal yo creo que el medicamento me calaba porque me provocaba hinchazón. Quiero que sepa que me pusieron un sillón como resbaladero, me pusieron algunos blocks, tuve la sonda como como 4 meses?, era muy pesado, cuando me la quitaron me fui caminando hasta santo domingo ya me sentía liberada..."*

Un 65% no recurrieron algún tipo de *medicina alterna* y un 35% si lo hicieron con variantes.

*Ma.Jn: "...Solamente las prescripciones médicas. Tengo miedo tomar algo que alguien me recomiende. Lo único que tomaba era floescence, y una malteada que me hacía sentir bien. Gracias a Dios no tuve vómitos pero no soportaba el perfume de hombres*

Respecto a la comorbilidad en un 78% refieren algunas padecer diabetes, algunas sobrepeso, hipertensión, depresión. Y en un 22% resulta significativo el número de cirugías en la historia individual de las pacientes.

*Ma.Ascn: "...Me han operado de la vesícula, sin embargo tuve una complicación en el páncreas, seguido de la mastectomía. Me han operado como 15 hernias, soy hipertensa y diabética detectada recién falleció mi esposo..."*



*Ge: "...En promedio llevo 8 operaciones:1-Cálculos en la vejiga, 2.-Destaparon las trompas del cuello de la matriz, 3.-Telescopía alrededor del ombligo, 4.-del apéndice, 5.- Vesícula, 6.-me enfermé del riñón 7-8; Dos veces que me han operado del mismo seno izquierdo que ahora el 7 de junio completaré un año. Sin embargo recientemente fui a la clínica 25 porque me puse mal y parece que me encontraron otra glándula en el seno derecho y tengo cita el día 14, a ver que me dicen, esperemos en Dios que no sea nada..."*

### **EXPERIENCIA DEL PACIENTE-ENFERMEDAD-CREENCIAS:**

La *Palabra asociada antes* del Diagnóstico de cáncer de mama fue en un (74%) igual a muerte, sufrimiento, enfermedad incurable o rara.

*Ba: "...Enfermedad incurable dolorosa con sufrimiento para familia y paciente que lleva a la muerte..."*

*Sa: "...Enfermedad rara con desconocimiento de origen..."*

La *palabra asociada después de todo lo vivido* fue en un 74% enfermedad crónica controlable, común, curable, que implicaba una lucha constante, enseñanza, resignificación.

*Ba: "...Enfermedad crónica como diabétes, alta presión, que es controlable y puede uno sobrevivir a ello..."*

*Rl: "...Enfermedad curable dependiendo de la etapa..."*

El *pensamiento* en el momento del diagnóstico fue en un 52% en su muerte, seguido por un 35% en el que predominó un pensamiento mágico-religioso de encomendarse en las manos de Dios.

Ri: "...Pensaba ahora sí me voy a morir, ya que es la segunda operación en el pecho y me deprimí bastante, hasta ahorita me digo que sea lo que Dios quiera verdad? ...a seguir adelante verdad?.."

Ja: "...Pues la primera vez, pues como son etapas, pues la primera etapa para mí sí fue muy, muy difícil, y yo pensé que me iba a morir. En cuanto tiempo no sabía, pero yo sabía que era corto. Me imaginaba un año o antes..."

En el momento actual del paciente el *pensamiento* asociado fue de enseñanza, resignificación.

Sa: "...Es igual a una oportunidad de mejor vida", Tenemos que pasar por algo para valorar la vida, por algo me mandaron esta enfermedad..."

En el momento del diagnóstico la *preocupación fue* en un 60% temer una posible recaída, los efectos del tratamiento y por estudios clínicos venideros.

Msa: "...El que aun no me digan que estoy curada pero le voy a echar todas las ganas..."

Después de la cirugía, la *preocupación fue* en un 30% la preocupación por problemas derivados de los trámites burocráticos de la incapacidad, por problemas familiares, de pareja.

Ba: "...Mi incapacidad ya que me mandan a trabajar con la herida abierta, infectada, apenas me esta cicatrizando, el brazo no lo puedo mover mucho y mi trabajo es cargar cosas, subir, bajar kilos. A la semana vine nuevamente con la herida abierta, infectada. Y me dijeron no era posible darme tanta incapacidad. Tuve que ir con el coordinador de

ellos y me volvió a decir que era el doctor que me había operado. Pero ya no me quiso dar incapacidad y tuve que presentarme a trabajar. Otro doctor me dio 14 días más y se me termina el miércoles y tengo que presentarme a trabajar aún cuando el trabajo es muy pesado. Ésto sí me preocupa bastante, ojalá que se me de más incapacidad. Como no me dan quimioterapia me tengo que ir a trabajar. Ese es mi único problema ahorita que apenas se me está cicatrizando..."

En el momento del diagnóstico **la dificultad más grande** que han enfrentado las pacientes en un 65% ha sido aceptar el cáncer, así como los efectos derivados del tratamiento, y un temor a la recaída.

Ma.Ro: "...El aceptar el cáncer, yo no lo aceptaba. Pero ví muchas cosas y pues vale la pena vivir. Hay muchas personas con mas enfermedades y pues porqué no darle gracias al "Señor" que eres feliz. Como le dije a mi hermano. Hay hermano fui a visitar a una amiga a la clínica 25 con cáncer de matriz, ya está muy grave, y tienen a un niño de de 10 años, verla a ella digo nombre hermano dale gracias a Dios por la salud, ya olvidar rencores pasados para tener una vida mejor..."

Blc: "...yo creo que lo más difícil ya lo superé, ya lo pasé y me refiero a el asimilar la noticia del diagnóstico y la cirugía. Y que en ocasiones pienso que ya no estoy bonita, y que a lo mejor ya no soy deseable para mi esposo, yo me veo y digo no soy las misma, ya no soy bonita, ya no le voy a gustar a mi esposo, si pensé no me vaya dejar él, el es jóven, igual tiene 36 años y digo yo, no me vaya a rechazar, como yo siempre fui bustona a lo mejor era parte del cuerpo que a él le gustaba, ya no va a ser lo mismo, uno hace el amor y pues ya no me quito la blusa porque siento feo que me vea así..."

En el proceso del tratamiento *la dificultad mas grande* que han enfrentado las pacientes están relacionadas con problemáticas psicosociales, entre ellas la preocupación a los hijos en un 35% y dificultades en la relación de pareja.

*Mla: "...La relación con mis hijos antes y después del diagnóstico. Yo se que mi hijo anda mal y me preocupa mucho, no llegó a dormir, le mandé un mensaje y no me contestó. Uno como padre no quiere que cometan errores o fracasen, desgraciadamente tienen que cometer errores y fracasar para que se den cuenta de lo bueno y de lo malo, si le dan su casa y quiere irse pues que se vaya, si la casa la pierde pues él sabe, yo ya cumplí..."*

*Ea: ".....Mi primera reacción fue que el cáncer sirvió para liberarme de mi esposo, porque mi esposo me tenía como esclava, nada mas atenderlo, y a raíz de mi enfermedad, mi hija le dijo a su papá aquí todo va cambiar. Mi mamá ya no va poder atenderlo ni yo no lo voy atender, si porque lo teníamos muy acostumbrado, atenderlo, si se enojaba rogarle para que comiera, y todo eso.*

*(A raíz de todo esto mi esposo ya me deja salir sola, me contaba los minutos y las horas, ahorita ya ni permiso pido.) porque ni con mi mamá me dejaba ir sola. Cambió mi relación con él porque me sentía como esclava, y ahora pues si quiere comer que bien y si no pues también.*

## EMOCIONES:

*Lo más impactante del diagnóstico* fue en un 87% asimilar el propio diagnóstico y todo el tratamiento posterior como la cirugía, quimioterapia, efectos colaterales como la pérdida de movilidad, el linfedema, la cicatriz.

*Ca: "...Ver mi cicatriz, Sentí horror, porque es grande ya te recogen el seno, la piel. Yo no quería verme tal vez me asustaba, le juro que hasta quería gritar..."*

Ea: "...Un mes, no me quería mirar, no me tallaba, se me fue haciendo como costrita, pero lo fui superando yo solita es que se ve feo, grotesco. Para quitarme la venda después de la cirugía, fui a un centro médico ubicado en Santo Domingo y una enfermera como se impresionó y no me lo quiso quitar. Me enojé y me fui. Yo le veía la cara de horror..."

En el momento actual del paciente lo más impactante se relaciona en un 9% con la reacción de la gente, el no haber recibido de los hijos el apoyo que esperaban

Ma.Ga: "...Me deprimí bastante cuando me dieron las quimios se me cayó el pelo y me veía pelona, doy gracias al grupo rayo de vida que ellas fueron las que me levantaron porque yo cuando venía, venía por los suelos yo no hacía mas que llorar y llorar. Entré casi al año después de la quimio y radioterapia pero como todavía no me salía mi pelo, eso era lo que me hacía sentirme mal, porqué yo estoy pelona? Pues yo veía a la demás gente con su pelo, yo no salía de mi casa, estaba encerrada sólo iba a la iglesia a misa y a mi casa, y prefería no salir, si no era necesario salir no salía porque a mí nunca me gusto usar peluca tampoco. Me daba vergüenza de que la gente me viera y que me preguntara porqué estaba pelona o que qué me había pasado? Me imaginaba mil cosas y mejor no salía, me mantenía en mi casa..."

#### SENTIMIENTOS:

En el momento del diagnóstico un 48% de las pacientes se sintieron cómo se derrumbaban, se sentían deshechas, temerosas, preocupadas.

Ja: "...Son diferentes etapas como coraje, resentimiento, se niega el padecer cáncer, "yo estoy bien a lo mejor se equivocaron no lo quieres aceptar" y uno se deprime porque piensa en la familia, hijos que dependen de uno..."

*Ma.Ga: "...Sentí miedo, pensé que iba a morir, que yo no iba a durar mucho tiempo, quizá la cirugía de nada me iba a servir, que yo me iba a morir, aunque los médicos me decían que todavía era muy a tiempo, yo tenía miedo, miedo a enfrentar ese cáncer..."*

En el momento actual las pacientes emplearon estrategias más instrumentales desde el autocontrol y control emocional, búsqueda de apoyo social y de lucha activa, esto en un 39%. Algunas referían sentirse positivas, tranquilas en la voluntad de Dios, según refirió la mayoría.

*Ba: "...Me sentí tranquila porque el doctor me dice que es muy a tiempo y me lograré curar en tanto haré mi vida normal primero Dios que me de fuerza y me siga sintiendo bien..."*

En el momento actual las pacientes *cuando se sienten tristes* recurren a Dios, al grupo de autoayuda, familiares, vecina en un 64%.

*Ge: "...A mi vecina, que me pone más atención, a quien le platico de cómo me siento. De mi familia cuando se acuerdan y cuando no pues no, eso es lo malo, pero tengo muy buenas vecinas. No recibo apoyo de mis hijos aun cuando uno de ellos vive en la parte de atrás de mi casa pero ni se acerca a preguntar por cómo estoy, intuyo que es por su esposa. Mi hija me visita cada 8 días. Pero que dijera mamá no tienes nada, te voy ayudar, pues tampoco ni se acuerda y cuando lo hacen les agradezco. Pero quisiera que siempre estuvieran al pendiente de mí, porque yo les he dicho que me miren ahorita que estoy viva porque ya cuando uno está bajo tierra para qué. A mi hijo no lo molesto para nada, a ni uno ni a otro. Si es su voluntad de ellos que me den o ellos que me ayuden..."*

En el momento del diagnóstico la *reacción del esposo* ante la necesidad de cirugía un 62% fue de negación ante la gravedad del diagnóstico, o bien empeoró la relación con él.

*Ca: "...El siempre me animaba con un "no pasa nada", "no te van a quitar el pecho, nada más te van hacer una operacioncita y ya. Y le decía tú no sabes, el doctor me dijo que a lo mejor me iban a quitar todo el pecho, y me dijo bueno si te lo quitan qué, no pasa nada tú no eres un pecho eres una mujer, tengas pecho o no tengas pecho eres una mujer, para mi vas a seguir siendo la misma. En ese aspecto siempre he tenido el apoyo de él..."*

*Blc: "...Se apachurró, iba muy positivo y no se lo esperaba, el siempre bien positivo, no, no es nada, vas a ver que no es nada, que no te lo van a quitar, vas a ver que no, el estaba en la cirugía bien positivo, que no era nada malo, pero pensaba que no me lo iban a quitar, o que igual era malo pero que no me lo iban a quitar..."*

*Ea: "... Él no aceptaba que me fueran a operar, así que le volví a explicar si ya te había dicho que el doctor me iba a hacer una biopsia para ver que tan grande estaba el cáncer y si era necesario pues me iban a quitar el pecho. Me dijo pero no, yo no pensé que te lo fueran a quitar, pensé que iba a ser un pedazo. Pero sí fue necesario, o qué preferías que se me fuera a brincar al otro pecho, a los pulmones, a la cabeza a los otros órganos? Prefiero mejor que me quiten lo que ya no me sirve y seguir viviendo y gracias a Dios aquí estoy. Y él ya lo fue aceptando..."*

*Ja: "...Entre nosotros no tenemos comunicación, no se si le alegró, a lo mejor le alegró, no de que el matrimonio se deshiciera pero si de que yo voy hacer lo que yo quiero y tú te quedas callada. Y a raíz de mi enfermedad fue como tipo, como muy cruel de su parte, fue como una manera de vengarse de mí, bueno así lo sentí, porque obvio que si se salía yo de repente le reclamaba. Pues así yo lo sentía...."*

*Ea: ".....Mi primera reacción fue que el cáncer sirvió para liberarme de mi esposo, porque mi esposo me tenía como esclava, nada mas atenderlo, y a raíz de mi enfermedad, mi hija le dijo a su papá aquí todo va cambiar. Mi mamá ya no va poder atenderlo ni yo no lo voy atender, sí porque lo teníamos muy acostumbrado, atenderlo,*

*si se enojaba rogarle para que comiera, y todo eso. (A raíz de todo esto mi esposo ya me deja salir sola, me contaba los minutos y las horas, ahorita ya ni permiso pido.) porque ni con mi mamá me dejaba ir sola. Cambió mi relación con él porque me sentía como esclava, y ahora pues si quiere comer que bien y si no pues también.*

La *reacción del esposo después de la cirugía* fue de mayor aceptación y apoyo de él, en un 38%.

*Ea: "...El lo fue aceptando gradualmente y si he tenido su apoyo..."*

*Ma.Ga: "...Igual, él siempre fue el apoyo total, con pecho o sin pecho siempre me apoyo, nunca me vio con desagrado. Jamás..."*

*Ri: "...Igual, platicamos mas, estamos mas unidos..."*

En un *primer tiempo* la *reacción de los hijos* ante el diagnóstico de cáncer en un 64% fue de apoyo en el tratamiento, sin embargo un 27% se mostraron tristes, preocupados, temerosos, con cierta inquietud.

*Cn: "...siempre me han apoyado todos mis hijos, a mi hija sí le afectó ya que cuando me daban las quimioterapias hasta el pelo se le caía. ella es soltera siempre estuvo con depresión, y depresión y estuvo muy mal, siempre ha estado muy mal de hecho..."*

*Ma: "...Los hijos no son lo que uno a veces espera al divorciarme batallé con dos de ellos, la niña es de mi pareja actual. El mas grande agarró el vicio de la tomada pero de repente si se frena o es mas cariñoso y el mas chico es con el que tengo mas problemas, es muy rebelde, él me abrazó y lloró. Pero como me ven bien, creen que es mentira y ando desvelada porque ayer fui a la delegación a sacarlo por vago, han sido ya varias veces..."*



En el momento actual del paciente la reacción de los hijos fue de mayor confianza y cierta tranquilidad.

*Ma.Ea: "...Yo los ví tranquilos yo siempre hice un esfuerzo diciéndoles, no va pasar nada. Es una operación, a lo mejor no es necesario que me quiten el pecho y si es necesario pues que lo hagan o que quieren que me muera? Me dijeron No mamá cómo crees? Entonces les dije a bueno, entonces hay que echarle ganas. Siempre les transmito ver las cosas con calma y ser positiva agregó la paciente...."*

*Después de la mastectomía las pacientes se imaginan que las perciben sus parejas, algo desesperados por la espera de las quimioterapias, además de mostrarse distantes sexualmente, las devaluaron o les costó tiempo en reajustar sus actividades sin ellas, ésto fue en un 41%*

*R.I: "...Si se mortificó mucho, se le notaba en la cara, preocupado, luego ya después era algo desesperado, casi siempre se le hizo muy pesado de estarme viendo todos los días ayudándole en el negocio y luego ya no verme ahí, si le pudo, se le notaba en la cara de mortificado y no ya después ya se acostumbró..."*

*La: "...El normal, yo era la que de primero me le escondía mucho, no quería que me viera, ni cuando se me cayó el pelo tampoco, no me quitaba la peluca ni para dormir, no quería que me viera, hasta hace poco lo superé yo creo, ya tiene 5 años de esto, a los 4 años y medio que ya me sentí bien, en un primer momento después de la cirugía no me sentía bien, me ayudaba su hermana para cambiarme, para bañarme, para mis curaciones era su hermana o mi hermano.."*

*Blc: "...El normal, yo soy la que siento feo que él me vea así sin ropa, porque a veces tu te acuerdas de cómo lo hacías antes, bonito sin nada, y ahorita no, no puedo hacerlo desnuda, no es lo mismo y a lo mejor digo ya no va a ser el mismo deseo de él..."*

Después de la mastectomía las pacientes se imaginan que las *perciben sus parejas* en un 47% igual, fuertes.

*Msa: "...Igual claro me trata con mas cuidado, no pienso que haya cambiado yo lo siento igual, de hecho, no suspendí mi vida sexual activa, solo unos 20 días.él no habla de sus sentimientos, es muy reservado..."*

*Ca: "...Igual, fuerte.."*

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:

En el momento del diagnóstico, las *estrategias* de Afrontamiento predominante en un 43% fue en una ansiedad y preocupación ansiosa, otras más una pasividad y resignación pasiva, otras pacientes tomaron distancia y negaron de lo que estaban afrontando.

*Py: "...En el momento de mi diagnóstico me sentí muy enojada porque si me lo hubieran detectado antes en mis chequeos la sospecha de cáncer no hubiera sido tan drástico, lo que me pasó. A casi dos años de operada para mí empieza lo difícil porque me cambian de doctor y me dice que es posible haya daño hepático sin revisar el expediente, ya pasaron otros 6 meses y me repite lo mismo y me mandó hacer un estudio especial, pero no sirve el aparato. Tengo mucho coraje porque somos seres humanos no animales para que nos traten así, alguien que llegó a dar una plática en el grupo de autoayuda le pregunté qué podía hacer? Y me dijo encomiéndose a Dios y no falte a las citas. Si llegara ser cáncer no me voy a internar, porque si me hubieran atendido desde hace 9 meses usted cree que estuviera así? Es lo que no me cabe en la cabeza. Pareciera que en el sector público seguimos igual!! Me da coraje porque si hablo con las compañeras del grupo me dicen que así es el sistema y por esa forma de pensar nos vamos a ir todos a la fregada por respetar el sistema. En lugar que nos apoyáramos. Que de verdad fuera un apoyo, vamos a ver que fuéramos todas juntas a ver que podemos hacer por ti, pero no, entonces a veces ya no quiero venir por ese motivo y dejo de venir. Yo me levanto...[La paciente empieza a llorar] porque quiero*

*seguir viviendo, tengo una vida muy bonita, en esta época. Soy autosuficiente, me mantengo sola. Tengo mi casa para mí. Hago lo que quiero..."*

En el momento actual de las pacientes, las *estrategias* de Afrontamiento son más instrumentales, predominando en las pacientes en un 35% el control emocional ya que referían ponerse en las manos de Dios para sobrellevar todo. Buscar apoyo social, y el enfrentamiento de lucha activa en un 25%.

*Ma.An: "...hay que luchar y como te dije a cada momento Darle gracias a mi Dios Padre porque si nos da lo bueno, nos da lo malo y hay que aceptarlo igual..."*

*Ge: "... Yo pues tengo mucha fe en Dios, yo me pongo en las manos de él y él sabe lo que hace, esto que me hicieron a mí, pues fijese que yo lo tomé como, Si Dios me lo mando ...hay que resignarnos y hay que tener fe en Dios..."*

*Ba: "...Me pongo en las manos de dios y el es el unico que me da fortaleza para todo. Yo pienso que todo es de el. Que me puso la enfermedad pero a la vez la tranquilidad para ir sobrellevando todo..."*

*Py: "...Recurro a Dios. Hablo con él todos los días, fijese que él me preparó desde antes después de que se fue mi esposo, yo me acerqué mucho a Dios, me fortaleció mas. Todos los días hablo y reflexiono con él y en segunda instancia les cuento a mis hijos..."*

## SOPORTE SOCIAL:

En un *primer tiempo*, respecto a si iban *solas o acompañadas al recibir el Dx.* de cáncer, el 57% se encontraban solas y un 43% acompañadas.

*B1c: "...Venía sola, y sentí que me echaron agua bien caliente encima, fue muy pesado para mí porque no lo esperaba, ya me había hecho el papanicolau y salí bien, yo venía a un eco de pecho simplemente, en el eco vieron sospechas y ahí mismo me mandaron a la mamografía y confirmaron que era cáncer. Llegué con mi mamá deshecha y ella se desmayó, porque no se lo esperaba..."*

Durante la cirugía, En un 70% las pacientes se encontraban acompañadas por su familia incluyendo a hermanos y sobrinas en la cirugía, en un 30% las sólo las acompañaban hijas.

*R.1: "...Mi papá, mi mamá, mi esposo y mis hijos..."*

Después de la mastectomía las pacientes recibieron apoyo en un 53% de una de sus hijas, un 33% de su familia extensa, así como del apoyo recibido en algunos casos por vecinas y un 14% del esposo.

*Ba: "...De mis hermanas, mi mamá y mi hija, de hecho ahorita he estado viviendo con mi mamá..."*

*Ea: "...Yo trato de mejorar pero no puedo porque no tengo el apoyo de mi esposo, ni de mi familia, aun cuando tengo muchos hermanos. El actualmente me busca pero siento mucho coraje, porque él metía a una muchacha y yo tirada y me di cuenta, además uno de mis hijos también la vió. Y si yo estaba bien mala porque hace eso, yo estaba recién operada..."*

En tiempo presente la mayor parte de las pacientes se mueven solas respecto a citas subsecuentes.

*Ja: "...Mi familia me acompañó en la primera cirugía pero ya después como que ya se acostumbro todo mundo, es que he sido siempre muy independiente en cuestión de ir al hospital también me gustaba más ir sola, ni con mi esposo. Entonces como que ya los acostumbre pero en la segunda cirugía grande pues si me sentí más sola. Me hice muy independiente y no quise que nadie se acercara a mi por no interferir en sus actividades personales. Percibo a mi familia que están como que psicológicamente conmigo pero físicamente no, pero están conmigo emocionalmente...."*

En el momento del diagnóstico la primer persona a la que recurrieron fue en un 86% al grupo de autoayuda, hijas, hermanas, amigas.

*Sa: "...Yo hablo con la foto de mi mamá. A veces esa es mi depresión, que a veces no pueden venir mis hijas y me digo pues es que ellas tienen sus compromisos, obligaciones tienen su familia, yo entiendo todo eso pero a veces si me siento sola, pero sería egoísta si yo quisiera nada más que estuvieran solo conmigo..."*

*Ma: "...Con mis hnas. O con una amiga, pero tengo dos caminos salir adelante o dejarme morir y opto por la primera, aún tengo cosas por hacer..."*

*Ma. Sjz: "...Con cristina mi hija mayor, porque mi esposo no. A veces me enojo y si le reclamo. A veces como que me ven sana y ya no se responsabilizan. Les digo que me ayuden tantito.*

*Ge: "...Ahí está una vecina mía que es la única que me pone mas atención y a ella le platico como me siento, que tengo ganas de llorar, ella me dice no se ponga así, no se vaya poner enferma. Ella me platica y me platica y ya se me van esos pensamientos. Recibo apoyo de mi familia cuando se acuerdan y cuando no pues no, eso es lo malo, pero tengo muy buenas vecinas, ahí por mi casa..."*

En el momento actual del paciente refieren *recurrir* en primer lugar al grupo de autoayuda en algunos casos y en otros sigue siendo un sostén su fe religiosa.

*Ca: "...Vengo al grupo de autoayuda, aún cuando tengo el apoyo de mi familia, sentía que me faltaba algo..."*

*Py: "...A Dios. Hablo con él todos los días, yo me acerqué mucho a Dios, me fortaleció. y en segunda instancia les cuento a mis hijos. Otro tipo de apoyo son con las compañeras de rayo de vida. Si saben escuchar. Ellas son pacientes..."*

*Ea: "...Venir al grupo de autoayuda es mi única salida y me distrae, pero cuando me siento deprimida "No recurro a nadie", usualmente siento mucha pesadumbre, no me quiero levantar y duro un día completo que me la paso acostada pero como no tengo recamaras, no tengo privacidad y a veces quiero estar sola, ando fastidiada y deseo que no me hablen y que me dejen sola..".*

*Ca: "...Vengo al grupo de autoayuda. En la casa tenía el apoyo de toda mi familia, pero yo sentía que me faltaba algo, a pesar de que estaba rodeada de atención me sentía como sola..."*

## CALIDAD DE VIDA:

En un *primer tiempo*, respecto a la *Calidad de vida* en un 91% las pacientes dejaron de hacer cosas que regularmente hacían, es decir, sí hubieron cambios en sus actividades de la vida diaria.

Ba: "...Ahorita sí porque está muy reciente la cirugía y el brazo lo tengo muy lastimado y no hago mucho esfuerzo. En realidad casi no me dejan hacer nada en mi casa. A veces me desespero..."

Ma.Ea: "...Si porque no me dejaban hacer nada, me enojaba porque no querían que levantara ni el plato en donde comía, les decía pero si es una simple operación, pero no fue cualquier operación, decía mi esposo. Pero no voy a estar aquí atendida y sentada, nada mas me fastidio. Con un plato que levante no va a pasar nada. Y si poco a poquito les ayudaba a recoger la mesa a limpiarla, hacer cualquier cosa porque siempre fui muy activa. No podía estar acostada..."

Ga: "...Hubo una temporada que me sentía muy cansada. Yo lo que quiero es calidad de vida y me enfrentaba que no tenía calidad de vida. El medicamento se me hacía muy fuerte. Me gustaba mucho caminar al ir de compras pero eso ha cambiado..."

En el momento actual de las pacientes reportan que de manera gradual han retomado el ritmo de sus actividades casi de la misma forma.

Ca: "...En un inicio sí pero ahora hago todo, bueno excepto cargar cosas muy pesadas, pero mis actividades son casi normales hago la comida o viajo en el microbús pero sí me cuido mucho mi brazo..."

Blc: "...Sólo al principio y ya después me sentí mejor y agarré mi ritmo normal..."

Ca: "...Al principio no me acostumbraba a usar esta otra mano y sí batallé al principio para retomar mis actividades. Pero ahora gracias a Dios he podido salir adelante."

Rl: "...me doy habilidad para afrontar mis cosas, tenía miedo hasta para salir, todavía me da miedo no me acostumbro a salir ni andar mucho afuera no, nada mas a lo que

*voy, luego me regreso, estoy muy metida en la casa, ya no es como antes, que iba y venía, pero me siento a gusto. Siempre hay mucho que hacer...”*

Después de la cirugía el 48% presentaron cambios en su patrón de sueño de manera irregular por efectos del tratamiento, un 30% no presentaron cambios en el sueño y un 22% solo por cuestiones posturales.

*R.I: “...Algunas veces sólo por cuestiones de postura, aunque siempre trato de cuidarme mucho mi brazo...”*

En el momento actual de las pacientes reportan que de manera gradual ha habido una mejor adaptación respecto a los efectos de la cirugía, y por ende han reportado menos malestar asociado en su patrón de sueño.

*Ba: “...Primero batallaba mucho para dormir pero ya estoy recuperando mi sueño, de vez en cuando si batallo pero después duermo muy bien. Algunas veces si me siento preocupada o estoy muy inquieta a veces como que no ordena uno sus pensamientos, pero ésto solo me pasa de vez en cuando....”*

Después de la cirugía, en un 65% presentaron cambios en su patrón de alimentación y un 35% no presentaron cambios.

*Lr: “...Un poco, incluí alimentos ricos en hierro como la espinaca, uva, jícama, pepino, licuado de pepino con brócoli...”*

En el momento actual de las pacientes, éstas reportan que cuidan más su alimentación.

*Sa: “...Si ya no como algunos alimentos. Pero procuro comprar verduras. Pero no todos estos productos le caen al organismo. Lo que si yo tomo mucho jugos de naranja, de zanahoria, de toronja, verduras, pollo, pescado. Yo cuido mucho mi alimentación, desde*



*antes que me enfermara siempre me he preocupado por mi alimentación. Desgraciadamente ahora por el cáncer de mama me han quitado muchas cosas , ya no consumo los lácteos pero si te tomo los productos de soya, chocolate, yogurt, chorizo..."*

#### **EVENTOS SIGNIFICATIVOS-TIEMPO PRESENTE:**

Como eventos significativos un 84% han sufrido alguna muerte o accidente de alguna persona significativa, disfunción en la relación de pareja, antecedentes de alguna tumoración. Un 16% el no asimilar el diagnóstico, haber tenido dificultades en el trámite de la incapacidad.

*Ea: "...La relación con mi esposo. Aún cuando a mí ya ni me afecta lo que me diga él. Yo no quiero nada más con él. Le sigo la corriente. Además traigo sospechas de cáncer en el otro seno a ver que me ven, la bolita la traigo debajo de la axila. \*Mi preocupación es si me vuelven a detectar en el otro seno..."*

*Ea: "... ya tenía muchos problemas; primero el 21 septiembre le cortaron la pierna a mi esposo, él es diabético y tuvo mala circulación de la pierna tuvo una úlcera varicosa, que se complicó y le dio gangrena por lo que le cortaron la pierna. El 10 de diciembre nació mi nieto antes de tiempo con agua en el pulmón, el 14 de enero falleció mi hermana la mayor de un paro cardíaco, luego en 21 abril mi hijo tuvo un accidente en su trabajo y le pusieron clavos y 21 puntadas, y el 8 de mayo me operaron a mí de cáncer de mama. A mi mamá, mi papá, a mi hermana la mayor y a mi otro hermano se murieron de paros cardíacos. Falleció otra hija por desprendimiento placentario que se complicó con hemorragia de páncreas..."*

*Ja: "...Mi hijo tuvo una fractura de cráneo por un golpe que me le dieron, ahorita ya salió de su problema, pero fue a mitad de mi tratamiento de quimioterapia, también viví*

*la muerte de mi amiga Elvira, el embarazo de mi nuera, La infección de una prótesis, la relación con mi esposo..."*

*Rl: "...yo andaba muy aprehensiva después de la muerte de Elvirita porque a ella y a mí nos operaron en la misma fecha, y me agarró una tos, un oncólogo me dijo no, no se sugiere, todos los organismos son muy diferentes. Pues Total estoy en las manos de Dios, que sea lo que Dios quiera, él sabe porqué hace las cosas...."*

### **TIEMPO PASADO**

*Ge: "...Mi esposo murió de un paro cardíaco. Y mi hijo murió de 28 años y él murió de cirrosis. De él es mi nieto que tengo y él que se me fue para el otro lado, ya que también se murió la mamá de él, ella murió de cáncer en la matriz. Primero mi nuera y un nieto mío, en tres meses se me fueron 3. Mi nieto que se le ahogó a mi hijo y luego la señora que se le murió de cáncer. En el momento en que se murió mi nieto estaba internada mi nuera y murieron casi juntos y mi hijo, ella murió en octubre y mi hijo murió en Diciembre. Entonces cuando se murió mi hijo me quería yo morir y tan linda gente que era también. Porque de todos era el que se preocupaba por uno, él era músico y agarró mas la tomada cuando se le murió la señora, eran botellas de vino, después murió mi suegro, y a los dos años murió mi esposo, murió su papá de él. Cuando murió mi suegro, murió un hermano mío, entonces se me cargó también. Entonces ya cuando murió mi hermano, al poco tiempo se puso malo, antes de que muriera mi esposo, se murió mi papá. ¡Cómo cree usted! Muchas pérdidas y hace dos años que murió mi hermano, porque fue mi segundo padre, él murió de cáncer de la próstata. Porque cuando yo estaba enferma era el primero que llegaba a mi casa y mira hermana aquí te traigo aunque sea tus juguitos, para que te los tomes, mira aquí te traigo tus verduritas para que te las comas. Se murió mi hermano y se acabó todo...."*

*Cn: "...Dios sabe como acomoda las cosas porque me tocó atender a una señora con la que trabajaba afectada de cáncer de mama y después seguí con mi esposo con cáncer de esófago. Cuando a mí me lo detectan pensé cáncer es igual a muerte...."*

*Ca: "...Mi hermana menor se desapareció y no sabemos nada de ella, hasta la fecha. Por lo que me siento Triste y preocupada. \*Mi hermana mayor falleció el día que mi mamá dio a luz a otro hermano, pero a ciencia cierta no saben mis hermanos de qué estaba enferma..."*

*Py: " ...Mi madre se fue al mercado y nunca mas regresó cuando tenía 5 años, mi papá era mamá y papá. -mi esposo fue un hombre vicioso -Pese a estarme checando medicamente no se me detectó a tiempo y necesité cirugía hasta que se me hundió el pezón y se veía el hoyo para adentro..."*

## CAPÍTULO V DISCUSIÓN

El objetivo consistió en describir las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama y su relación con la calidad de vida a un nivel de primera discriminación de los niveles de satisfacción de la vida. Como objetivos específicos se centró en conocer como se manifiesta el afrontamiento, la calidad de vida y cómo es la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida. A continuación se dará respuesta a lo encontrado en función de los objetivos propuestos.

Dentro de un corte longitudinal podemos ubicar en una línea del tiempo imaginaria los antecedentes antes del diagnóstico, lo que pasa en el momento del diagnóstico, cirugía, efectos de la mastectomía, y en un corte transversal en el momento actual que vive el paciente. Esto se describirá más a detalle en las siguientes líneas y apartado.

Resultó significativo en la muestra que a pesar de valorar la situación del diagnóstico de cáncer de mama como difícil y grave emplean un enfrentamiento de lucha activa en el momento actual del paciente y esto coincide en todas las participantes ya mastectomizadas, el espíritu de lucha representa una postura activa que favorece la adhesión y participación en las decisiones médicas y lucha contra la enfermedad. Sin embargo el enfrentamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento y es así como se identificaron las estrategias de búsqueda de apoyo social, autocontrol y control emocional, predominando éstas en un segundo momento del tratamiento y favoreciendo el manejo de estados emocionales negativos.

Así como hay presencia de estrategias positivas también pueden ser empleadas estrategias negativas y en nuestra muestra las más usadas son: Ansiedad-Preocupación-Ansiosa, Pasividad-Resignación-Pasiva y Huida-Distanciamiento. Estas últimas fueron manifiestas en un primer momento a partir del diagnóstico de cáncer, debido al impacto psicológico de la enfermedad.

En comparativa con otros estudios, hay un Impacto psicológico con sólo escuchar la palabra cáncer generando reacciones negativas diversas, ansiedad e irritabilidad. Esto coincide con lo referido por Holland en que algunas de las repercusiones psicológicas en el paciente diagnosticado de cáncer es la puesta en marcha de una serie de percepciones negativas en las que se desarrolla toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, dependencia, deformidad, incapacidad, alteración de las relaciones interpersonales, dolor, desvinculación del entorno (Holland 1989) y éstos datos coinciden con lo encontrado en nuestra muestra de estudio en donde predomina el 74% de las pacientes asociaron cáncer igual a muerte, sufrimiento, enfermedad incurable, enfermedad rara, todas ellas en una connotación negativa.

Fawzy (1996) reitera que en el momento del diagnóstico se produce un fuerte impacto emocional apareciendo reacciones como la negación, rechazo fatalista, depresión o la hostilidad, como respuestas psicológicas ante la enfermedad.

Los pensamientos y sentimientos en un primer tiempo o al momento del diagnóstico fueron predominantemente negativos cambiando a lo largo del proceso a ser estrategias más instrumentales para el paciente.

Otros estudios, según Kelison (2002) refieren que el afrontamiento al cáncer de mama tiene una interpretación religiosa y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural, mostrando un afrontamiento con matiz religioso. Ello coincide la fuerte interpretación religiosa de las pacientes participantes en la investigación del grupo de Autoayuda. Gall y Cornblad encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que las pacientes hagan una interpretación de su situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal (Gall&Cronblad, 2002).

Las estrategias que utiliza un paciente para afrontar su situación son además un buen predictor del modo en que el sujeto va a responder en la evolución del mismo padecimiento y del tipo de ajuste o adaptación psicosocial, esto sin duda tiene una repercusión en la calidad de vida del paciente.

En relación a conocer como se manifiesta la calidad de vida en nuestra muestra, cabe mencionar que los tres niveles de satisfacción más altos se ubican en: **Habilidades funcionales, Integración Social y satisfacción con la vida.** En un parámetro subjetivo los tres componentes más valorados por el grupo de Autoayuda de la Calidad de vida son:

1.-Tener buena salud, 2.-Poder valerme por mi mismo, 3.-Mantener buenas relaciones familiares y sociales.

Comparando los tres niveles de satisfacción más bajos con los tres componentes más valorados de la Calidad de vida, la dimensión de Actividad y ocio [AO], es decir, nivel de actividad diaria [AO], coincide con el segundo componente más valorado que es el poder valerse por sí mismo.

La dimensión de Salud coincide con el primer componente más valorado que es tener buena salud, siendo ésta amenazada por vivir la experiencia de enfermedad.

La dimensión de Calidad ambiental [CA], coincide con el tercer elemento más valorado de la calidad de vida de mantener buenas relaciones familiares y sociales.

La tendencia de los resultados de la investigación nos hace interpretar que más que referirse aspectos objetivos de la vivienda se refiere aspectos subjetivos de la vivienda aludiendo a lo importante de mantener buenas relaciones familiares y sociales. Es así como la relación entre las estrategias de afrontamiento casi en un 70% manifiestan un modo de afrontamiento adaptativo [Esto es un afrontamiento positivo y preferentemente positivo] que favorece al ajuste a la enfermedad articulando una relación con la calidad de vida autovalorado por las pacientes como alta, como criterio subjetivo.

La hipótesis planteada fue que todas las estrategias de afrontamiento están correlacionadas con las dimensiones de calidad de vida a lo que

podemos decir que no se comprobó una correlación con todas las dimensiones de cada uno de los instrumentos usados.

Es decir sólo se encontró correlación con las siguientes dimensiones:

1. Estrategia de Autocontrol y control emocional [ACE] con Integración Social [IS] sig. bilateral  $r=0.006$ , y una correlación de Pearson de  $[.552^{**}]$ .
2. Correlación negativa de la Estrategia de Ansiedad y Preocupación ansiosa [APA] con Habilidades Funcionales [HF] sig. bilateral  $r=0.045$ , y una correlación de Pearson de  $[-.421^*]$ .
3. Correlación negativa de la Estrategia de Ansiedad y Preocupación ansiosa [APA] con Actividad y Ocio [AO] sig. bilateral  $r=0.006$ , y una correlación de Pearson de  $[-.557^{**}]$ .
4. Correlación inversa entre la variable de Calidad Ambiental [CA] con Búsqueda de Apoyo Social [BAS] la cual sig. bilateral  $r=0.032$ , y una correlación de Pearson de  $[-.448^*]$ .
- 5 Correlación inversa entre la Estrategia de Huida y distanciamiento[HD] con calidad ambiental [CA] la cual sig. bilateral  $r=0.009$ , y una correlación de Pearson de  $[-.533^{**}]$ .

Una de las variables fundamentales correlacionadas a un buen ajuste o adaptación psicosocial es el soporte social, según Harrison y Maguirre (1994), los factores sociales pueden influir en una alteración psíquica como: bajo estatus socioeconómico, problemática conyugal, acontecimientos vitales de carácter adverso recientes, escasos apoyos familiares o sociales y escasa o nula práctica religiosa. Otros estudios reiteran que los pacientes con mayor apoyo social refieren menos ansiedad y depresión y mejor calidad de vida en



cuanto a la salud mental, independientemente de las variables demográficas y médicas (Barroilhet, 2005).

Llama la atención que las pacientes en un 57% iban solas cuando recibieron el diagnóstico de cáncer. Durante la cirugía, en un 70% las pacientes se encontraban acompañadas por su familia incluyendo a hermanos y sobrinas. Después de la mastectomía las pacientes recibieron apoyo en un 53% de sus hijas y un 33% de su familia extensa.

La primer persona a la que recurrieron fue en un 86% al grupo de autoayuda, hijas, hermanas, amigas aunado a su fe religiosa.

La reacción del esposo ante la necesidad de cirugía en un 62% fue de negación ante la gravedad del diagnóstico, siendo progresivo su aceptación y apoyo.

Finalmente en comparativa con otros estudios, respecto al perfil sociodemográfico encontramos que los factores de riesgo epidemiológicamente identificados son similares a las de otros estudios en donde se refiere que la edad entre los 50 y 60 años, es un parámetro de riesgo ya que aumenta de manera importante la incidencia de padecer cáncer de mama, en esta edad las mujeres se encuentran en la etapa de la perimenopausia y/o menopausia que las hace mas vulnerables a éste padecimiento Vogel (1999).

Respecto a la mastectomía contralateral profiláctica como medida preventiva, encontramos en otras investigaciones que no se ha demostrado un beneficio

en la supervivencia con la mastectomía del otro seno. Y que el riesgo de que el cáncer se propague del seno original a otros lugares del organismo con frecuencia supera el riesgo de que aparezca cáncer en el otro seno (Tuttle, 2007).

Acerca de la prevalencia del cáncer en la historia familiar la experiencia de vivir de manera directa o indirecta una enfermedad crónica y/o terminal, tiene un impacto que afecta diversas áreas de la vida, como en el estado emocional, relaciones sociales, calidad de vida, hábitos, según (Bloom, 2000). Tal es el caso de nuestra muestra en la que algunas pacientes estuvieron atendiendo a personas muy cercanas en la fase Terminal, debido a estas experiencias previas. De ahí la coincidencia con Bloom en la que plantea que tiene un impacto que afecta diversas áreas.

Pensando en la historia individual, otro riesgo encontrado en la literatura es el haber padecido un tumor benigno Vogel (1999). En este rubro algunas pacientes refirieron como antecedentes al diagnóstico de cáncer de mama, haber padecido en otra etapa de la vida, adolescencia y juventud, tumores benignos axilares, mamarios, coronarios, disparando aún más el temor a un segundo diagnóstico de cáncer.

En cuanto al acercamiento del diagnóstico confirmatorio del diagnóstico de cáncer : diversas investigaciones plantean la existencia de ciertas barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama, un estudio importante es el de (Nigenda, 2009) realizado en una comparativa en el Distrito Federal y

Oaxaca, éstos son la falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno a la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para la consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más que pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención. (Nigenda, 2009).

En nuestra investigación encontramos como constante un diagnóstico de fibrosis o indicaciones innecesarias como fomentos de agua caliente, cuando era una tumoración maligna, ambas situaciones terminaron aplazando la atención y tratamiento requerido, esto pudiera considerarse según Nigenda como una barrera al diagnóstico temprano de cáncer.

A éste respecto en el artículo consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía, el 79% de las entrevistadas fueron prevenidas con respecto a la intervención quirúrgica de que iban a ser objeto, el 21 por ciento restante fue operada aparentemente sin previo aviso. A su vez, mientras el 71 por ciento de las pacientes informaron haber conocido el diagnóstico antes de la mastectomía, en general advertidas por el médico o alguna enfermera, el 21 por ciento se enteró de su mal luego de la mastectomía y el 8 por ciento restante ignoraba la naturaleza exacta del mal en el momento de la entrevista, ya que nadie le había informado al respecto, hecho que, en algunos casos, parece obedecer más bien a una negación neurótica de su situación, al extremo que no siguieron con el tratamiento alegando encontrarse en perfecto estado de salud (Claudet y Saborío1985).

Algunas de las ventajas de emplear los dos abordajes Cualitativo y Cuantitativo es sin duda el enriquecimiento de sumar datos cuyos parámetros son cuantitativos con los cualitativos escuchando la subjetividad del individuo para conocer de manera integral al paciente. Es decir sumar un corte longitudinal y transversal en la línea imaginaria del tiempo, con el fin de conocer en qué momento del proceso de encuentra la paciente.

Refiere Kathleen Stassen (2001), que el proceso de vivir es tanto un arte como una ciencia, con episodios de amor de dolor y de recuperación que se entrelazan en el tapiz único de cada persona.

El proceso de enfrentar el cáncer de mama es un suceso vital en la que podemos inferir una lógica evolutiva y dinámica en función de la evaluación cognitiva que hace el sujeto de acuerdo a sus motivaciones, compromisos, creencias, expectativas conformando el tipo de afrontamiento, implicando aquí esfuerzos conductuales y cognitivos ante las demandas externas como internas. Los lazos sociales, el contacto social significativo, la pertenencia a una red social, el apoyo personal son ingredientes facilitadores para un ajuste o adaptación psicosocial del enfermo preservando una mejora en la calidad de vida durante el tratamiento médico.

Dentro de un corte longitudinal podemos ubicar en una línea del tiempo imaginaria los antecedentes antes del diagnóstico, lo que pasa en el momento del diagnóstico, cirugía, efectos de la mastectomía, y en un corte transversal en el momento actual que vive el paciente.

## CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*"Hay golpes en la vida, tan fuertes...  
Yo no sé golpes como del odio de Dios; como si ante ellos,  
la resaca de todo lo sufrido se empozara en el alma... Yo no sé"...*  
*"Los heraldos negros" de César Vallejo*

*El dolor cuando se acepta o se permite su expresión,  
y el duelo, cuando conduce a la recuperación,  
añaden sentido al nacimiento, al crecimiento y al desarrollo,  
así como a todas las relaciones humanas.*  
*Kathleen Stassen.*

Refiere Kathleen Stassen (2001), que el proceso de vivir es tanto un arte como una ciencia, con episodios de amor, de dolor y de recuperación que se entretajan en el tapiz único de cada persona.

El proceso de enfrentar el cáncer de mama es un suceso vital en la que podemos inferir una lógica evolutiva y dinámica en función de la evaluación cognitiva que hace el sujeto de acuerdo a sus motivaciones, compromisos, creencias, expectativas conformando el tipo de afrontamiento, implicando aquí esfuerzos conductuales y cognitivos ante las demandas externas como internas. Los lazos sociales, el contacto social significativo, la pertenencia a una red social, el apoyo personal son ingredientes facilitadores para un ajuste o adaptación psicosocial del enfermo preservando una mejora en la calidad de vida durante el tratamiento médico.

Dentro de un corte longitudinal podemos ubicar en una línea del tiempo imaginaria los antecedentes antes del diagnóstico, lo que pasa en el momento del diagnóstico, cirugía, efectos de la mastectomía, y en un corte transversal en el momento actual que vive el paciente.

Los antecedentes del diagnóstico más significativos de las pacientes dentro del perfil sociodemográfico es que todas tienen antecedentes familiares de cáncer y no se reconoce o se toma consciencia del factor de riesgo existente.

Pareciera haber una negación como mecanismo defensivo en pensar, aún con chequeos regulares, tan ajena la posibilidad a enfermar y esto dificulta la posibilidad de asimilar con mayor prontitud las acciones de tratamiento cuando se presente una enfermedad amenazante, aún más, cuando hay incidencia de antecedentes familiares de cáncer. Freud señalaba que pensar en la propia muerte es imposible por resistencias narcisísticas. En el fondo pareciera una reacción inconsciente el pensar que a uno nunca le va a tocar, no está registrado a nivel imaginario la posibilidad de verse a sí mismo enfermo.

Sabemos que hay mayor vulnerabilidad a padecer cáncer de mama, entre los 50 y 60 años, ya que éste es un parámetro de riesgo que aumenta de manera importante su incidencia. Sin embargo que pasa cuando habiendo chequeos regulares se topan con diagnósticos errados, o con aparatos diagnósticos en reparación y ello alarga el inicio no sólo del diagnóstico sino del tratamiento. Sin duda se dibuja un escenario más complejo.

En el momento del diagnóstico imperan pensamientos, creencias, emociones relacionadas con la muerte. Podemos inferir que las estrategias de afrontamiento son negativas empleándose la Negación, la Ansiedad y Preocupación ansiosa, Huida y distanciamiento. Y qué decir cuando refieren en un 57% que iban solas al momento de recibir el diagnóstico, la reacción entonces es de derrumbe o desplome. La primer persona a la que recurrieron según reportan las pacientes cuando se enteraron del diagnóstico fueron a sus hijas, hermanas, amigas, grupo de autoayuda, a los padres.

Hablar de la cirugía es considerar dos tiempos; el antes y después de la misma, resulta significativo que antes de la cirugía el afrontamiento era desde una trinchera mágico-religioso que les representó un sólido soporte social, dejándose en las manos de Dios. También es importante mencionar que las pacientes en el momento de la cirugía se encontraban acompañadas por sus familiares.

Refieren que lo más difícil fue asimilar no sólo el diagnóstico sino la cirugía, la cicatriz, [siendo en algunos casos el poder tocar la cicatriz después de 6 meses de la cirugía. Sin duda esto implica un duelo que habría que ayudar a elaborar], el enfrentar después de la cirugía la pérdida de movilidad del brazo y la necesidad de ejercitarlo para evitar complicaciones más dolorosas como el linfedema. Sin embargo esto impactó en el nivel de actividades que realizaban comúnmente.

Por otro lado una reacción común en los esposos antes de la cirugía era la creencia que en realidad no iban a requerir de la mastectomía, y que saldrían del hospital ese mismo día. Dificultándoseles asimilar la pérdida de la mama, en su mayoría del seno derecho y definir el cómo acompañar a sus parejas, esto más en una especie de negación requiriéndoles más tiempo para asimilar lo que estaba ocurriendo. Fueron las hijas las que asumen el lugar del primer apoyo después de la cirugía, aún cuando la media de hijos hombres es mayor, de 2.00 en comparación con la de mujeres de 1.39, sin embargo son las hijas de quienes reciben en primera instancia el apoyo después de la cirugía.

El momento actual que vive el paciente da cuenta de un movimiento en la percepción de la enfermedad conscientizadas de su vivencia después de la cirugía que el cáncer no es sinónimo de muerte sino la equiparaban como una

enfermedad crónica, como la diabetes, hipertensión, e incluso como una necesidad de hacer un alto en el camino de la vida y aprender del suceso vital, resignificando sus prioridades. Las estrategias de afrontamiento en el momento actual de las pacientes es predominantemente positivo, más que el empleo de estrategias negativas, enfrentando la experiencia de enfermedad en una lucha activa, empleando además estrategias como de búsqueda de apoyo social, autocontrol y control emocional.

Resultó interesante que sin haber propiamente una indicación médica, algunas pacientes insistieran en la mastectomía contralateral por prevención. Sin embargo hay estudios médicos que indican lo cuestionable de ésta medida preventiva ya que refieren menos probabilidades de que el cáncer se expanda de forma inmediata al otro seno.

Sin duda la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente.

Las correlaciones más importantes encontradas de las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida son las siguientes retomando las mismas con cierta cautela y reserva, sin embargo son datos descriptivos interesantes; como el *tener un autocontrol y control emocional puede favorecer una mayor integración social. Así como una mayor ansiedad y preocupación ansiosa puede disminuir el nivel de actividad, su frecuencia de actividades y su grado de satisfacción que le produce hacerlas.*



Además que *una mayor ansiedad y preocupación ansiosa disminuye el nivel de actividad en que ocupan su tiempo, la frecuencia de actividades y su grado de satisfacción que le produce hacerlas.*

Y por último que *a mayor calidad y mantenimiento de buenas relaciones familiares y sociales menos búsqueda de apoyo social.*

Es así como la relación entre las estrategias de afrontamiento casi en un 70% manifiestan un modo de afrontamiento adaptativo [Esto es un **afrontamiento positivo y preferentemente positivo**] que favorece al ajuste a la enfermedad articulando una relación con la calidad de vida autovalorado por las pacientes como alta, como criterio subjetivo.

Como **eventos significativos** un 84% han sufrido alguna muerte o accidente de alguna persona significativa, siendo una constante el historia de vida de las pacientes participantes.

Recomendaciones:

Debido a la morbilidad y ya no mortalidad de pacientes diagnosticados de cáncer en etapas tempranas, resulta indispensable pensar en la inserción del psicólogo en el equipo técnico-médico, *abordando interdisciplinariamente los retos y desafíos que conllevan el acompañamiento e intervención clínica con los pacientes de manera integral.* Entendiendo que la enfermedad y la salud no tienen una raíz puramente orgánica, y que las causas por las que se adquieren se encuentran entremezcladas con numerosos factores físicos, psicológicos y sociales (Álvarez, B. 2009)

Las intervenciones deben *incluir el soporte emocional en la enfermedad, información acerca de la enfermedad y su tratamiento, así como entrenamiento en estrategias de afrontamiento (Stanton, Collins y Sworowski, 2001).*

Por lo anteriormente descrito sería importante que el paciente *reciba el diagnóstico médico preferentemente acompañado de algún familiar o persona significativa para el paciente*, ya que éste último fungirá como soporte o amortiguador social y por ende favorecerá un mejor ajuste y adaptación psicosocial.

Es importante considerar también la *prevención respecto a la detección temprana del cáncer de mama, cuidando aspectos del diagnóstico, instrumental del diagnóstico y citas menos distantes.*

Así como la *Intervención Psicológica respecto al proceso de duelo en la paciente con cáncer de mama* y procurar una *lectura integral del paciente como sujeto bio-psico-socio-cultural* y *buscar ampliar la red social del paciente a partir del diagnóstico de cáncer.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alizade, M. A. (1996). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
- Alvarez, J. (2002). *Creencias, Salud y Enfermedad: Abordajes Psicosociales*. Editorial Trillas. México.
- Aresca Laura, Dora Birgin y Susana Blue. (2004). *Psicooncología: Diferentes miradas*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1ª ed.
- Austin, T.C. (2007). El cáncer de mama rompe tu vida y tú puedes reconstruirla. México: Trillas.
- Barroilhet D. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Escuela de Psicología Universidad de los Andes Santiago Chile
- Bayés Ramón. Psicología oncológica. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Cardona Huerta Servando.(2007). Cirugía Mamaria en el siglo XXI.México: Trillas.
- De la Garza G. F. Cáncer Guía para médicos, pacientes y familiares.(2006). México: Trillas.
- Die Goyanes A. Breve relato de la evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Cirugía española, vol.54, julio, núm.1,1993,pp.83-90.
- Die Trill M. (2003). *Psico-oncología*. España: Ades.
- Eysenck H.J. (1986). Inventario del estrés-personalidad y cáncer de pulmón Estrés y Cáncer. 1ª Edición. Madrid: Díaz de Santos.
- Feldman, S. Robert.(2006)Psicología con aplicaciones en países de habla hispana, 6ª Edición, Mc Graw Hill.
- Ferrero J. & Toledo A.M. (1995). Evaluación cognitiva y Afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama.
- Gil, R. N (2004) Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones.Ediciones Pirámide

- González, M.MT.(2004). Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Grassi, L., Rosti, F, Lasalvia, A. y Marangolo, M.(1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psychooncology* Vol.2 11-20
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo de Población y Vivienda 2000, Ags., Ags., INEGI, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, (2006). Mujeres y Hombres en México 2006. México. 10ª. Edición INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2007). Mujeres y Hombres en México 2007. México. 11ª. Edición INEGI.
- Laplanche, J. (2000). *La angustia. Problemáticas I*. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Lazarus S. R. (2000) Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Editorial Desclée De Broker.
- Lazcano-Ponce, et al., (1996). Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro. *Salud Pública de México*. Vol 38 No. 2, 139-152.
- Lipowski, Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in medicine*, 1(3), 91-102.
- López-Carrillo L., Bravo-Alvarado J., Poblano-Verastegui O. y cols., "Reproductive determinants of breast cancer in Mexican women", *Annals New Cork Academy of science*, 837:537, 1997.
- Maza, M.E., Vecchi E. (2008, 12 de diciembre). El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. *Salud pública de México*/vol.51 suplemento de 2009, de [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2009/.../23-movement.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2009/.../23-movement.pdf)
- Padierna, C. et al. (2004). Medida de las Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Oncológicos Paliativos: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*/ Vol. 21, Núm. 1, 2004 pp.15-27 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80527106.pdf> –

- Mohar C., Frias-Mendevil M. y Suchil-Bernal L., "Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México", *Salud Pública de México*, 39 (4):253, 1997.
- Moos, R.H. y Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes. En L. Goldberg y S. Breznit (Eds). *Handbook of stress:Theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
- Nieto M. J. (2004), *Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Mc Graw Hill Interamericana de España.
- Oblitas, L. A. et al. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: International Thomson Editores.
- Pisani P., Parkin D.M. y Bray F., "Estimates of the worldwide mortality from cancer en 1990", *Int. J. Cancer*, 83(1):18, 1999.
- Revista Latinoamericana de Psicología de Valencia, España/ vol.27, número 001, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia pp.87-102 de [http:// redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72716302.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72716302.pdf)*
- Ruiz, M.A. (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Anales de Psicología*, 21 (3).
- Schaie K.W, Sherry L. W. (2003). *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez*. 5ª Edición. España: Pearson.
- Sotomonte M.G. *Cancer Temas aislados* 616.994 S697c 19.
- Sontag, S. (1996) *La enfermedad y sus metáforas*. Ed Taurus. Buenos Aires.
- Velasco Ma.Luisa, J.F, Sinibaldi J. (2001 ). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México, D.F. Manual moderno.

# ANEXO I

[ANEXO FORMATO DEL PROTOCOLO ORIGINAL]

Nombre y apellidos:

Centro:

Fecha:

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR  Nunca  Algunas veces  Muchas veces  Casi siempre

Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
Prefiero olvidarme de lo que me ocurra y no pensar en ello.	0	1	2	3
Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
Creo que esta situación pasará pronto y vivire como antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
Creo que aunque supere esta situación, quedará muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

O  
P  
E  
A  
C



# CUBRECAVI

**NOMBRE Y APELLIDOS** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**EDAD** \_\_\_\_\_ **SEXO:**  Mujer  Varón

**ESTADO CIVIL:**  
 Soltero  Casado  Separado/divorciado  Viudo

**LUGAR DE RESIDENCIA:**  
 En la comunidad  En una residencia

**TELÉFONOS** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**CIUDAD / PROVINCIA** \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

- A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.
- Para contestar, sólo debe marcar con un aspa o cruz (X) la opción que más se ajuste a sus preferencias.
- Responda **TODAS** las preguntas, son breves y sencillas.
- Si necesita alguna aclaración no dude en preguntar al aplicador.



Autores: R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.  
 Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.  
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.  
 Impreso en España. Printed in Spain.

## SALUD

**1. ¿Se siente Vd. satisfecho con su actual estado de salud?**

Mucho  Bastante  Algo  Nada

**2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes dolores o síntomas?**

2.1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input checked="" type="radio"/> Muchas veces
2.2. Mareos o vahidos.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.3. Tos, catarro o gripe.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.4. Tobillos hinchados.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input checked="" type="radio"/> Muchas veces
2.5. Cansancio sin razón aparente.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.6. Dificultad para dormir.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.7. Flojedad de piernas.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.9. Palpitaciones.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.10. Dolor u opresión en el pecho.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.11. Manos o pies fríos.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces
2.12. Estar adormilado durante el día.	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input checked="" type="radio"/> Bastantes veces	<input type="radio"/> Muchas veces



2.13. Boca seca.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.14. Sensación de náusea o ganas de vomitar.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.15. Gases.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.16. Levantarse u orinar por las noches.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.17. Escapársele la orina.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.18. Zumbido de oídos.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.20. Picores en el cuerpo.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.21. Sofocos.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces
2.22. Llorar con facilidad.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Bastantes veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces

**3. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren las cosas que se preguntan a continuación.**

3.1. ¿Se siente deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
3.2. ¿Tiene problemas de memoria, como olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde ha puesto sus objetos personales?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
3.3. ¿Se desorienta o pierde en algún lugar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente

## INTEGRACIÓN SOCIAL

**4. ¿Dónde vive Vd.?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En mi propio domicilio (o en el de un familiar).   | <input type="checkbox"/> En una residencia de ancianos.  |
| <input type="checkbox"/> Vive Vd. solo o acompañado?<br><input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado | <input type="checkbox"/> Comparte su habitación de la residencia con alguien?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

**5. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con la persona con quien vive o comparte su habitación (en el caso de residentes)?**

- Satisfecho                       Indiferente                       Insatisfecho

**6. ¿Con qué frecuencia suele Vd. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?**

6.1. Hijos que no viven con Vd. en la misma casa.	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez a la semana <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez al mes <input type="checkbox"/>	Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/>	No tengo <input type="checkbox"/>
6.2. Nietos que no viven con Vd. en la misma casa.	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez a la semana <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez al mes <input type="checkbox"/>	Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/>	No tengo <input type="checkbox"/>
6.3. Familiares que no viven con Vd. en la misma casa.	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez a la semana <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez al mes <input type="checkbox"/>	Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/>	No tengo <input type="checkbox"/>
6.4. Vecinos o personas de la residencia.	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez a la semana <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez al mes <input type="checkbox"/>	Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/>	No tengo <input type="checkbox"/>
6.5. Amigos.	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez a la semana <input type="checkbox"/>	Al menos 1 vez al mes <input type="checkbox"/>	Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/>	No tengo <input type="checkbox"/>

**7. ¿En qué medida está Ud. satisfecho con la relación que mantiene con las siguientes personas?**

7.1. Su cónyuge.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.2. Sus hijos.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.3. Sus nietos.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.4. Otros familiares.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.5. Vecinos o personas de la residencia.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.6. Amigos.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

## HABILIDADES FUNCIONALES

**8. ¿Cómo considera Ud. que puede valerse por sí mismo?**

- Muy bien       Bien       Regular       Mal

**9. ¿En qué medida tiene Ud. dificultades para realizar las siguientes actividades?**

9.1. Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse...).

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

9.2. Realizar tareas domésticas.

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

9.3. Caminar.

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

9.4. Realizar tareas fuera de casa.

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

## ACTIVIDAD Y OCIO

**10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?**

Marque sólo una de las opciones.

- Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.).
- Realizo algunas actividades cotidianas normales (hago algunas gestiones, voy a la compra o al cine).
- Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
- Realizo actividades físicas regularmente varias veces al mes (jugar al tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
- Realizo entrenamiento físico varias veces a la semana.

**11. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?**

- |  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
| 11.1. Leer un libro o un periódico.                  | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.2. Visitar a parientes o amigos.                  | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.3. Ver la televisión.                             | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.4. Escuchar la radio.                             | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.5. Caminar.                                       | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.6. Jugar con otras personas a juegos recreativos. | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.7. Cuidar niños.                                  | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.8. Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto).  | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.9. Hacer recados o gestiones.                     | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.10. Ir de compras.                                | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11.11. Viajar.                                       | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |

**12. ¿Qué grado de satisfacción, en términos generales, tiene Vd. con la forma con que ocupa el tiempo?**

- Satisfecho                       Indiferente                       Insatisfecho

## CALIDAD AMBIENTAL

**13. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con los siguientes aspectos de la casa o de la residencia donde vive?**

- |  |                                     |                                      |                                       |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 13.1. El ruido / silencio.                       | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |
| 13.2. La temperatura.                            | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |
| 13.3. La iluminación.                            | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |
| 13.4. El orden y la limpieza.                    | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |
| 13.5. El mobiliario.                             | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |
| 13.6. Las comodidades (electrodomésticos, etc.). | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |

**14. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con su vivienda / residencia en general?**

- Satisfecho                       Indiferente                       Insatisfecho

## SATISFACCIÓN CON LA VIDA

**15. ¿En qué medida está Vd. satisfecho, en términos generales, con la vida?**

- Mucho                       Bastante                       Algo                       Nada

## EDUCACIÓN

16. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados que ha alcanzado Vd.?

Marque sólo una de las opciones.

- Menos de estudios primarios (No sabe leer).
- Menos de estudios primarios (Sabe leer).
- Estudios primarios completos.
- Formación profesional de 1º grado.
- Formación profesional de 2º grado.
- Bachiller elemental o E.G.B.
- Bachiller superior, B.U.P. o C.O.U.
- Estudios de grado medio.
- Estudios universitarios o superiores.

## INGRESOS

17. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

Marque sólo una de las opciones.

- Hasta 300 €.
- De 301 € a 450 €.
- De 451 € a 600 €.
- De 601 € a 900 €.
- De 901 € a 1.200 €.
- De 1.201 € a 1.600 €.
- De 1.601 € a 2.100 €.
- De 2.101 € a 2.700 €.
- Más de 2.700 €.

ANEXO II

## SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

18. ¿Con qué frecuencia utiliza Vd. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad o la residencia?

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

19. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

- Muy satisfecho       Bastante satisfecho       Algo satisfecho       Nada satisfecho

## IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

20. Como Vd. sabe, mejorar la calidad de vida de cada persona es un objetivo importante. ¿A cuál de los siguientes aspectos concede Vd. más importancia y es más determinante en su calidad de vida? Indique cuál es el primero, el segundo y el tercero más importante para Vd.

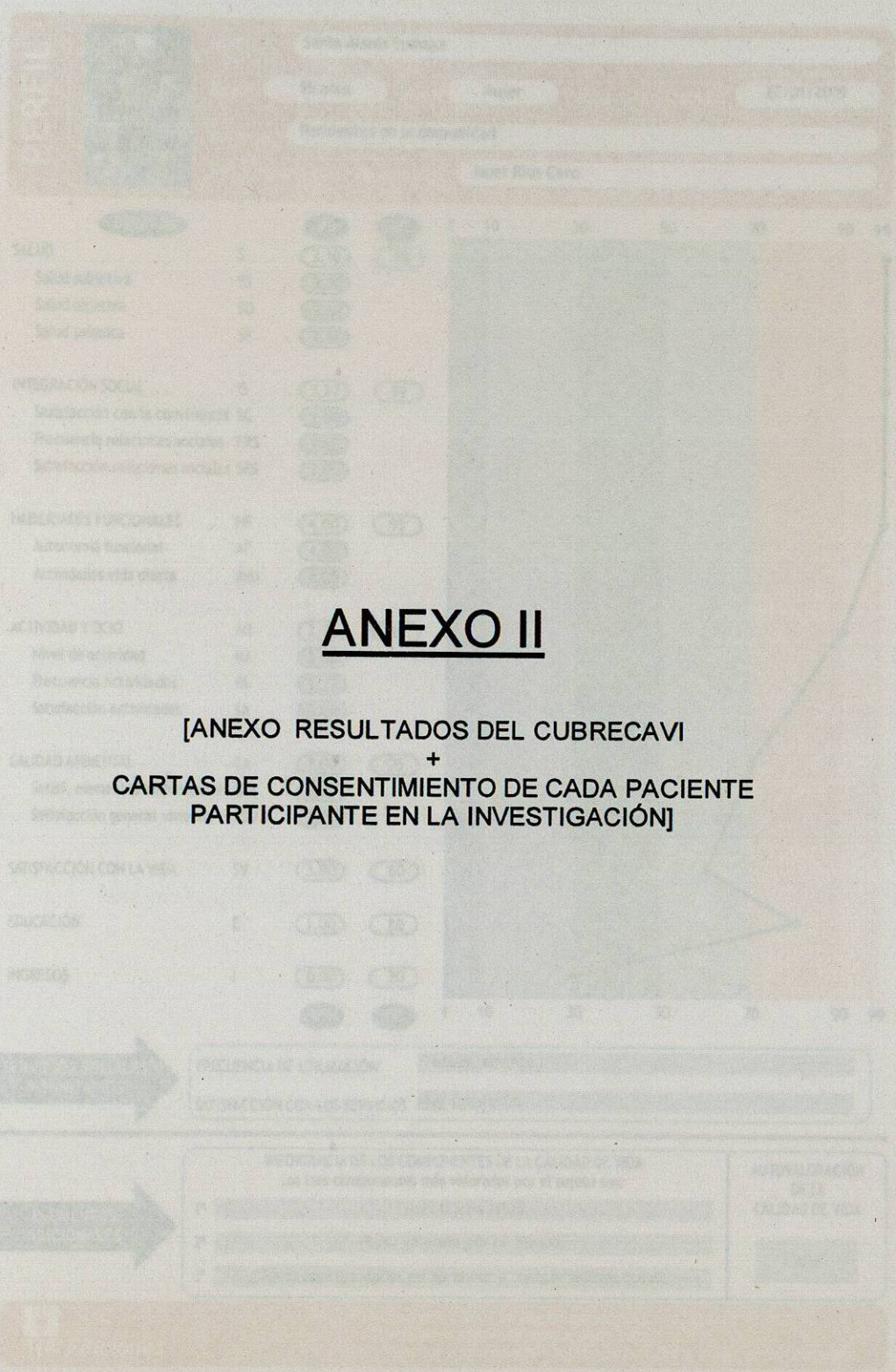
Anote en el recuadro de la izquierda el orden de importancia que le concede a cada aspecto (p.ej.: 1º, 2º, etc.)

- 20.1.  Tener buena salud.
- 20.2.  Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 20.3.  Poder valerme por mí mismo.
- 20.4.  Mantenerme activo.
- 20.5.  Tener una vivienda buena y cómoda.
- 20.6.  Sentirme satisfecho con la vida.
- 20.7.  Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
- 20.8.  Tener una buena pensión o renta.
- 20.9.  Tener buenos servicios sociales y sanitarios.
- 20.10.  Otras. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 20.11.  Ninguna.

21. ¿Cómo valora Vd. su propia calidad de vida?

- Alta       Media       Baja

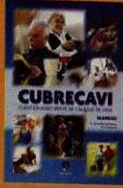
YA HA TERMINADO, MUCHAS GRACIAS.



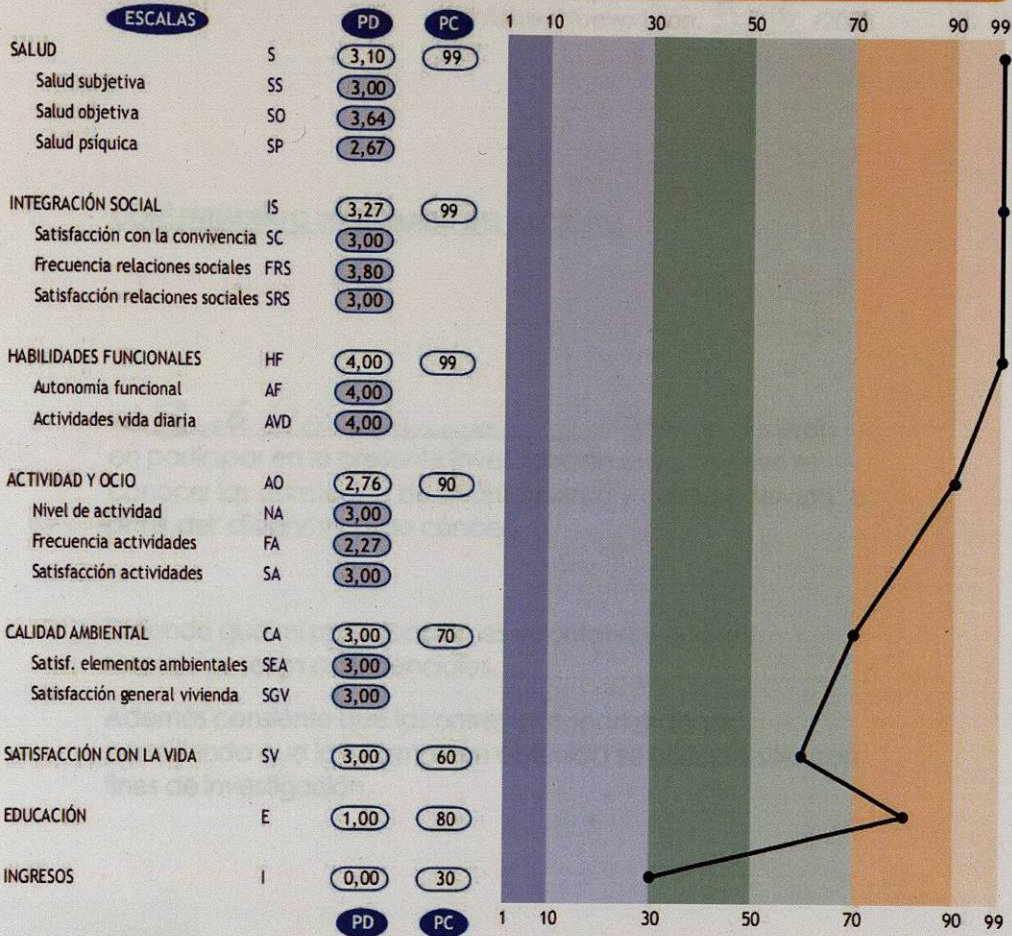
## ANEXO II

[ANEXO RESULTADOS DEL CUBRECAVI  
+  
CARTAS DE CONSENTIMIENTO DE CADA PACIENTE  
PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN]

**PERFIL**



Nombre: **Santa Alanís Sumaya**  
 Edad: **55 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Poder valerme por mí mismo.**
- 3º **Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.**

AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: **Alta**



Ediciones

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde [www.e-perfil.com](http://www.e-perfil.com)  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

Monterrey Nuevo León, 5 / 08 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**


YO Santa Alanís Sumaya Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

Santa Alanís Sumaya

Firma de consentimiento del paciente.



Firma del Investigador

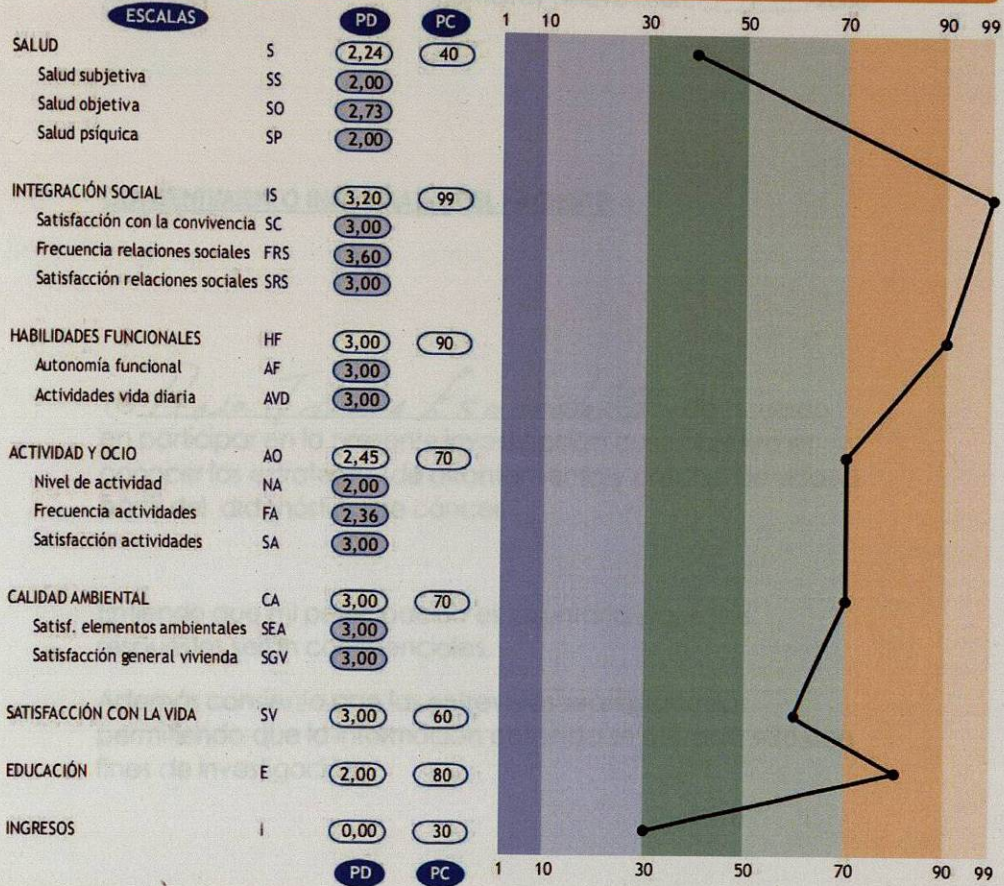
Lic. Janet Rios Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Rosa Idalia Escobedo García**  
 Edad: **59 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Bastante satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

1º	Tener buena salud.
2º	Poder valerme por mí mismo.
3º	Sentirme satisfecho con la vida.

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde [www.e-perfil.com](http://www.e-perfil.com)  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.



Monterrey Nuevo León, 7 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Rosa Idalia Esquivel Carina estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

Firma de consentimiento del paciente.

Firma del Investigador

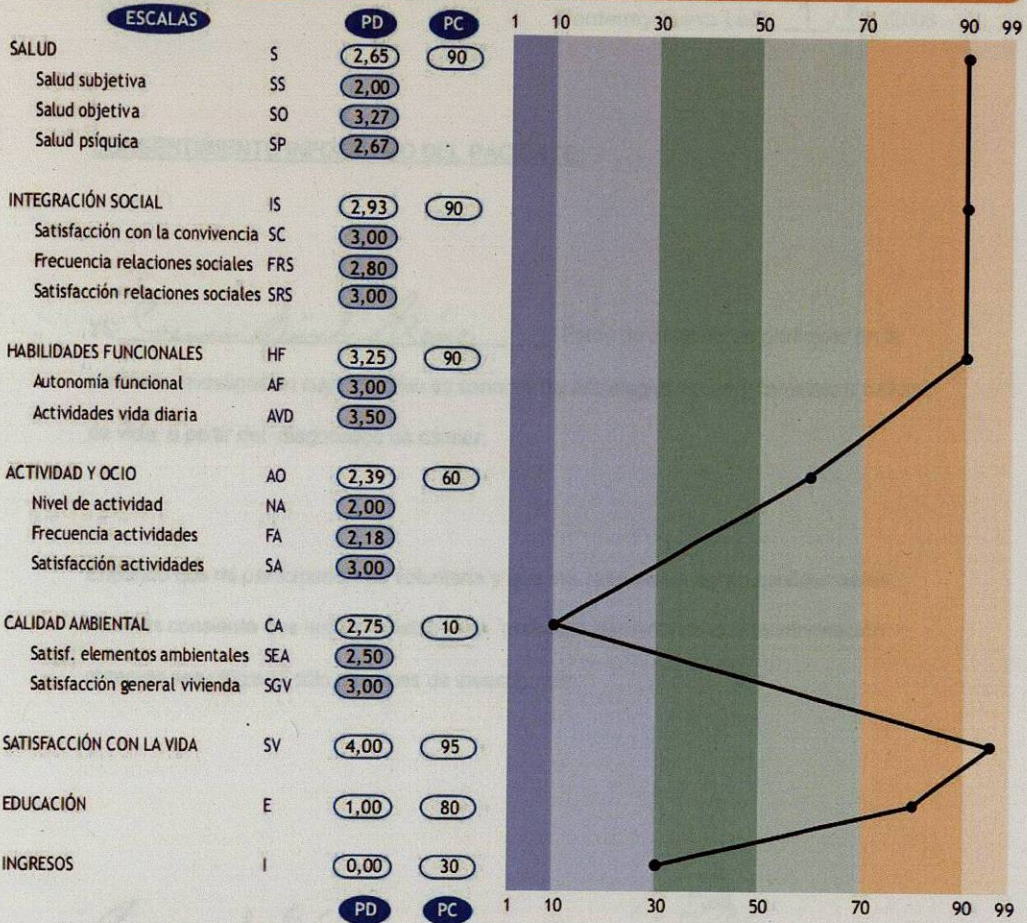
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Carmen Sánchez Gómez**  
 Edad: **62 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **19/04/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Bastante satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Poder valerme por mí mismo.**
- 3º **Mantenerme activo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde www.e-perfil.com  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

Monterrey Nuevo León, 9 / 06 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

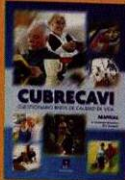
YO Carman Sánchez Gómez Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

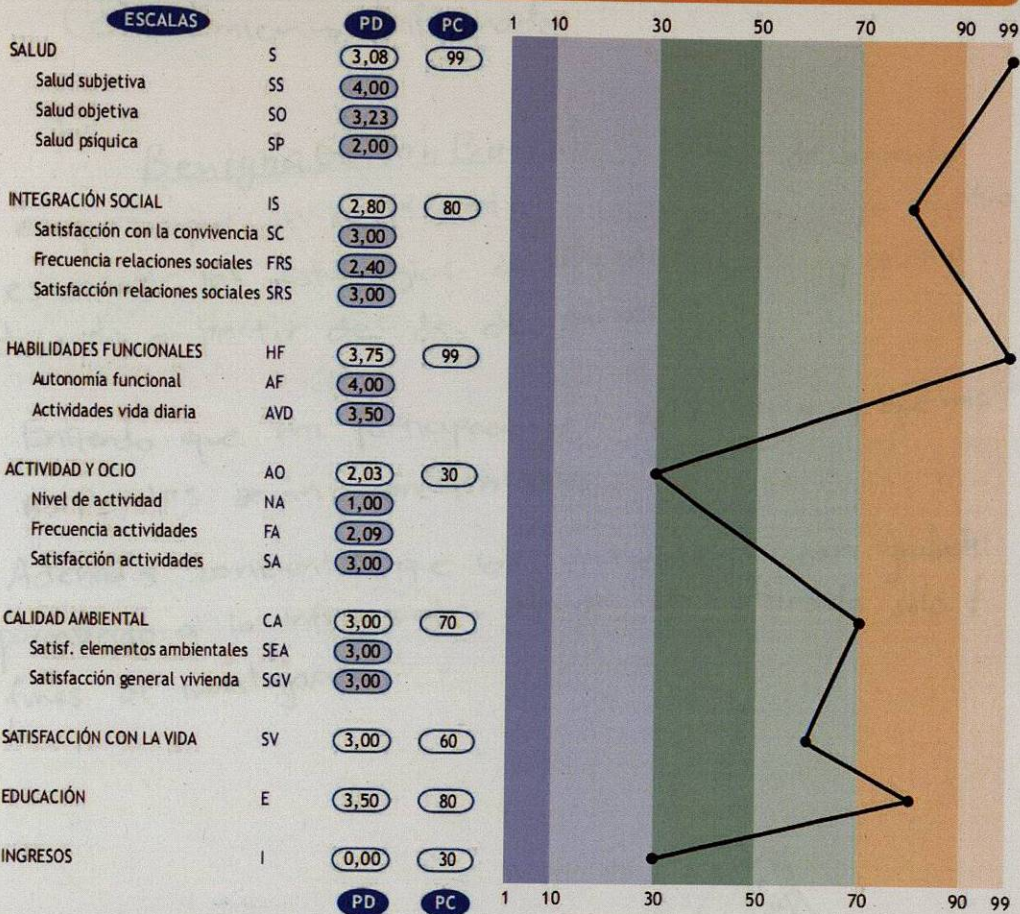
Carman S. Gómez  
Firma de consentimiento del paciente.

Janet Ríos Caro  
Firma del Investigador  
Lic. Janet Ríos Caro  
Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Benigna Galván Barrón**  
 Edad: **50 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Bastante satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3º **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**

Monterrey N.L. 5/08/08.

## Consentimiento Informado:

Yo Benigna Galván Barrón Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del dx. de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo q la información obtenida sea utilizada solo a fines de investigación.

Benigna Galván B.

Firma de consentimiento del paciente

Firma del Investigador

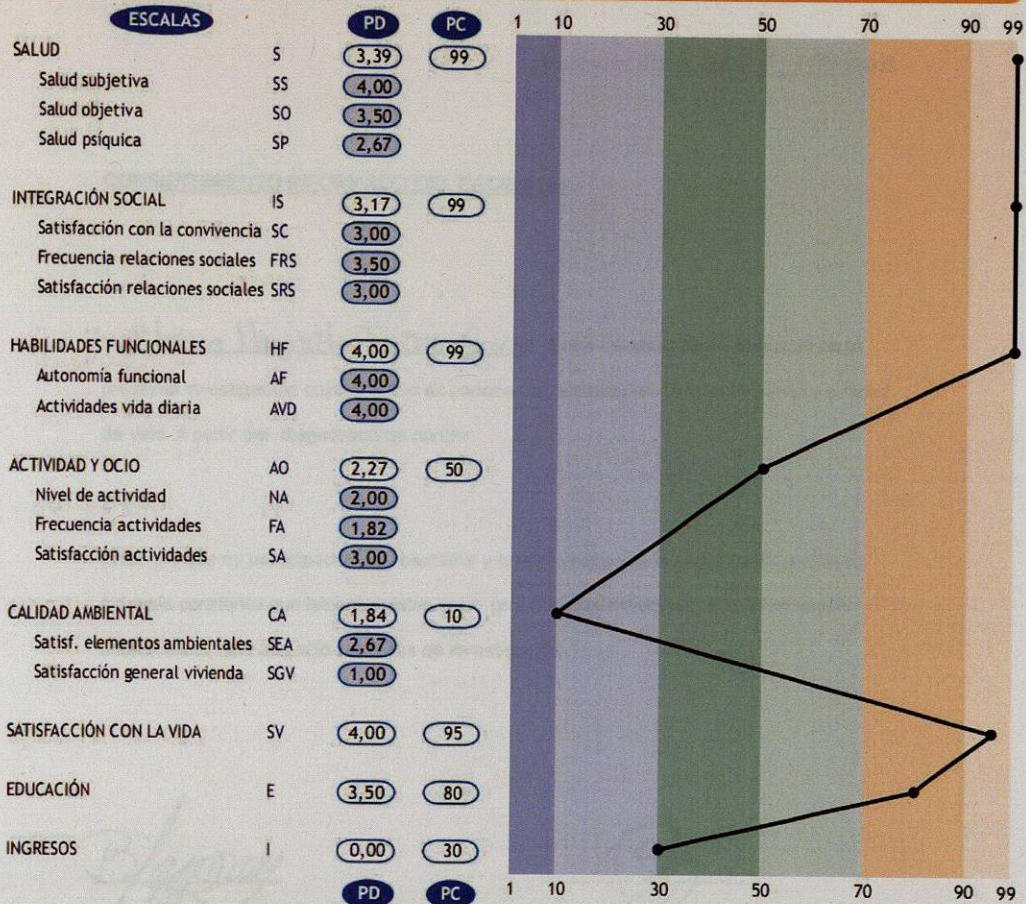
Janet Ríos

Ced. Prof. 4578258

**PERFIL**



Nombre: Blanca Margarita Treviño Garza  
 Edad: 38 años Sexo: Mujer Fecha de aplicación: 19/04/2009  
 Baremo: Residentes en la comunidad  
 Responsable de la aplicación: Janet Ríos Caro



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: Frecuentemente

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: Muy satisfecho

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º Tener buena salud.
- 2º Sentirme satisfecho con la vida.
- 3º Poder valerme por mí mismo.

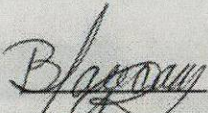
**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Media

Monterrey Nuevo León, 2 / 06 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

yo Blanca Margarita Treviño Garza Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.



Firma de consentimiento del paciente.



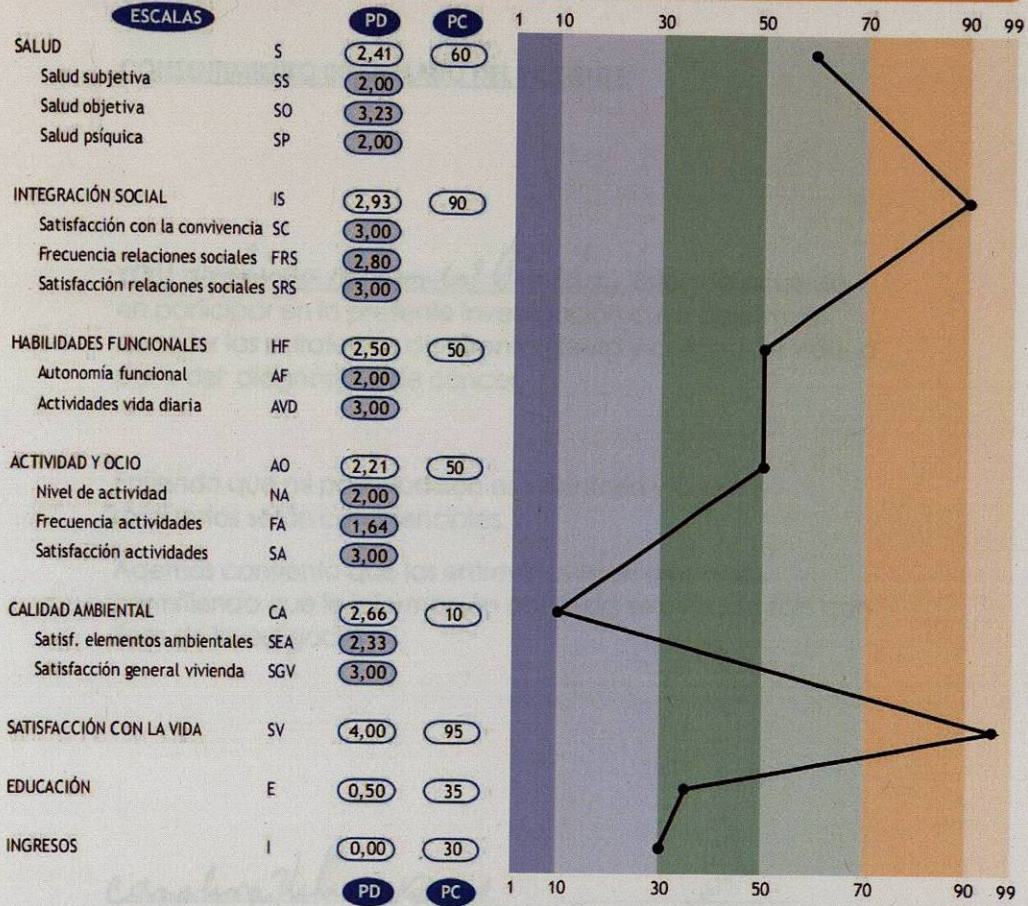
Firma del Investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258



Nombre: **Carolina Villarreal Pineda**  
 Edad: **75 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Bastante satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3º **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde www.e-perfil.com  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.



Monterrey Nuevo León, 7 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Carolina Villanueva Pineda Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

Carolina Villanueva Pineda

Firma de consentimiento del paciente.

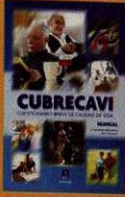
Janet Ríos Caro

Firma del investigador

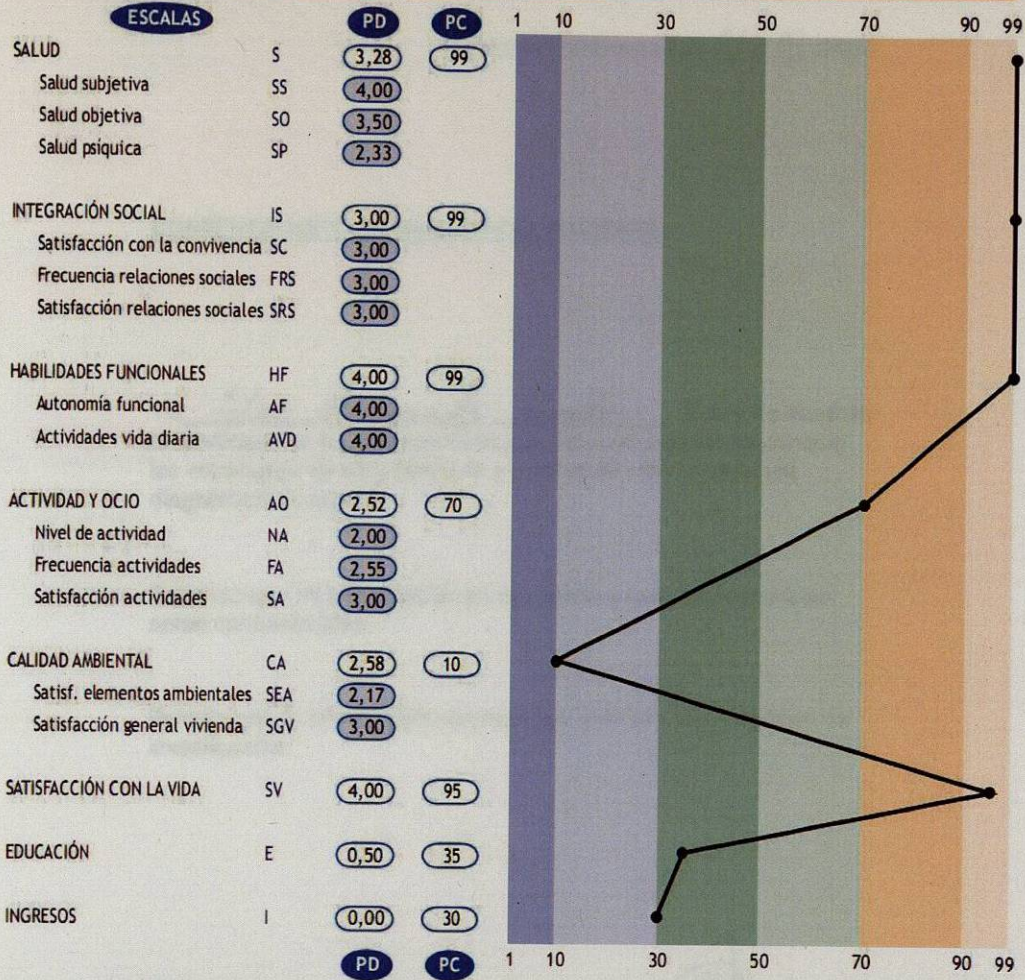
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Celsa Hernández Ovalle**  
 Edad: **56 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Ocasionalmente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Algo satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde [www.e-perfil.com](http://www.e-perfil.com)  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

Monterrey Nuevo León, 03 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Celia Hernández Prado Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

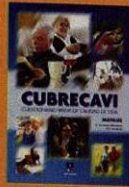
Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Permito que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.

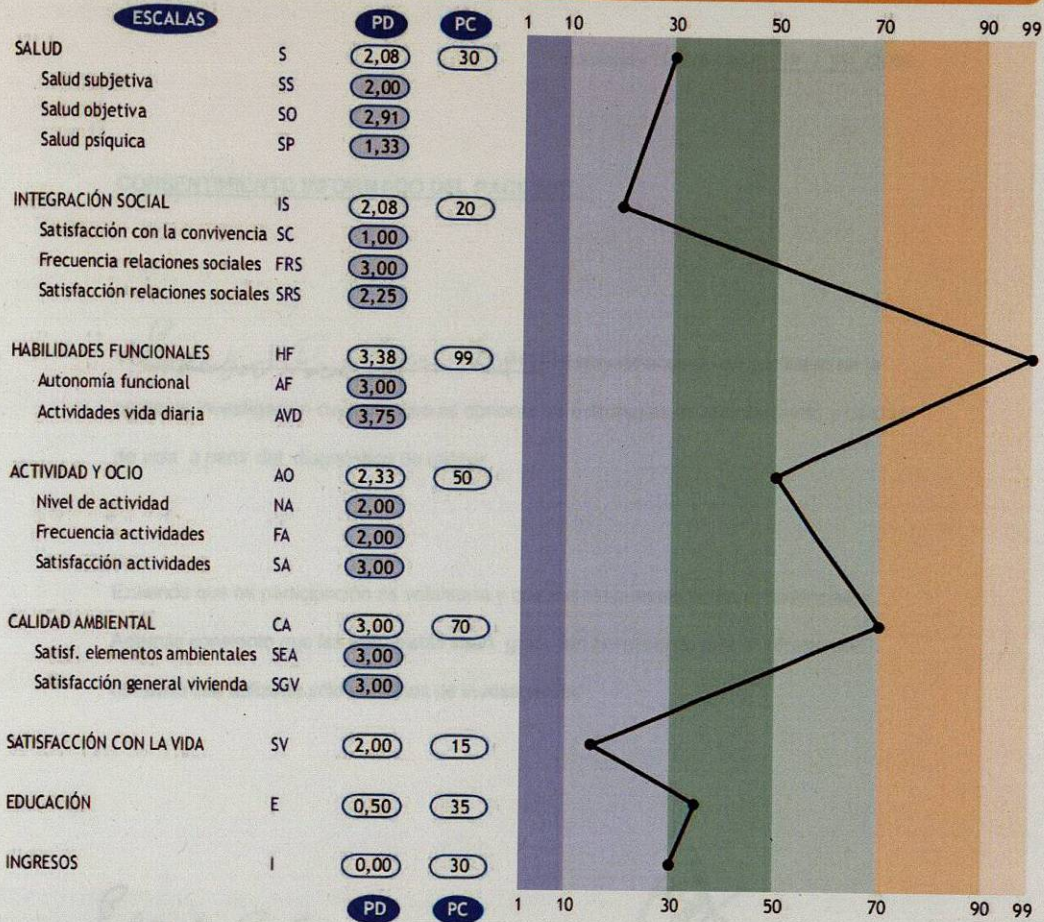
Celia Hernández O.  
Firma de consentimiento del paciente.

  
Firma del investigador  
Lic. Janet Ríos Caro  
Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Esperanza Cardona**  
 Edad: **50 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 2º **Tener buena salud.**
- 3º **Poder valerme por mí mismo.**

AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: **Media**

Monterrey Nuevo León, 16 / de /2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Esperanza Carolina Espinoza Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Esperanza Carolina

Firma de consentimiento del paciente.

Janet Rios Caro

Firma del Investigador

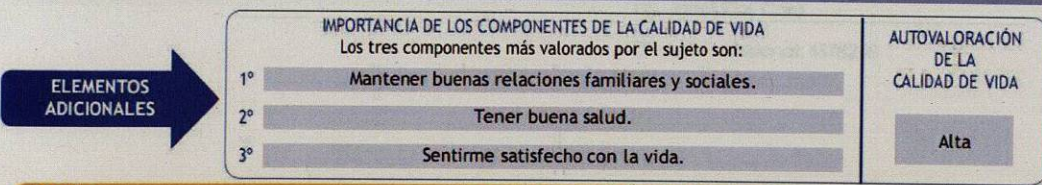
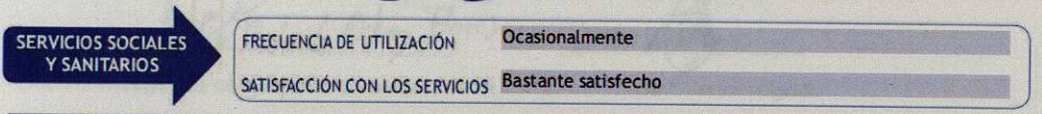
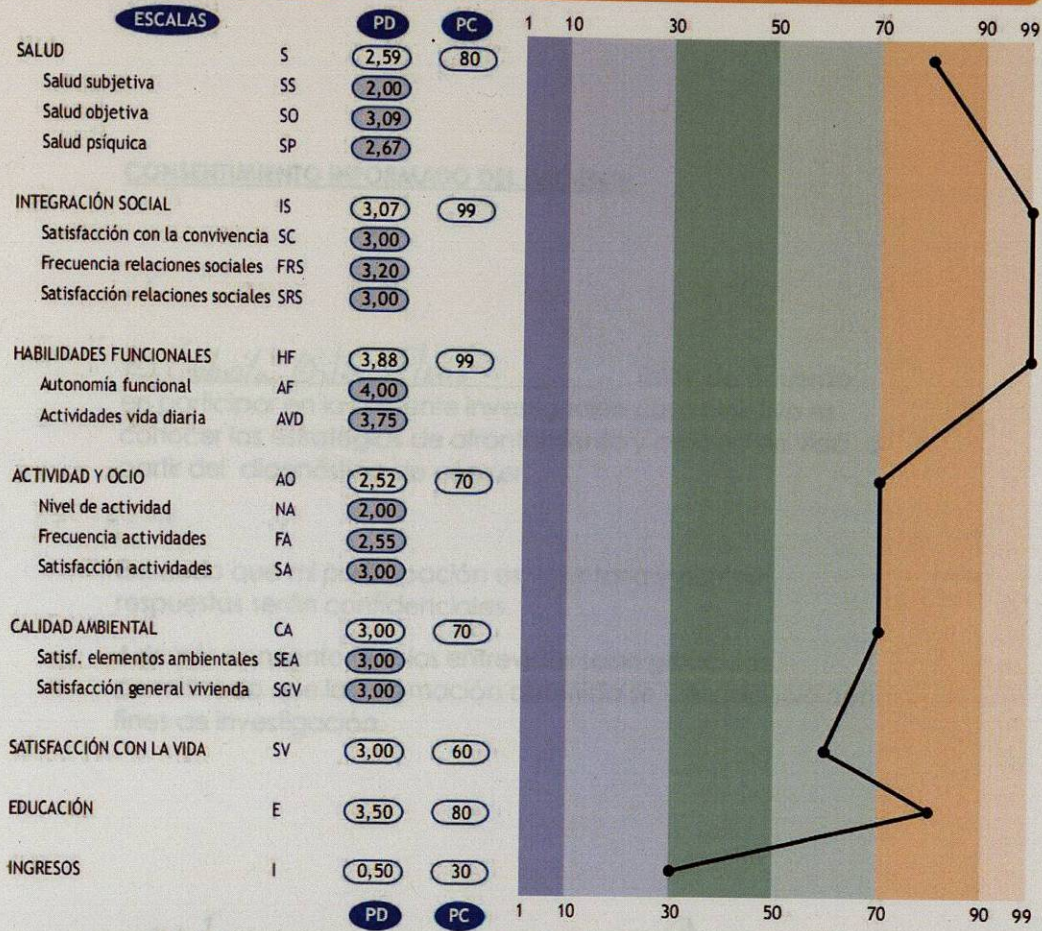
Lic. Janet Rios Caro

Cédula Profesional. 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Gabriela Ortega Flores**  
 Edad: **49 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



Monterrey Nuevo León, 29 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Gabriela Ortega Flores Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

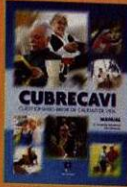
Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

Gabriela Ortega Flores  
Firma de consentimiento del paciente.

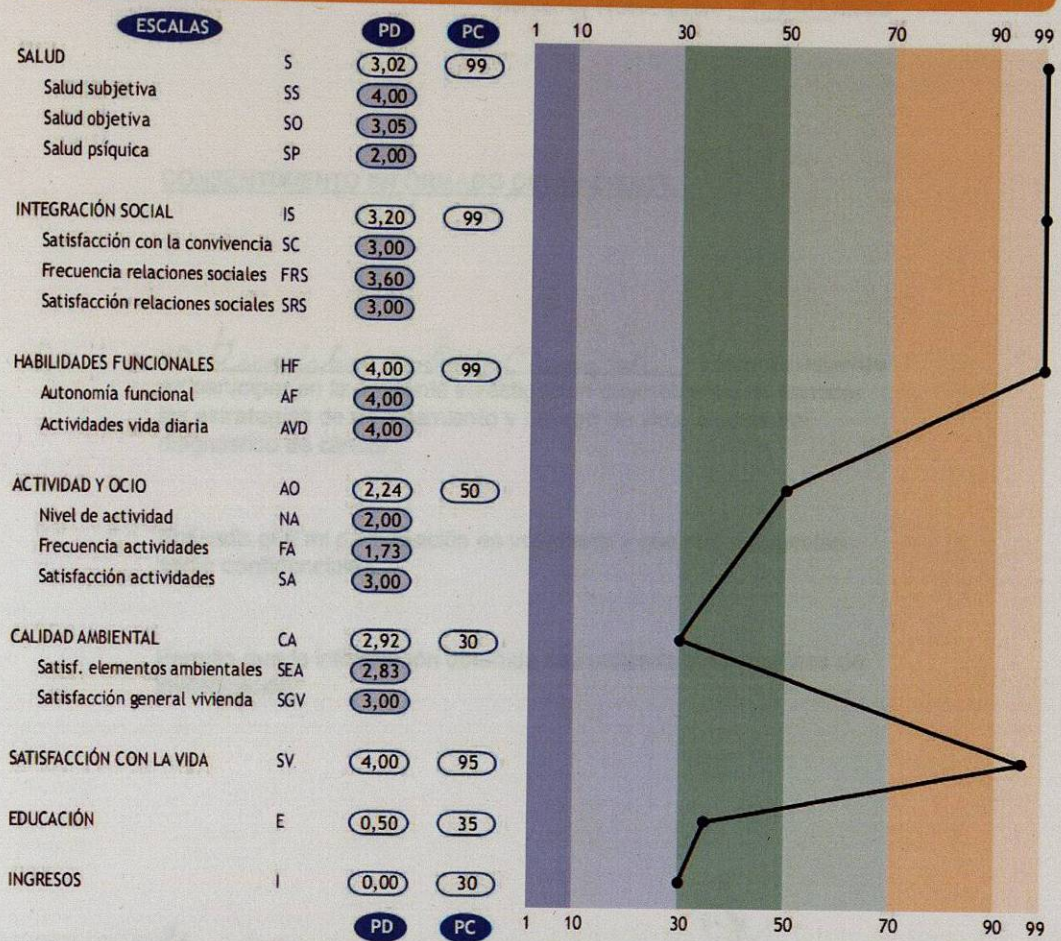
[Firma]  
Firma del Investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258



Nombre: **Guadalupe Ortega Canizales**  
 Edad: **69 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**



Monterrey Nuevo León, 2, 09 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Guadalupe Ortega Casilda Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Permito que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.

Guadalupe Ortega Casilda

Firma de consentimiento del paciente.

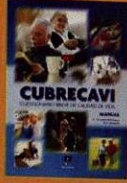
Janet Ríos Caro

Firma del investigador

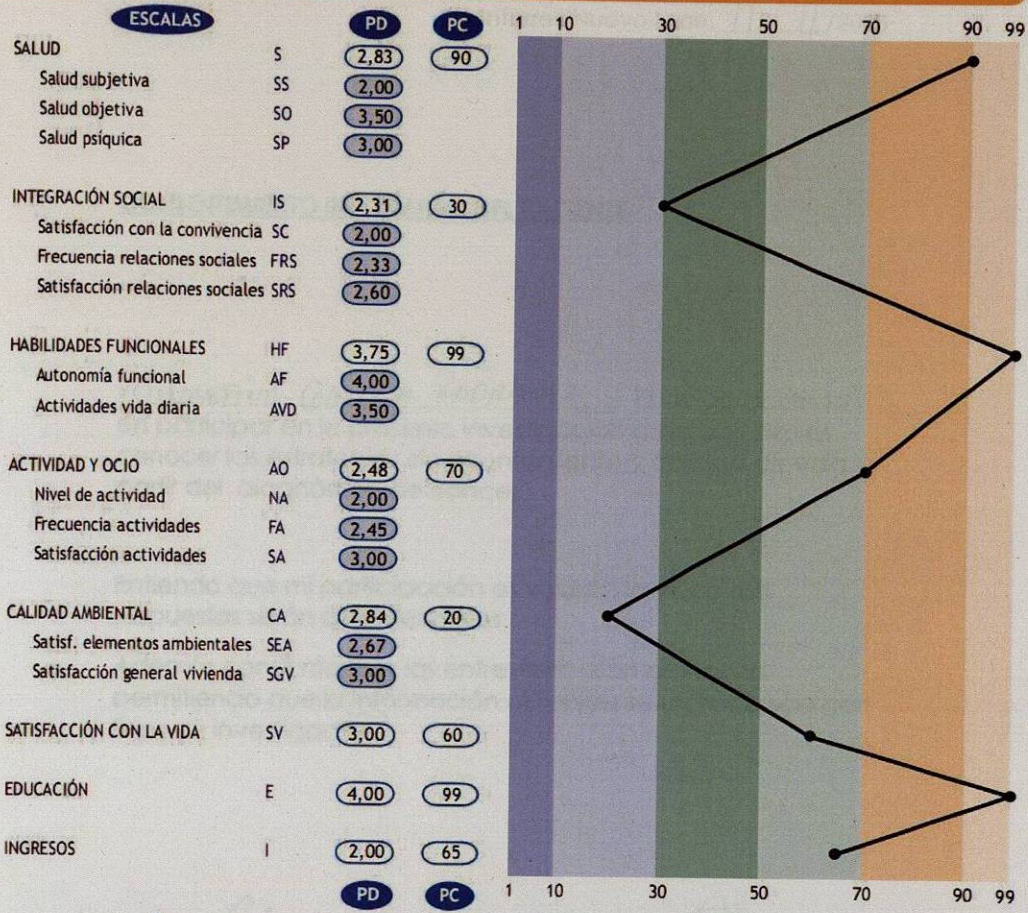
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Josefina Gaytán Rodríguez**  
 Edad: **49 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **19/04/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Algo satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Poder valerme por mí mismo.**
- 3° **Mantenerme activo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S. A.  
 perfil generado desde [www.e-perfil.com](http://www.e-perfil.com)  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

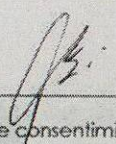
Monterrey Nuevo León, 11/11/2008

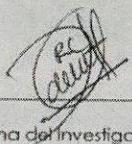
**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO JOSEFINA GAITAN RODRIGUEZ Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

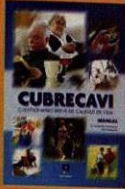
  
Firma de consentimiento del paciente.

  
Firma del investigador

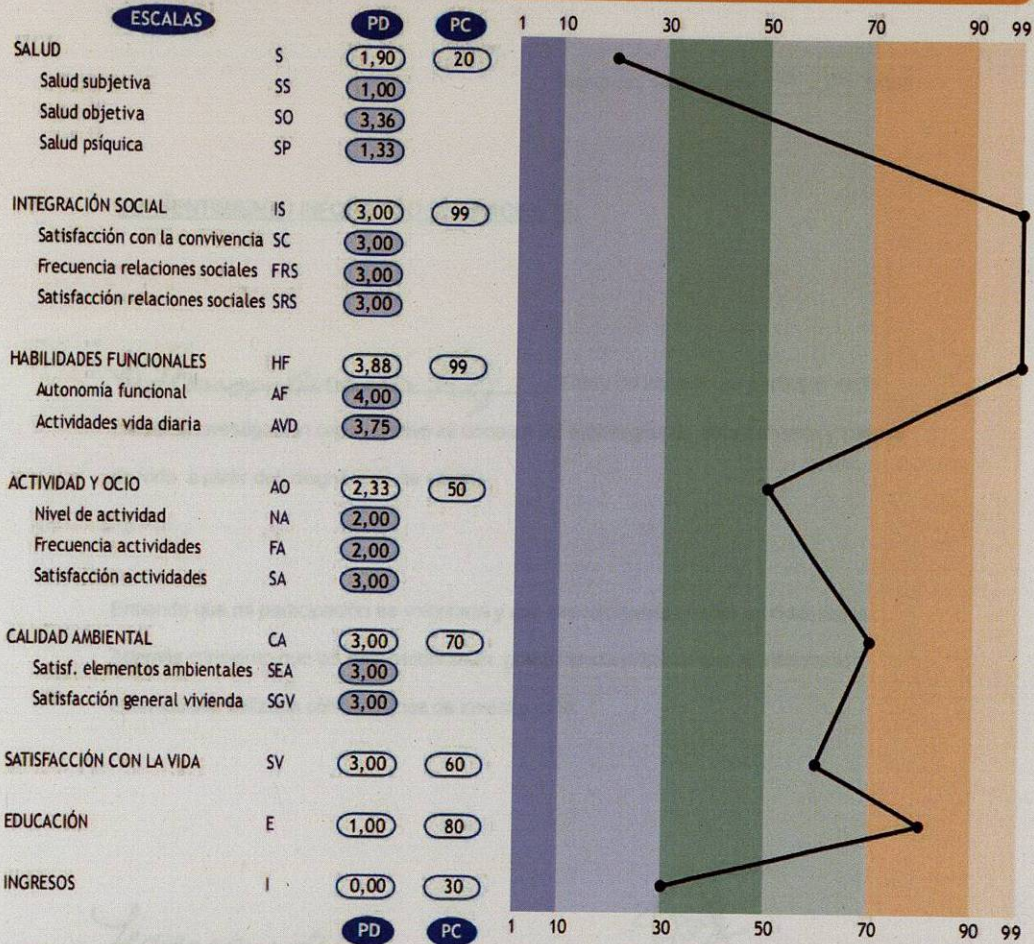
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Leonor Morales Rodriguez**  
 Edad: **63 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Algo satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3º **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**

Monterrey Nuevo León, 23 / 06 /2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

YO Leonor Morales Pérez Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Leonor Morales Pérez

Firma de consentimiento del paciente.

Janet Ríos Caro

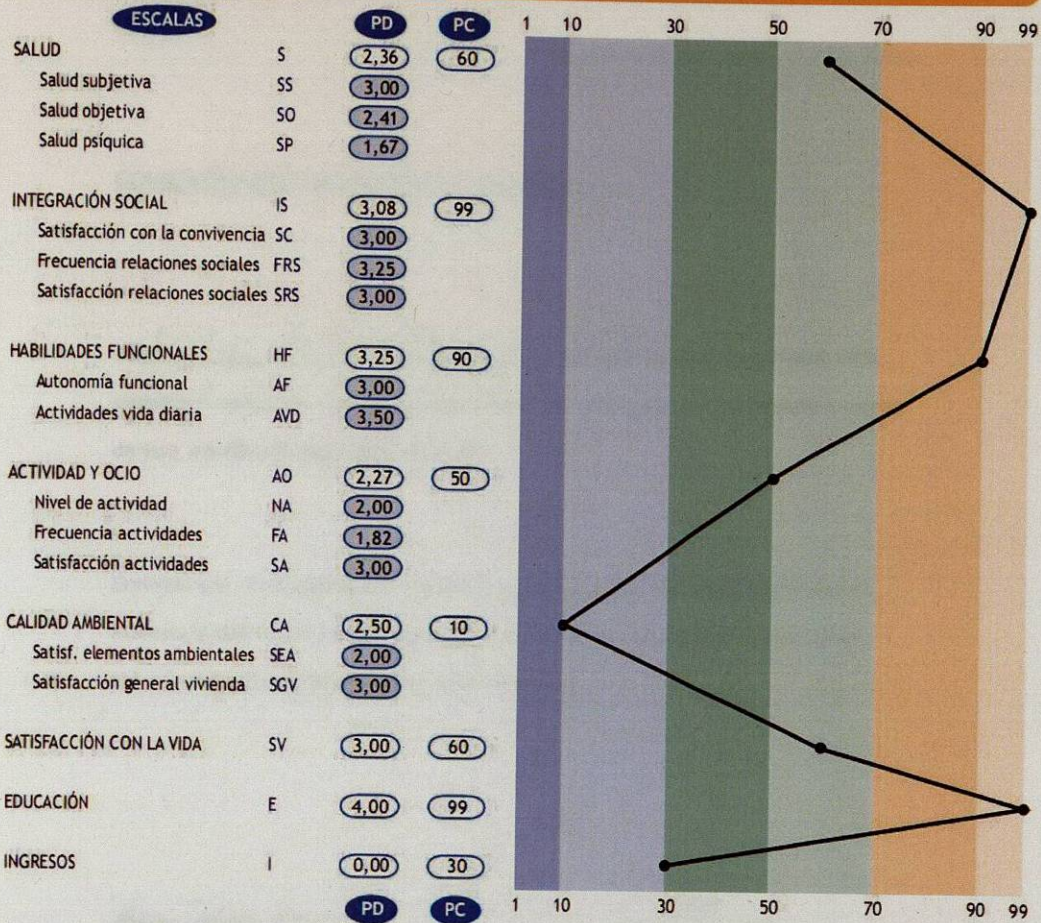
Firma del Investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258



Nombre: **Lydia Valdez Aguirre**  
 Edad: **56 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**


Monterrey Nuevo León, 2 / 06 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

yo Kydia Valdez Aguirre Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Kydia Valdez Aguirre  
Firma de consentimiento del paciente.

  
Firma del Investigador  
Lic. Janet Rios Caro  
Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**

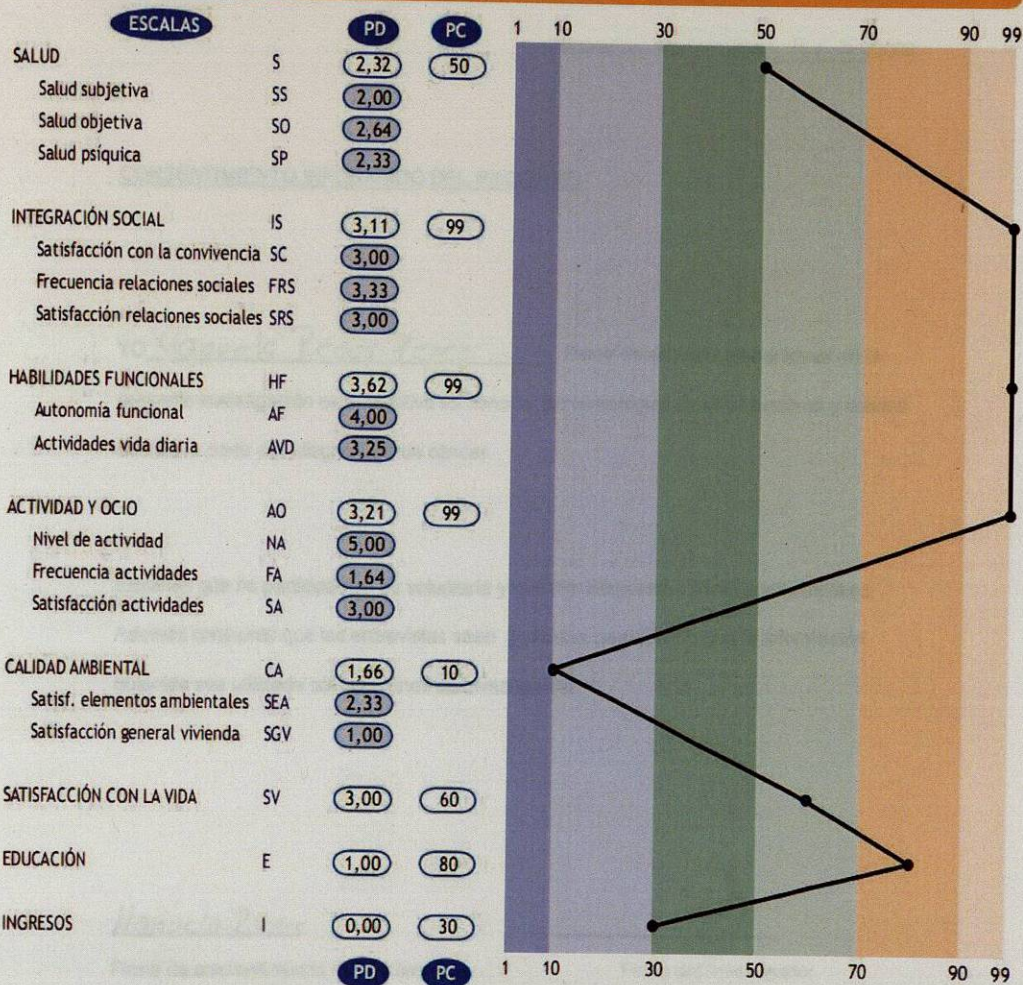


Nombre: **Manuela Reyes Pérez**

Edad: **45 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **19/04/2009**

Baremo: **Residentes en la comunidad**

Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Poder valerme por mí mismo.**
- 3º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**



Monterrey Nuevo León, 9 / 06 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

YO Manuela Reyes Perez Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Manuela Reyes

Firma de consentimiento del paciente

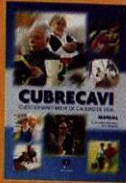


Firma del Investigador

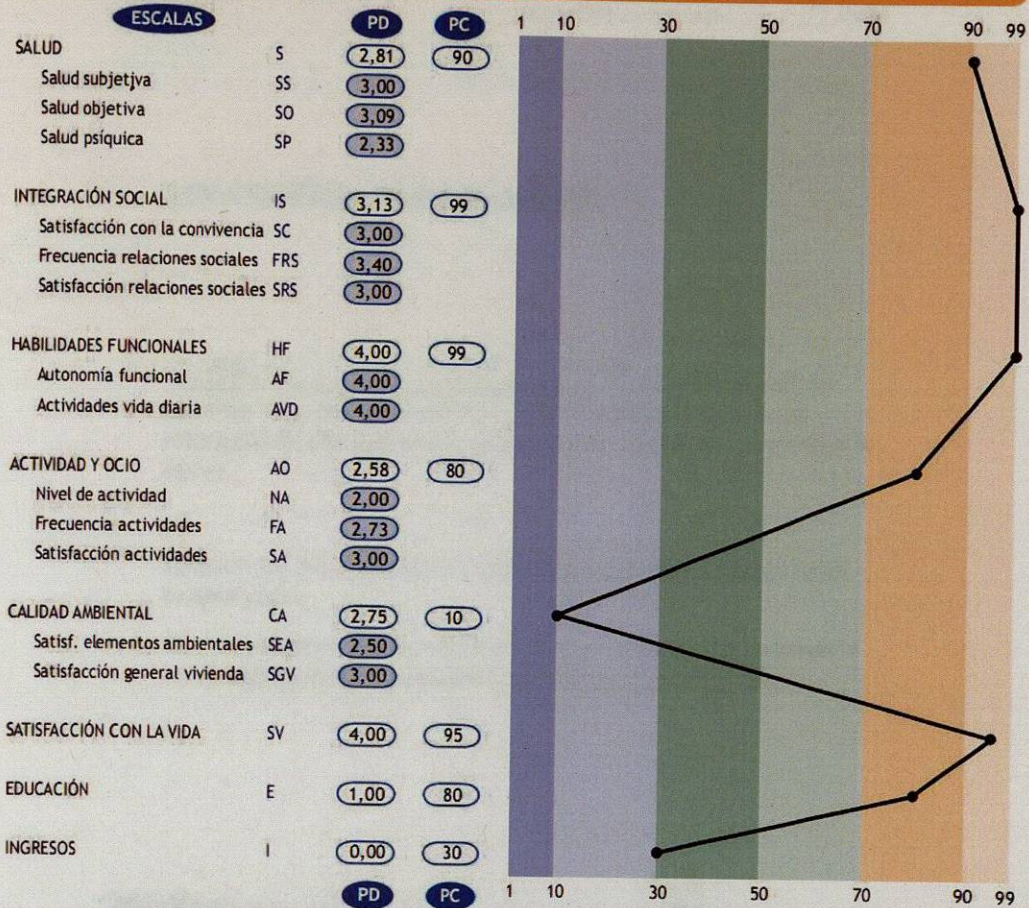
Lic. Janet Rios Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **María Ascención Estrada Alemán**  
 Edad: **63 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**

Monterrey Nuevo León, 1 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO M<sup>te</sup> Ascención Estrada A Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

M<sup>te</sup> Ascención Estrada A

Firma de consentimiento del paciente.

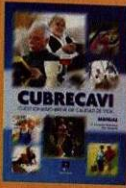


Firma del Investigador

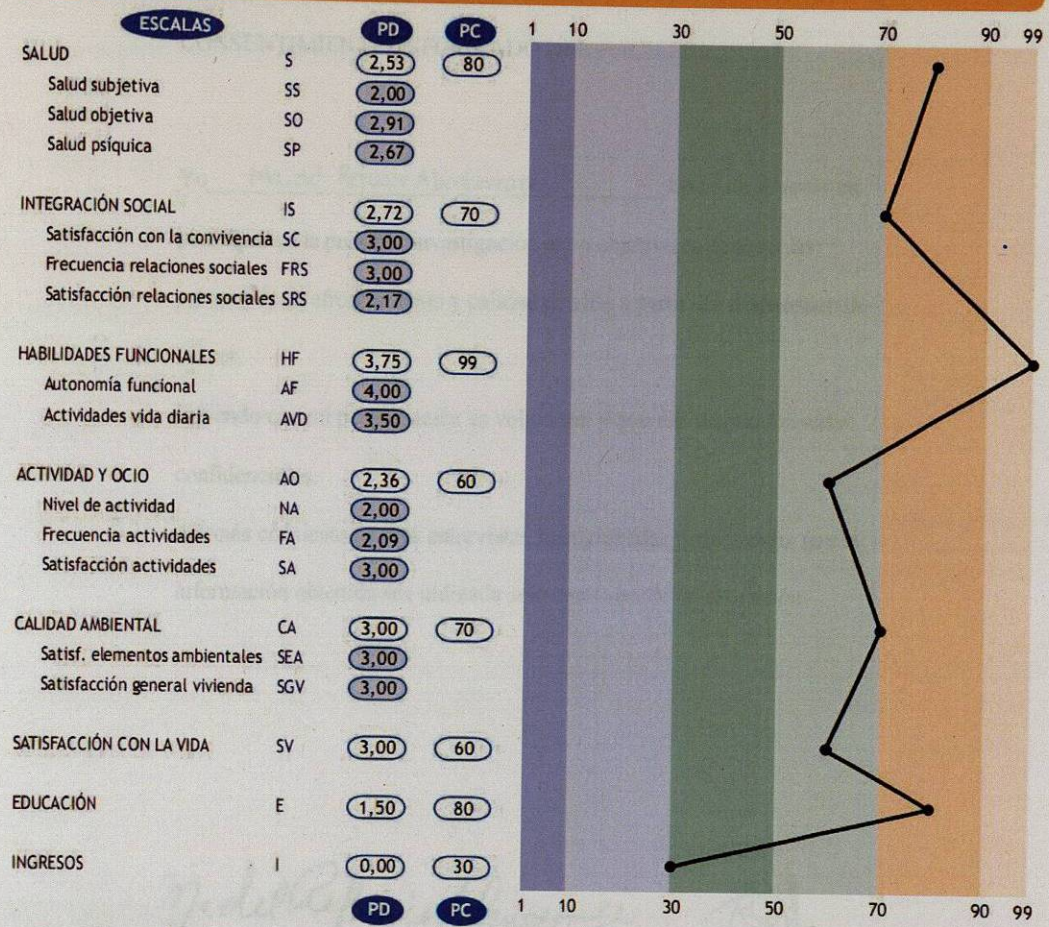
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **María Del Refugio Adencerraje Alemán**  
 Edad: **57 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Bastante satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**

Monterrey Nuevo León, 09/02/09

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo Ma. del Refugio Abencerraje Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

*Ma. del Refugio Abencerraje*

Firma de consentimiento de paciente

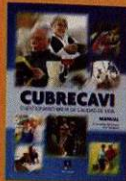
*[Firma]*

Firma del Investigador

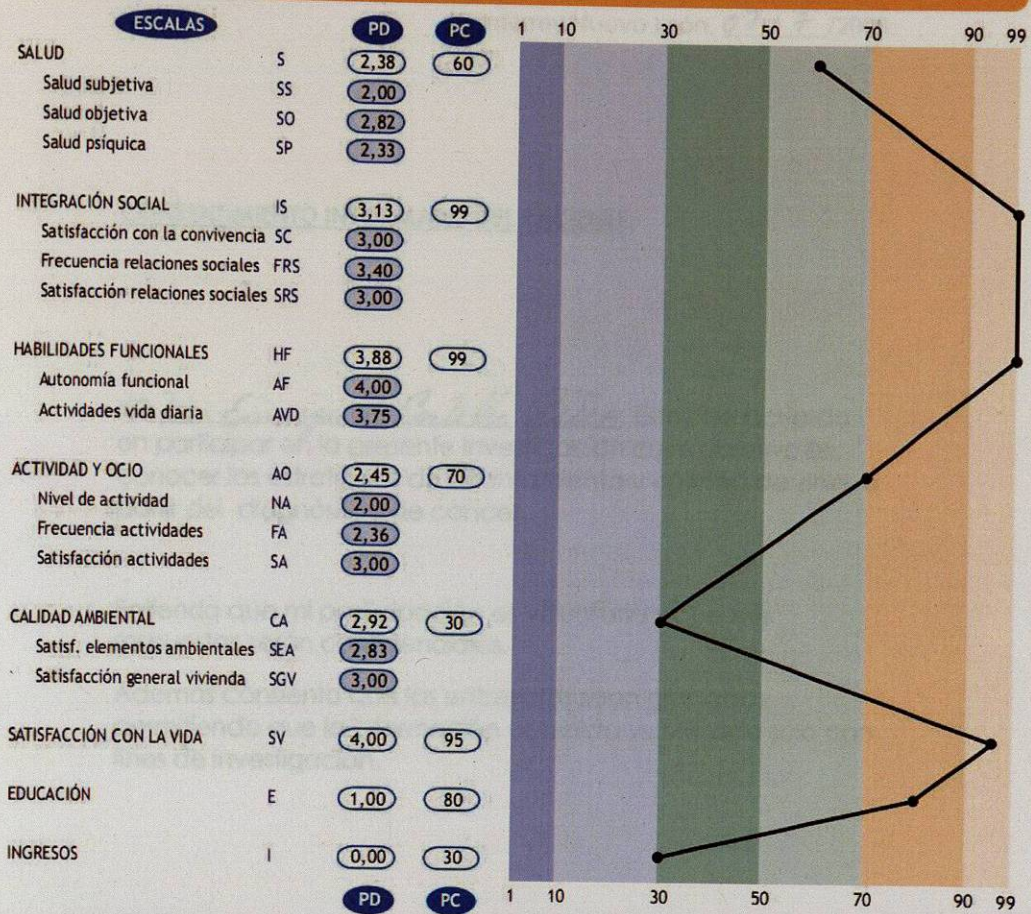
Lic. Janet Ríos Caro

Céd. Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **María Enriqueta Castillo Piña**  
 Edad: **58 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde [www.e-perfil.com](http://www.e-perfil.com)  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

Monterrey Nuevo León, 07/7/2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Ma. Enriqueta Cortijo Ríos Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

Ma. Enriqueta Cortijo Ríos

Firma de consentimiento del paciente.

Janet Ríos Caro

Firma del Investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

Monterrey Nuevo León. 4 / 08 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO <sup>Catalina</sup> María Gloria Herra Ochoa Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.

María Gloria Herra Ochoa

Firma de consentimiento del paciente.



Firma del Investigador

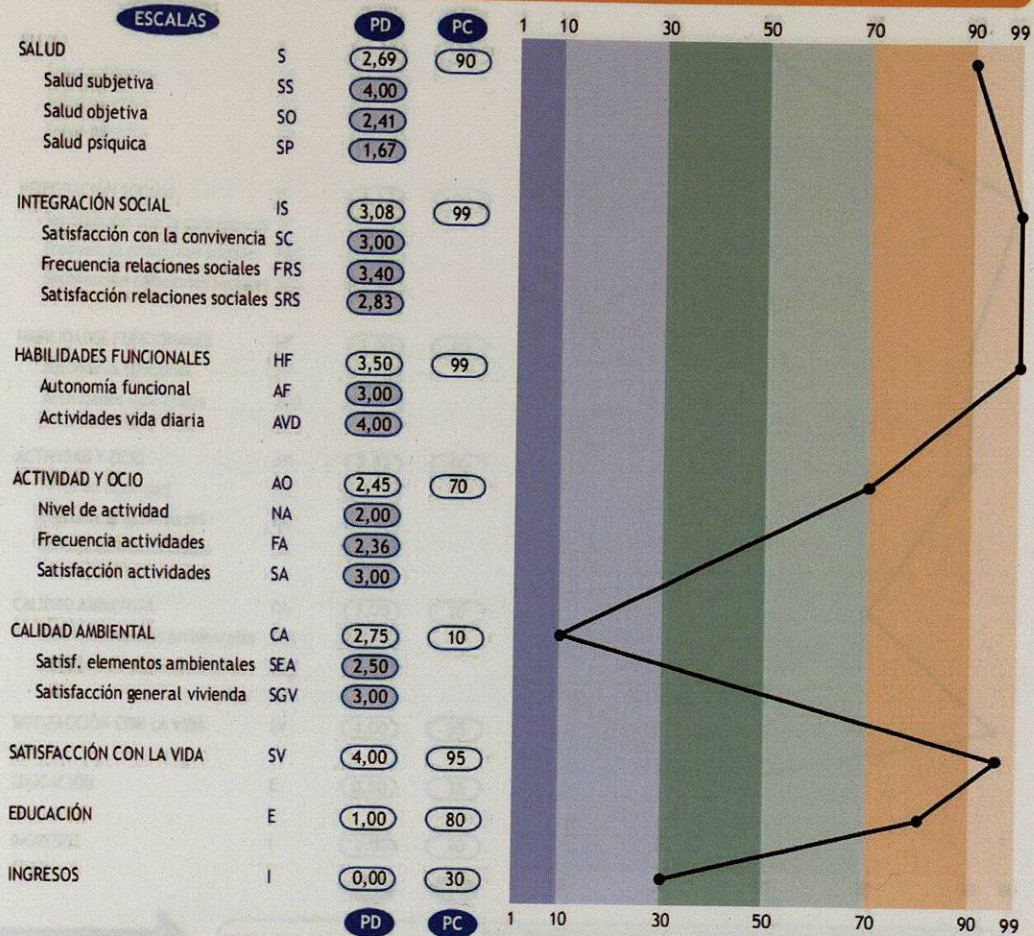
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258





Nombre: **María Gloria Catalina Garza Peña**  
 Edad: **55 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Rios Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

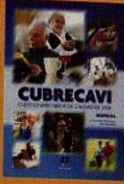
FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

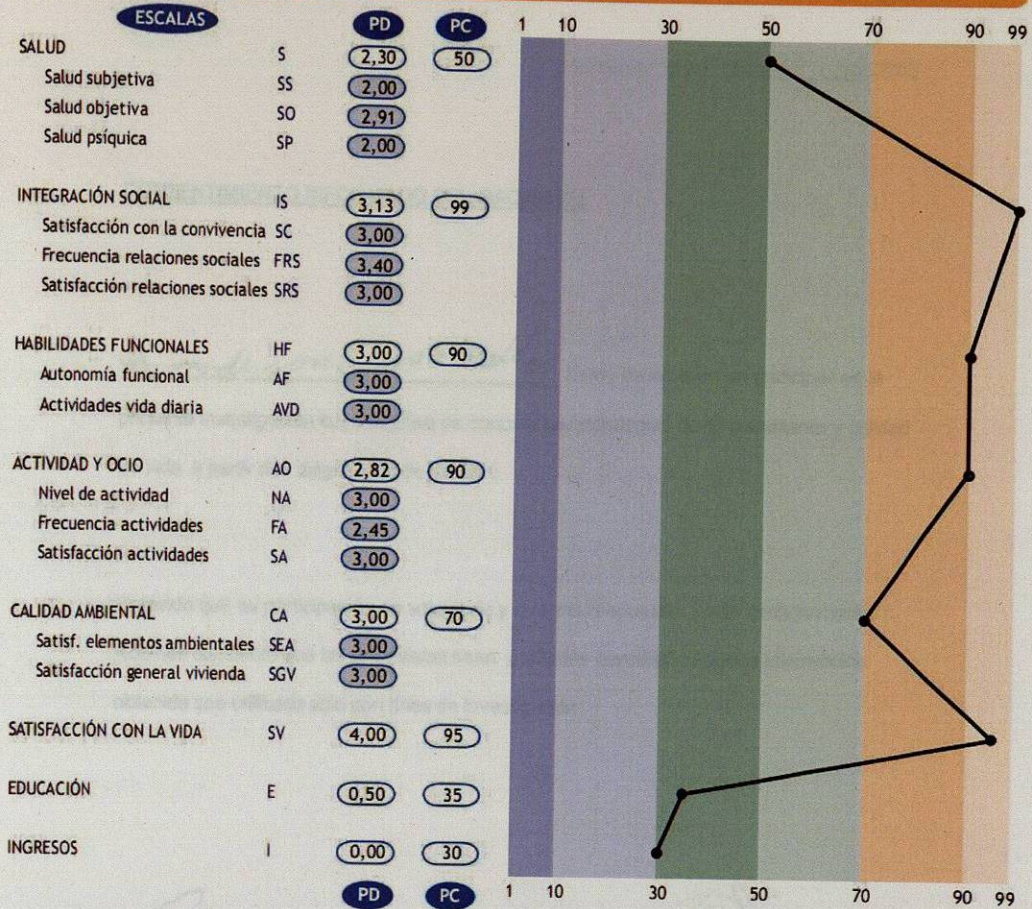
**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Poder valerme por mí mismo.**
- 3° **Mantenerme activo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Media**



Nombre: **María De San Juan Valdez**  
 Edad: **56 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Mantenerme activo.**


**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**


Monterrey Nuevo León, 23 / 06 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO me de van Juan Valdez Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

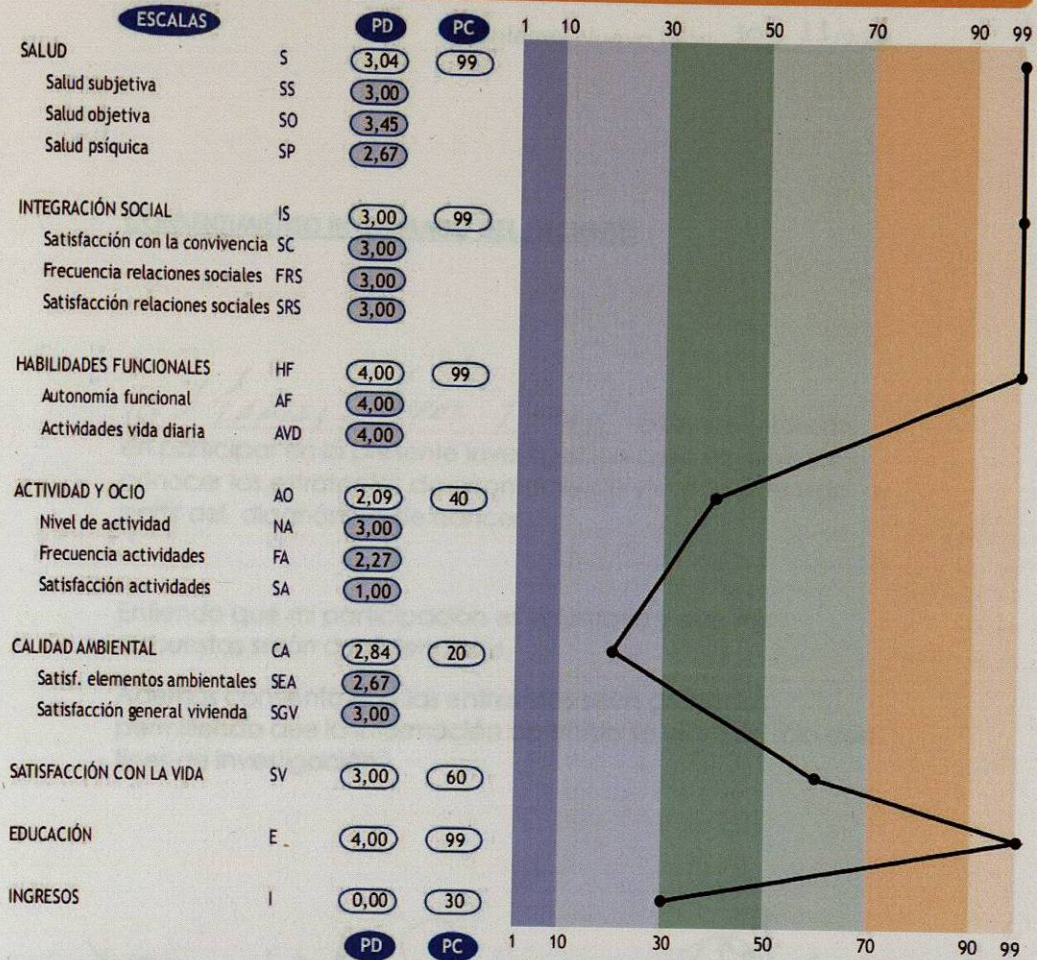
  
Firma de consentimiento del paciente.

  
Firma del Investigador  
Lic. Janet Ríos Caro  
Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Marisa López Pardo**  
 Edad: **45 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Ocasionalmente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Algo satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Poder valerme por mí mismo.**
- 3º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**

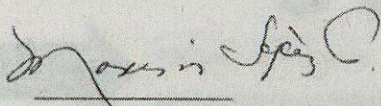
Monterrey Nuevo León, 30 / 11 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO MARISA López PARDO Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.



Firma de consentimiento del paciente.

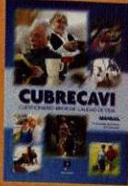


Firma del Investigador

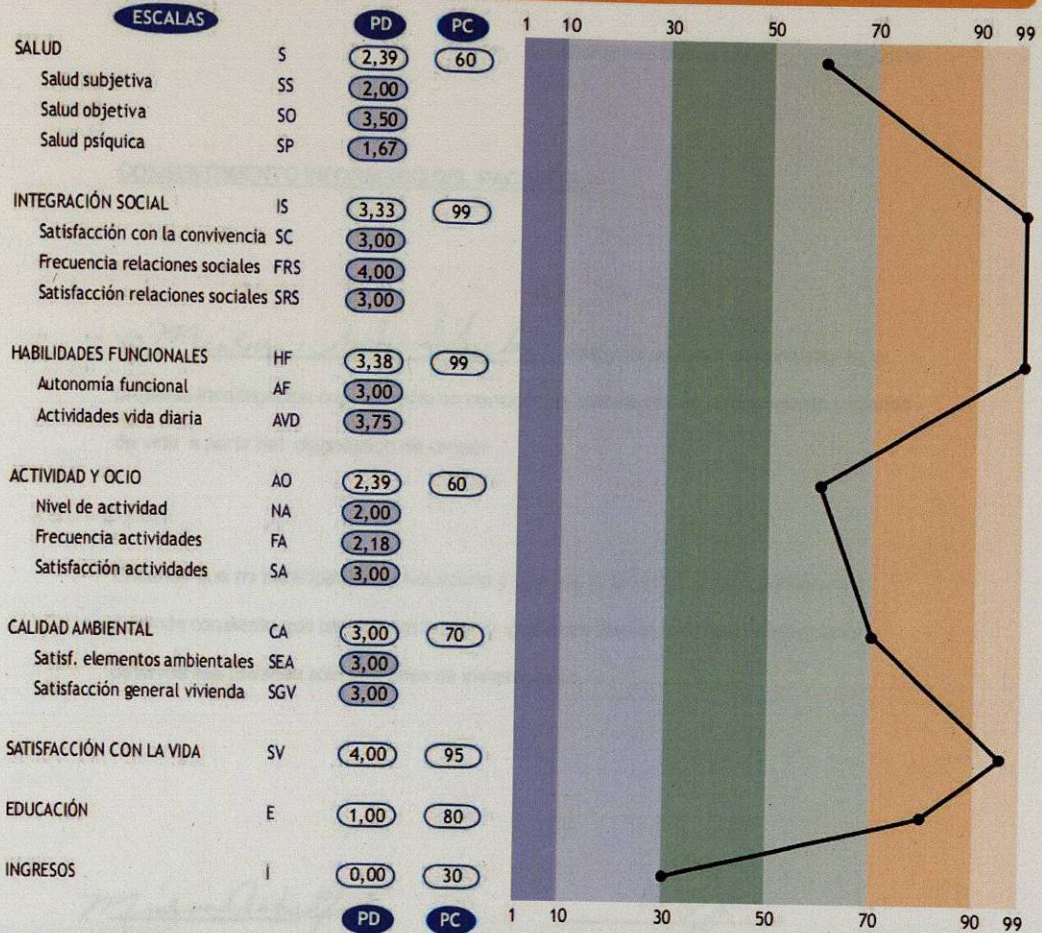
Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**



Nombre: **Minerva Rocha Sifuentes**  
 Edad: **64 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**  
 Baremo: **Residentes en la comunidad**  
 Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN: **Frecuentemente**

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS: **Muy satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1° **Tener buena salud.**
- 2° **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3° **Sentirme satisfecho con la vida.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**

Monterrey Nuevo León, 9 / 06 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Mirabela Ríos Caro Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Mirabela Ríos Caro

Firma de consentimiento del paciente.

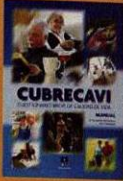
Janet Ríos Caro

Firma del Investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**

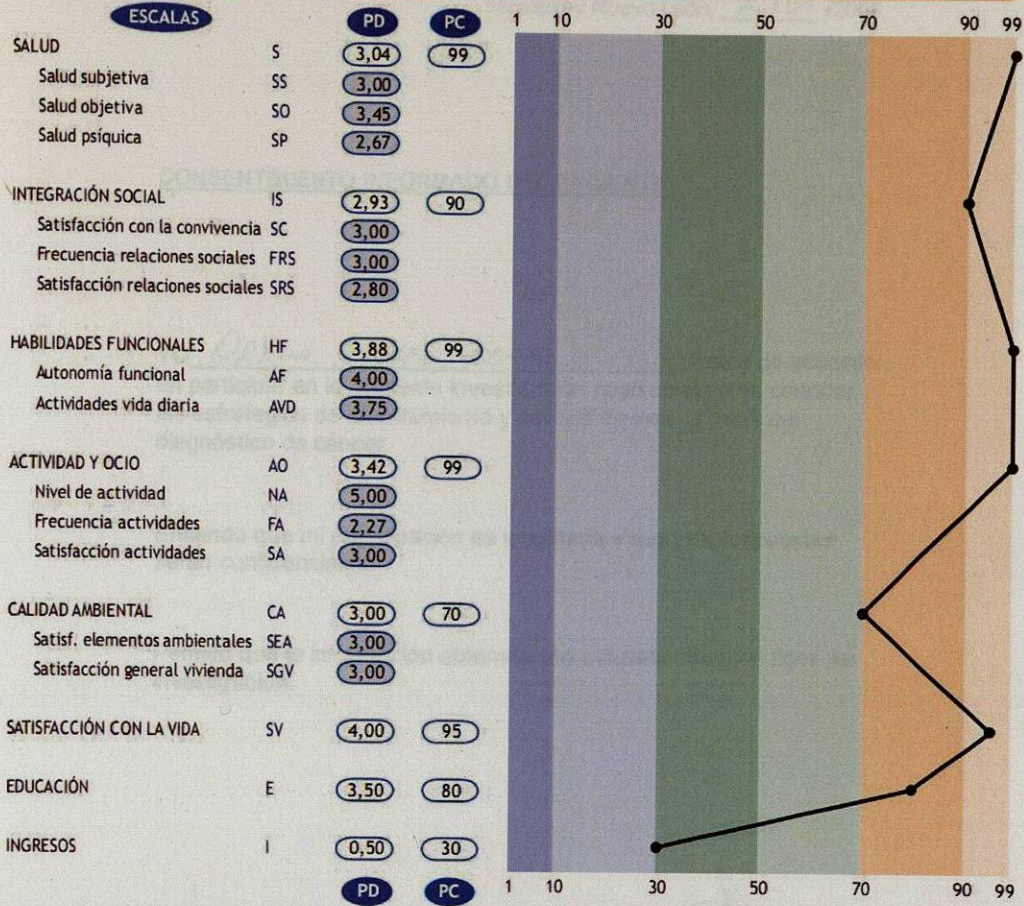


Nombre:

Edad:  Sexo:  Fecha de aplicación:

Baremo:

Responsable de la aplicación:



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1°
- 2°
- 3°

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**



Monterrey Nuevo León, 2 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO ORALIA GOMEZ PEREZ Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Permiso que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.



Firma de consentimiento del paciente.

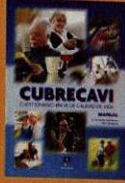


Firma del investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

**PERFIL**

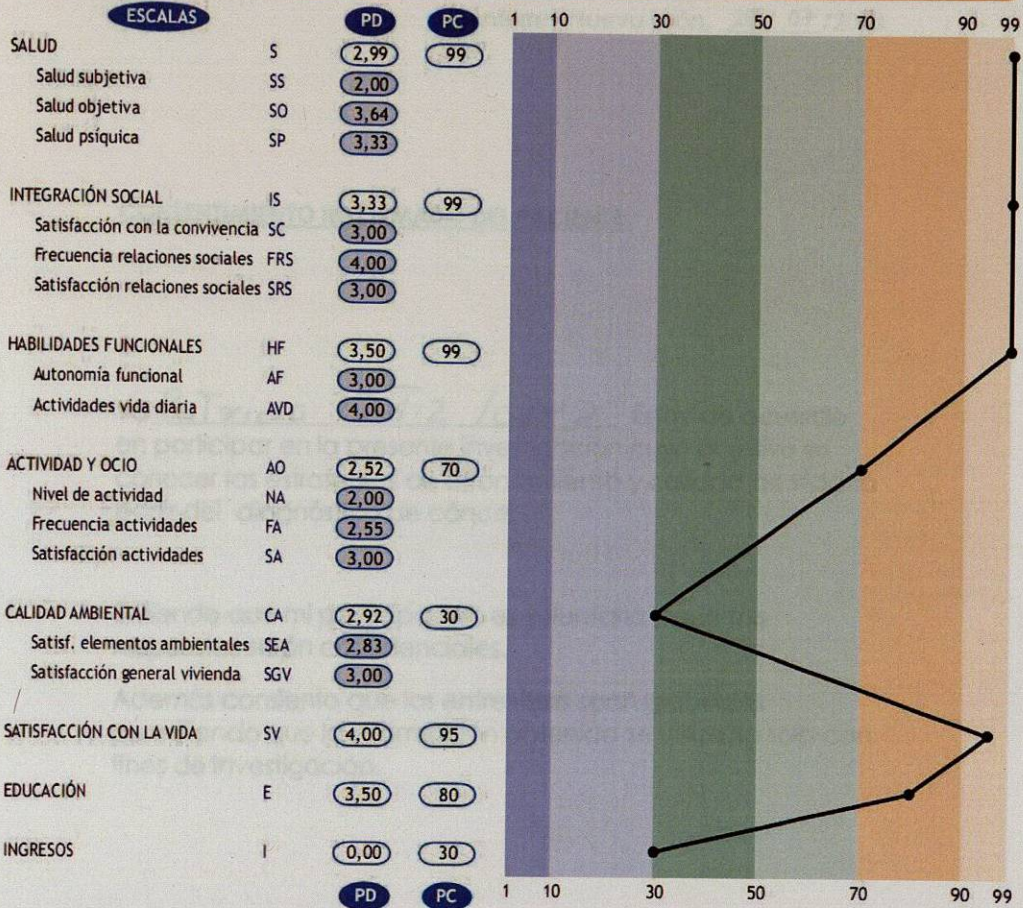


Nombre: **Patricia Ortiz López**

Edad: **54 años** Sexo: **Mujer** Fecha de aplicación: **27/01/2009**

Baremo: **Residentes en la comunidad**

Responsable de la aplicación: **Janet Ríos Caro**



**SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS**

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN **Frecuentemente**  
 SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS **Algo satisfecho**

**ELEMENTOS ADICIONALES**

**IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
 Los tres componentes más valorados por el sujeto son:

- 1º **Tener buena salud.**
- 2º **Mantener buenas relaciones familiares y sociales.**
- 3º **Poder valerme por mí mismo.**

**AUTOVALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**Alta**



Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.  
 perfil generado desde www.e-perfil.com  
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

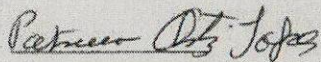
Monterrey Nuevo León, 29 / 07 / 2008

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Patricia Ortiz Lopez Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida se utilizada sólo con fines de investigación.



Firma de consentimiento del paciente.



Firma del Investigador

Lic. Janet Ríos Caro

Cédula Profesional: 4578258

Monterrey Nuevo León, 9 / 06 / 2006

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:**

YO Carmen Susely Gómez Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento y calidad de vida a partir del diagnóstico de cáncer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales. Además consiento que las entrevistas sean grabadas permitiendo que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Carmen S. Gómez  
Firma de consentimiento del paciente.

Janet Ríos Caro  
Firma del Investigador  
Lic. Janet Ríos Caro  
Cédula Profesional: 4578258

