

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**INFLUENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL
DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER**

Presenta:

ADRIÁN ALEJANDRO GARCÍA ARJONA

Tesis como requisito parcial para obtener el grado de:

**MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD



INFLUENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR Y
LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA:
LIC. ADRIÁN ALEJANDRO GARCÍA ARJONA

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. LUCÍA DEL CARMEN QUEZADA BERÚMEN

MONTERREY, N. L., MÉXICO, DICIEMBRE DE 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada **“Influencia de las Estrategias de Afrontamiento sobre el Dolor y la Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer”** presentada por **Adrián Alejandro García Arjona** ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Lucía del Carmen Quezada Berúmen
Director de tesis

Dr. René Landero Hernández
Revisor de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Junio de 2020

DEDICATORIA

A mi familia, que me han apoyado en el transcurso de mi crecimiento personal y profesional. Mis padres, Hermila Arjona Lozano y Santiago Alonso García Aparicio, mis madrinas María del Carmen Arjona Lozano, Blanca Elizabeth Arjona Lozano e Imelda Arjona Lozano. Gracias por sus aprendizajes, que han aportado a lo que soy.

A las personas que confiaron en mí, para desarrollar éste y todos los proyectos que he realizado, de las cuales he aprendido tanto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por permitirme ser parte del grupo de estudiantes beneficiados económicamente, ya que su confianza proporcionada fue vital para este logro, siendo una inversión a mi conocimiento.

A mis padres y madrinas, que han estado para mí en todo momento, acompañándome en esta experiencia de cambios y adaptaciones constantes hacia diferentes situaciones y contextos.

A todos los Doctores docentes de la maestría, de los cuales he aprendido y desarrollado habilidades que me ayudan día a día, y que son un modelo a seguir de manera profesional.

A la Dra. Lucía Quezada Berúmen, que con su gran conocimiento, ayuda y apoyo se logró el objetivo de esta tesis siendo una mentora y guía para cada paso que di en este estudio de posgrado, y que confió en mi capacidad para realizar el mismo, que sin su ayuda y paciencia no hubiera sido posible, le estaré siempre agradecido.

A la Dra. Miriam Cristina Decanini Cepeda, que ha sido, y seguirá siendo, muy especial en mi desarrollo profesional y personal. Gracias por confiar en mí y en mi trabajo, por darme una oportunidad de crecer. Han sido aprendizajes grandiosos a su lado, en los cuales pude poner en práctica habilidades y competencias que me servirán para toda mi vida.

Por último pero no menos importante, quiero agradecerme a mí, por siempre trabajar duro, por confiar en mí mismo, por no tener días libres, por dar siempre todo mi esfuerzo en este logro y en mi trabajo, y por siempre tener el deseo de mejorar.

RESUMEN

El cáncer es una condición que genera consecuencias negativas en todos los ámbitos para las personas que lo padecen. El objetivo de este estudio es identificar las estrategias de afrontamiento al dolor que predicen la calidad de vida percibida en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer. Se evaluó a 65 mujeres con cáncer, utilizando el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor (CAD) y el Cuestionario de Salud SF-36 para medición de la calidad de vida. Se formularon 3 grupos de edad, con motivo de explicar más detalladamente las características del afrontamiento al dolor y su impacto en la calidad de vida, según la etapa del ciclo vital de las pacientes. Los análisis de correlación muestran que las mujeres con de 30 a 45 años utilizan con menor medida estrategias enfocadas a las emociones cuando perciben mejor salud física y mental; las mujeres de 46 a 53 años utilizan la búsqueda de información como pilar de su calidad de vida; mientras que el grupo de 54 a 65 años tiene preferencias por estrategias de evitación. Los análisis de regresión estimaron que las mujeres de 30 a 45 años no perciben el dolor como factor de consideración, utilizando estrategias enfocadas hacia la distracción y mantenimiento de su salud física y mental; las mujeres de 46 a 53 años utilizan prioritariamente la búsqueda de información para manejar el problema y las emociones derivadas del diagnóstico; y las mujeres de 54 a 65 años priorizan estrategias de afrontamiento enfocadas hacia la poca o nula atención a la enfermedad, estimando que esta no afecta directamente su percepción de la calidad de vida. Estos resultados indican la importancia del ciclo vital como base de los tratamientos multidisciplinarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer.

Palabras clave: mujeres con cáncer, estrategias de afrontamiento, dolor, calidad de vida, psicooncología.

ABSTRACT

Cancer is a condition that generate negative concequences in the scopes of the life of the people that have this diagnosis. The aim of this study is to evaluate the coping strategies that women with cancer use, specifically in the cancer pain, and their influence en the percieved quality of life. 65 women with cancer were evaluated, using the Pain Coping Questionnaire (CAD), and the Short Form Questionnaire SF-36 for quality of life. 3 age groups were formulated, for a better explanation of the pain coping skills and their impact in quality of life, according to the vital cycle of the participants. The correlation analysis shows that the 30-45 year-old women use, to a lesser extent, emotional focused coping when they percieve better mental and physical healt; 46-53 yearl-old women use seeking information for their quality of life support; while the 54-65 year-old women group shows evitation as coping preference. The regression analysis estimated that in 30-45 year-old women do not percieve pain as a considerable factor, they use distraction coping for mental and physical healt maintain; the 46-53 year.old women use, primarily, seeking information for their problem and emotion manage derivated of the diagnosis; and the 54-65 year-old women prioritize evitation –focused coping in the illness. The results indicates the vital cycle importance as primordial in clinical multidisciplinary interventions for improving better quality of life in women with cancer.

Key words: women with cancer, coping strategies, pain. Quality of life, psychooncology.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I	12
INTRODUCCION.....	12
Definición del Problema	17
Justificación de la Investigación	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos:.....	20
Preguntas de investigación	21
Limitaciones y Delimitaciones	21
CAPITULO II	23
MARCO TEORICO	23
Estrategias de afrontamiento.....	23
Modelo Teórico de las Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.	23
Afrontamiento y cáncer.....	26
Medición de Afrontamiento.....	28
Dolor	28
Dolor en Cáncer	28
Dolor Crónico	30
Dolor Agudo	31
Afrontamiento al Dolor.....	31
Manejo del Dolor.....	32
Calidad de vida relacionada con la salud.....	33
Teorías sobre la Calidad de Vida	33
Calidad de vida en Pacientes con cáncer	33
Afrontamiento y Calidad de Vida.....	34
Consecuencias psicológicas adversas	36
Prevención y Mantenimiento de la Calidad de Vida	37
Eventos traumáticos	38

Cáncer	39
Signos y Síntomas	39
Etapas	40
Tipos.....	41
Psicología de la Salud	41
Psicooncología	41
Tratamientos Médicos	42
Tratamientos multidisciplinarios	42
Sobrevivencia	43
Estrategias psicológicas ante un diagnóstico de cáncer	43
Intervención psicológica.....	43
Personalidad	43
Adaptación psicológica.....	44
CAPITULO III	46
METODO.....	46
PARTICIPANTES	46
Instrumentos.....	46
Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD)	47
Cuestionario Genérico de Salud SF-36	47
Procedimiento	48
Análisis Estadísticos	49
CAPITULO IV.....	50
RESULTADOS	50
Confiabilidad de los Instrumentos Aplicados.....	50
Determinar las estrategias de afrontamiento al dolor y el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con cáncer	51
Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida	55
Predicción de la calidad de vida en función de las estrategias de afrontamiento al dolor	62
CAPITULO V.....	73
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
ANEXOS	101

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Confiabilidad del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD)	50
Tabla 2. Confiabilidad de las dimensiones del SF-36	51
Tabla 3. Descriptivos de las dimensiones de Afrontamiento al dolor (N = 65).....	51
Tabla 4. Descriptivos Calidad de Vida (N = 65)	52
Tabla 5. Estadísticos descriptivos del CAD en el grupo con dolor bajo (n = 28).....	52
Tabla 6. Estadísticos descriptivos del CAD en el grupo con dolor alto (n = 37).....	53
Tabla 7. Comparación del CAD entre los grupos de bajo y alto dolor.....	53
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la SF-36 en el grupo con dolor bajo (n = 28)	54
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la SF-36 en el grupo con dolor alto (n = 37).....	54
Tabla 10. Comparación de la calidad de vida (SF-36) entre los grupos de bajo y alto dolor.....	55
Tabla 11. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las dimensiones de la calidad de vida (N = 65).....	55
Tabla 12. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de Dolor Alto (n=37).....	56
Tabla 13. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de Dolor Bajo (n=28).....	56
Tabla 14. Correlación de la edad de las participantes con las estrategias de afrontamiento al dolor (N = 65)	57
Tabla 15. Correlación de la edad de las participantes con las dimensiones de la calidad de vida (N = 65)	57
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor por grupo de edad.....	58
Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor por grupo de edad.....	59
Tabla 18. Comparación de las estrategias de afrontamiento al dolor de acuerdo a los grupos de edad.....	60
Tabla 19. Comparación de Calidad de Vida de acuerdo a los grupos de	

edad.....	60
Tabla 20. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de 30 a 45 años (n = 23).....	61
Tabla 21. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de 46 a 53 años (n = 22).....	61
Tabla 22. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de 54 a 65 años (n = 20).....	62
Tabla 23. Modelo de regresión de función física en mujeres de 46 – 53 años.....	63
Tabla 24. Análisis de la varianza para e modelo de función física en mujeres de 46 a 53 años.....	63
Tabla 25. Coeficientes de regresión para el modelo de función física en mujeres de 46 a 53 años.....	63
Tabla 26. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de función física en mujeres de 46 a 53 años.....	64
Tabla 27. Modelos de regresión de rol físico por grupos de edad.....	64
Tabla 28. Análisis de la varianza de los modelos de rol físico por grupos de edad.....	65
Tabla 29. Coeficientes de regresión para los modelos de rol físico por grupos de edad.....	66
Tabla 30. Diagnósticos de colinealidad para los modelos de rol físico por grupos de edad.....	66
Tabla 31. Modelos de regresión de dolor corporal por grupos de edad.....	67
Tabla 32. Análisis de la varianza de los modelos de dolor corporal por grupos de edad.....	67
Tabla 33. Coeficientes de regresión para los modelos de dolor corporal por grupos de edad.....	68
Tabla 34. Diagnósticos de colinealidad para los modelos de dolor corporal por grupos de edad.....	68
Tabla 35. Modelos de regresión de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años.....	69
Tabla 36. Análisis de la varianza de los modelos de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años.....	69
Tabla 37. Coeficientes de regresión para los modelos de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años.....	70
Tabla 38. Diagnósticos de colinealidad para los modelos de vitalidad en	

los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años	70
Tabla 39. Modelo de regresión de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años	70
Tabla 40. Análisis de la varianza del modelo de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años	71
Tabla 41. Coeficientes de regresión para el modelo de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años	71
Tabla 42. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años	71
Tabla 43. Modelo de regresión de salud mental en el grupo de 30 a 45 años	72
Tabla 44. Análisis de la varianza del modelo de salud mental en el grupo de 30 a 45 años	72
Tabla 45. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de salud mental en el grupo de 30 a 45 años	72
Tabla 46. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de salud mental en el grupo de 46 a 53 años	72

Figuras

Figura 1. Modelo de Adaptación a Situaciones Estresantes (Riley & Park, 2014).....	24
Figura 2. Enfoques de Afrontamiento	25

CAPITULO I

INTRODUCCION

Hoy en día, una preocupación latente que causa incertidumbre y preocupación en el mundo es el cáncer. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), El cáncer es el crecimiento y propagación incontrolado de células en el cuerpo, pudiendo aparecer en cualquier lugar de éste. Las células cancerígenas invaden los tejidos impidiendo su funcionamiento, causando problemáticas graves, en algunos casos mortales.

Se estima que para el año 2030 habrá cerca de 23.6 millones de casos nuevos a nivel mundial, siendo casi el doble de los números registrados en 2012, según el Instituto Nacional del Cáncer (2019) de Estados Unidos de América (NCI por sus siglas en inglés).

El panorama en México es alarmante, debido a que el cáncer es la tercera causa de muerte, con 12% de defunciones, y de estos casos, el 60% se diagnostican en etapas tardías (Mohar-Betancourt, Reynoso-Noverón, Armas-Texta, Gutiérrez-Delgado & Torres-Domínguez, 2017). El ámbito de salud no tiene los reflectores suficientes, causando muertes que pueden ser evitadas.

Esta enfermedad tiene múltiples consecuencias, las cuales no sólo son a nivel orgánico o físico, sino psicológico, como factores cognitivos (percepción de la enfermedad), conductuales (estrés, ansiedad) y/o sociales (ámbito interpersonal) son también variables inmersas en la enfermedad (Antoni, 2013). Dependen también de las diferencias individuales (Alcañiz, 2017).

El cáncer de mama, por ejemplo, tiene repercusiones sociales, psicológicas y físicas que afectan el entorno familiar y social de las mujeres afectadas. Debido a esto, el afrontamiento que desarrolle desde el diagnóstico es de suma importancia para el tratamiento integral (Acosta-Zapata, López-Ramón, Martínez-Cortés & Zapata-Vázquez, 2017).

El ámbito psicológico del cáncer ha sido estudiado por diversos profesionales de la salud, como psicólogos, médicos y enfermeros preocupados por la salud en términos multidisciplinarios. La línea de estudio, prioritariamente se ha enfocado en las

estrategias de afrontamiento y adaptación que tienen los pacientes con su diagnóstico (Pérez, González, Mieles & Uribe, 2017).

Las estrategias de afrontamiento, siguiendo la descripción del Lazarus y Folkman (1984), se definen como un esfuerzo cognitivo y conductual para hacer frente a una demanda interna o externa generada por una situación específica, considerada grave. En el momento en que se presentan estrategias de afrontamiento que sean funcionales para la calidad de vida de las mujeres, se perciben experiencias más positivas (González, Núñez, Wang-Letzkus, Lim & Flores, 2015).

Todo esto es parte de un contexto cultural, como temas del desarrollo del ciclo vital, donde Nipp et al. (2016) mencionan que los adultos mayores manejan de una mejor manera los altos y bajos emocionales que puede ocasionar el cáncer, teniendo menor dependencia de las estrategias de afrontamiento.

En estudios donde la variable género ha sido tema de cuestión, los resultados han sido dicotómicos. Por un lado se menciona que las mujeres presentan estrategias de afrontamiento más adaptativas al cáncer que los hombres (Barragán & Almanza, 2013); sin embargo, otros resultados indican que no depende del género (Ticona, Santos & Siqueira, 2015). En el caso de mujeres recién diagnosticadas, se utiliza afrontamiento desadaptativo (Li et al., 2015). Todo esto sugiere una investigación profunda por población seleccionada, que serán mujeres.

De forma más positiva, Ortíz et al. (2014) sugieren que entre más frecuente sea la utilización de estrategias de afrontamiento, como por ejemplo, solución de problemas, los niveles de depresión y ansiedad se reducen, ya que están relacionados positivamente (Li et al., 2015).

Los entrenamientos en estrategias de afrontamiento deben ser una parte del tratamiento sanitario. Una de las barreras para su enseñanza es la asistencia de pacientes que pueden tener muchas complicaciones en trasladarse. Sin embargo, su aprendizaje a distancia (videollamada) es una herramienta funcional para sobrellevar el dolor (Somers et al., 2015). Una de las limitaciones de este punto es que el poco tiempo libre (o funcional) que tienen los pacientes y sus cuidadores se aprovecha en tiempo de ocio (Porter et al., 2019).

Como se ha mencionado, situaciones determinadas generan un afrontamiento

específico. El dolor es una de las causas más detectables y generalizables del cáncer, causando conflicto en la persona. Es esperado, y regularmente no hay manera de evadirlo, lo que produce sufrimiento y desesperanza, que a su vez se convierte en ansiedad, depresión y/o estrés (Garrido, 2013). De igual manera que en el caso de las emociones, el dolor depende del ciclo vital, ya que los adultos jóvenes presentan dolor en una medida más alta que los adultos de mayor edad (Rodríguez, Esteve & López, 2000; San Bartolomé, 2014). Teniendo en cuenta esto, si el dolor no es intenso, es más probable que se utilicen estrategias de afrontamiento activas debido al buen nivel de funcionamiento (Rodríguez et al., 2000).

Cuando el dolor aparece, el estado de ánimo sufre modificaciones, frecuentemente negativas, afectando directamente la calidad de vida y salud de las personas con cáncer, pensando que su salud empeorará cada vez más, percibiendo una muerte cercana (Gordillo, Fierro, Cevallos, & Cervantes, 2017). Sin embargo, en esta misma línea, Ticona et al. (2015) mencionan que existen estrategias que aumentan o disminuyen el estrés, contribuyendo a las experiencias dentro del tratamiento quimioterapéutico, es decir, las estrategias de afrontamiento activas incrementan el control de las emociones en pacientes con cáncer (Rodríguez et al., 2000).

Dentro de las consecuencias del dolor está la calidad de vida, que es la percepción personal de la salud física, psicológica, interpersonal y espiritual que se presenta en el contexto donde se desenvuelve una persona. La calidad de vida será proporcional al incremento o decremento de importancia que se dé la persona en determinadas situaciones (OMS, 1996). En el caso del cáncer, baja considerablemente.

El campo psicológico está inmerso en los problemas de salud identificados en la enfermedad misma, debido a la afectación de la funcionalidad emocional a raíz del impacto del diagnóstico (Rey et al., 2017), así como otras situaciones ajenas al cáncer, como pérdidas recientes (muertes o separaciones), problemas económicos, entre otros, los cuales intensifican las emociones negativas presentes (Martínez-Basurto, Lozano-Arrazola, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez & Alvarado-Aguilar, 2014).

Todo esto nos lleva a que la evaluación de la calidad de vida en mujeres con cáncer se plantea que la percepción de satisfacción física, mental, emocional, social y personal muestran un rol importante, influyendo en el periodo de adaptación de manera general a la enfermedad (Lostanau, Torrejón & Cassaretto, 2017).

Una herramienta cognitiva y emocional que puede regular y desarrollar la adaptación de los pacientes con cáncer al dolor que provoca el mismo, son las estrategias de afrontamiento (Hermosilla & Sanhueza, 2015). Tomando en cuenta que determinadas estrategias de afrontamiento pueden ser más adaptativas que otras en pacientes con cáncer, ayudan a mitigar la percepción y el impacto de los síntomas de la enfermedad (San Bartolomé, 2014), impactando directamente en la calidad de vida (Nipp et al., 2016).

Una actitud activa hacia el cáncer da fuerza a una persona para combatir el dolor (Rogala, Mazur, Maslinka, Koper & Staniszewska, 2016), es decir, las personas con cáncer se centran en el mantenimiento y mejoramiento de su salud, gracias a la percepción que tienen (Azcárate-García, Valle-Matildes, Villaseñor-Hidalgo & Gómez-Pérez, 2017). Manejar el ajuste cognitivo a la enfermedad desde el diagnóstico ayuda a la expresión de sentimientos, además de información que las personas crean sobre la enfermedad, influirá hacia la adaptación (Kashani, Vaziri, Akbari, Jamshidifar & Sanaei, 2014).

Estrategias y habilidades de afrontamiento, como la expresión emocional escrita autoafirmaciones positivas (Suárez & Pérez, 2011), esperanza y/o distracción cognitiva (Barragán & Almanza-Rodríguez, 2013), incluso la ignorancia de la sensación (Tabriz, Mohammadi, Roshandel, Talebi & Khorshidi, 2018) facilitan la realización de procesos mentales que disminuyen la intensidad y la duración de la experiencia del dolor, siendo herramientas adaptativas.

En contraste, el llanto, la desesperación y el enojo son situaciones que impiden la capacidad de concentración en relación con el tratamiento afrontando de manera negativa la enfermedad, decayendo su calidad de vida (Torrecilla, Casari & Rivas, 2016).

En estudios enfocados hacia las emociones, Jacobs et al. (2019) mencionan que éstas son generadas por situaciones específicas, como la percepción del funcionamiento físico y actual tratamiento. Si bien el desenvolvimiento emocional puede enfocarse en función de la funcionalidad general, la evitación emocional empleada en la desviación social puede ser una herramienta útil en el manejo de ansiedad y depresión en un primer momento.

En la misma línea, Acosta-Zapata et al. (2017) mencionan algunos

antecedentes en mujeres que utilizan un afrontamiento activo. Uno es estar en una familia funcional; y tener un nivel educativo, por lo menos medio superior. Por otro lado, Rey et al. (2017) Refiere que al tener mayor nivel educativo, la calidad de vida sube considerablemente debido al nivel cultural, económico y recursos de información para generar estrategias de adaptación más eficaces.

En tanto, la evitación inicial de la enfermedad puede ser benéfica para las pacientes con cáncer, siempre y cuando éstas se enfoquen, con el tiempo, en el ajuste personal, familiar y social a las demandas actuales en base al diagnóstico, esto es, iniciar con la práctica de afrontamiento adaptativo que permita percibir mejoría en esquemas específicos de sus vidas. (Cho, Lee & Kim, 2020).

Esto sugiere que las estrategias de afrontamiento pueden ser un indicador que reduce el efecto negativo de variables presentes en la calidad de vida, siendo un pilar predisponente para la adaptación a la enfermedad. Sipilä, Kalso y Lötsch (2020) mencionan que entre menos adaptación y resiliencia exista en las pacientes, existirá un impacto más significativo en variables de la calidad de vida, como estado de ánimo y satisfacción con la vida, es decir, el enfoque debe ir hacia la modificación de las experiencias del dolor.

Todo esto parte de las investigaciones que se han realizado sobre temas como las estrategias de afrontamiento, dolor y calidad de vida. Buffart et al. (2020) indican que una intervención en estrategias de afrontamiento, sin importar el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, puede ayudar a manejar sintomatología psicológica adversa. Esto también dependerá del tratamiento, ya que en el estudio los resultados tuvieron más significancia y tamaño del efecto en tratamiento de quimioterapia.

Desde este punto, las limitaciones de los estudios revisados están de acuerdo en un punto, no poder generalizar los resultados ya que la diferenciación de regiones cambia, o el tamaño de la muestra es muy pequeño (no representativo). Entonces, es prudente que en cada población o cultura puedan tener sus determinados resultados.

Otra de las limitaciones actuales, es que un gran número de los estudios en cáncer son enfocados a mujeres, ya sea totalidad o mayoría de muestra. Por último, en cuestión a calidad de vida y el afrontamiento del cáncer, la duración de la enfermedad puede afectar las estrategias de afrontamiento, dependiendo de cada experiencia de vida (Rogala et al., 2016).

Definición del Problema

En Nuevo León, las estadísticas de mortalidad que generan los tumores cancerígenos van en aumento, siendo que en 2012 representaron la segunda causa de muerte en Nuevo León, lo que equivale al 14.9% de las defunciones, siendo casi la totalidad de estas neoplastias malignas, según el Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2014).

Cuando hablamos de cáncer en la actualidad, se toman en cuenta la dinámica y el funcionamiento familiar y social (Mishra, Brakely, Kano, Nedjat-Haiem & Sussman, 2018), incluyendo el componente emocional, que puede generar síntomas de depresión o ansiedad, debido al mal procesamiento de información, presentando confusión y agitación emocional (Almanza-Muñoz, Romero-Romo & Holland, 2000).

La evaluación de estos elementos es importante, ya que los momentos decisivos para evaluarlos (Rey et al., 2017) pueden delimitar las respuestas psicológicas, tanto adaptativas o desadaptativas. Dicha evaluación debe de tomar en cuenta la edad, ya que en personas jóvenes pueden presentarse más emociones negativas, debido a la incertidumbre de su futuro (Alcañiz, 2017).

Una de las consecuencias que va de la mano con los elementos emocionales, es el dolor. Es esperado e implícito que se presente en algún punto ya que se puede aparecer por invasión del tumor en algún tejido, por el tratamiento, o por enfermedades que causa la percepción de tener cáncer, como la migraña (Garrido, 2013).

Hay que tener en cuenta, en este mismo tenor, que las consecuencias del dolor como las limitaciones en actividades diarias y poco tiempo libre probablemente se pueden atribuir a la duración del seguimiento de la enfermedad, es decir, la percepción no es la misma en casos de cáncer de 10 meses de duración a uno de 3 años (Helbach et al., 2019). Asimismo, la expresión del dolor y sus síntomas también dependen del órgano o sistema afectado por la enfermedad (Castañeda et al., 2015).

Cuando el dolor aparece en los pacientes oncológicos, su calidad de vida se ve afectada en todos los dominios, en especial, determinadas variables, como insomnio y fatiga, provocadas por el mismo dolor (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016). Incluso, el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo se relaciona con percepción de calidad

de vida baja (Li et al., 2015), y baja progresivamente de nivel tiempo después del diagnóstico (Paeck, Ip, Levine & Avis, 2016). Esto sugiere una diversa utilización de comportamientos y estrategias destinadas a la resolución de dificultades o simplemente adecuarse a una situación (Lazarus & Folkman, 1984).

Diversos autores han documentado que el apoyo social en pacientes con cáncer es uno de los afrontamientos más importantes en mujeres mexicanas, ya que este promueve acciones que se llevan a cabo en pro de la salud y bienestar psicológico y físico, mejorando la adaptación ante situaciones estresantes de la enfermedad misma (Azcárate-García et al., 2017).

Por esta razón, una adaptación al dolor mediante estrategias de afrontamiento, mejora de manera paralela, la aceptación del cáncer y el apoyo emocional, y la calidad de vida (Nipp et al., 2016). Sin embargo, no existe una sola forma de afrontar el dolor, que sea efectiva. Algunas estrategias funcionan mejor para unas personas, pero no en todas (Gray, 1990; Taylor, 1990, citados en Almanza-Muñoz et al., 2000).

Esto genera una necesidad para seguir desarrollando tratamientos efectivos en psicooncología, que mejoren la calidad de vida relacionada a las consecuencias del cáncer, como el dolor, es decir, tomando en cuenta el baluarte multidisciplinario de salud, ayudando a atender las necesidades de los pacientes y sus familias, las cuales pueden presentar problemas de comunicación graves, independientemente de su funcionalidad. (Mishra et al., 2018).

El objetivo de dichas intervenciones son generar un afrontamiento asociado a un menor malestar y mejoramiento de la calidad de vida (Llull, Zanier & García, 2003). No significa que una vaya a predecir la otra, sino que se busca una asociación entre variables (Nipp et al., 2016).

Culturalmente, existe la creencia de que el dolor es una variable que solo pueden controlar los médicos, y lo menos importante son los factores internos (Czerw, Religioni & Deptala, 2016). Ahora, las creencias culturales personales pueden afectar el bienestar de las personas diagnosticadas, teniendo en cuenta que entre más perciban que el dolor es reconocido y manejado, aumenta el bienestar psicológico antes mencionado (Topcu, 2018)

Debido a esto, la adaptación al dolor requiere un recurso psicológico que sea

participante directo en el rumbo de la calidad de vida de los pacientes, para reestructurar efectos psicológicos generados por la incertidumbre del futuro, generando consecuencias a nivel físico y orgánico (Pérez-Hernández, Okino-Sawada, Díaz-Oviedo, Lordelo-Marinho & Ruíz Paloalto, 2019).

El análisis de las estrategias de afrontamiento son un eje fundamental para manejar y controlar efectivamente el dolor crónico (San Bartolomé, 2014) y la calidad de vida de las y los pacientes con cáncer (Coyotl et al., 2015), debido a su impacto directo, a raíz de la cognición, en áreas específicas del cerebro, implicadas en los informes y niveles de activación del dolor (Cole et al., 2017), es decir, el esquema cerebral cambia o modifica su funcionamiento, en una perspectiva del dolor, en función de las estrategias de afrontamiento.

Desde un punto de vista de salud en general, es necesario considerar el padecimiento de las personas con cáncer, como un proceso integral, en el cual el componente humano es el más importante (Moreno, Gutiérrez & Zayas, 2017). Incluso, las estrategias de afrontamiento en cáncer se relacionan directamente con el sistema familiar. Un afrontamiento activo supone una mejor adaptación a la enfermedad y apego al tratamiento (Acosta-Zapata et al., 2017).

Partiendo desde este abordaje integral, las estrategias de afrontamiento son un mediador de dichas variables, sobre todo de la adaptación. Presentar un manejo deficiente del estrés puede ser generado por el constante esfuerzo en comprender y manejar la enfermedad, sin embargo, esto directamente puede afectar la adaptación y manejo emocional (Ramos et al., 2020).

Por lo antes expuesto surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles estrategias de afrontamiento hacia el dolor influyen en la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer?

El estudio presentado será un precursor de intervenciones cognitivo-conductual y emocional, que puedan romper el ciclo desadaptativo del afrontamiento y la calidad de vida (Paeck et al., 2016), además de combatir los hábitos que proceden del duelo, lo que resulta en un significado con afecto negativo y poca aceptación (Moral & Miaja, 2015).

Justificación de la Investigación

Esta investigación parte de la premisa de identificar las estrategias de afrontamiento que llevan a una adaptación positiva al dolor. Conocer esto abrirá paso a tratamientos psicológicos específicos en el ámbito multidisciplinario, los cuales deben de tener la misma importancia que las demás áreas de la salud, por ejemplo, sus efectos en estrés (Palesh et al., 2007), ansiedad y depresión (Alcañiz, 2017), que permitan el mejoramiento de la calidad de vida en las mujeres con cáncer, que suelen ser una población vulnerable.

Siguiendo en este mismo esquema, poder generar o desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas tendrá también un impacto en los profesionales de la salud en ámbitos oncológicos, mejorando el rendimiento orgánico y eliminando síntomas psicosomáticos a partir de una panorámica biopsicosocial. La concientización que puede generar este tipo de investigaciones ayudará a mitigar pesares en los pacientes afectados, que van desde lo físico hasta lo mental, haciendo que la personalidad, en términos de afrontamiento hacia el dolor y la enfermedad, se perciba desde un ámbito positivo y de ayuda a sobrellevar y aceptar la enfermedad (García-Conde, 2014).

Así, la psicooncología podrá ser un pilar valorativo en el tratamiento del cáncer, teniendo una posición única como profesionales de la salud mental para promocionar la salud mental en términos de afrontamiento funcional, que sirvan para que el diagnóstico tenga cada vez más, un mejor futuro de calidad de vida (González et al., 2015).

Objetivo General

Predecir las estrategias de afrontamiento al dolor que predicen la calidad de vida percibida en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer.

Objetivos específicos:

1. Determinar las estrategias de afrontamiento al dolor y el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con cáncer.
2. Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida.

3. Predecir la calidad de vida en función de las estrategias de afrontamiento al dolor.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento al dolor y el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con cáncer?
2. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida de las mujeres con cáncer?
3. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento al dolor que predicen la calidad de vida?

Limitaciones y Delimitaciones

Este estudio emplea un muestreo por conveniencia, por ende, no se podrá generalizar los resultados a una población en específico. Esto también quiere decir que no se ha hecho un criterio de exclusión el tipo de cáncer diagnosticado. Por otro lado, saber si las pacientes han tenido o no un proceso de terapia psicológica tampoco fue un criterio.

Otra limitación es el diseño transversal del estudio, teniendo en cuenta que las estrategias de afrontamiento no es una variable estable o inmóvil, sino que depende de las experiencias de vida, el compromiso de logro de objetivos, factores temporales. Es decir, pueden cambiar según el tiempo con el diagnóstico, el trato médico, las condiciones hospitalarias, y situaciones familiares, personales, sociales, económicas y laborales. Sin embargo, la dificultad de obtención de muestra imposibilitaba la investigación para un seguimiento longitudinal.

Por último, cabe mencionar que los análisis estadísticos de regresión carecen de supuestos, pudiendo ser por el tamaño y selección de muestra utilizada, además de casos extremos en algunos sujetos.

Las delimitaciones de este estudio fueron las consecuencias adversas por la pandemia mundial del SARS-COV 2, conocido como COVID 19, el cual retrasó significativamente el muestreo, teniendo que modificar el mismo a ambientes controlados donde exista nulo riesgo de contagio, debido al riesgo que podía conllevar para las pacientes con cáncer. Esto tiene que ver, también, con la ética profesional,

debido a que es un riesgo potencial a la salud tanto del aplicador como de las personas encuestadas.

Instrumentos de Medición

Los instrumentos de medición se eligieron deliberada y cuidadosamente debido a que se necesita una concepción de dolor dentro de las estrategias de afrontamiento. Como se ha mencionado, una situación determinada produce un afrontamiento específico, es decir, depende de la situación y su evaluación, la que hace que las estrategias de afrontamiento sean diversas.

Debido a esto, una evaluación general de estrategias de afrontamiento hubiera tenido limitantes importantes en los datos, ya que, aunque las ponderaciones de los diferentes instrumentos de medición de esta variable dan resultados válidos y confiables, no se adecúa a este estudio por la naturaleza y especificidad del mismo. Para esto, encuentro más objetivo el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD), que evalúa el afrontamiento específico en dolor.

Para la calidad de vida, se observan una variedad grande de pruebas las cuales pueden medirla, sin embargo, el análisis concreto de todos ellos, en un primer momento, se debía inclinar hacia una teoría y dimensiones específicas de la calidad de vida, que se encuentran en el SF-36. Este cuestionario permite delimitar las dimensiones específicas en un rubro interdisciplinar, que generan datos más enriquecedores para incluirlos con el CAD.

Una limitación existente en estos instrumentos es, hablando del SF-36, que mide calidad de vida relacionada con la salud general, no específico en pacientes generales o mujeres con cáncer. En el CAD, la nula sugerencia de punto de corte general ni por dimensión.

A pesar de estas limitaciones, se concluye con balance muy positivo la aplicación de estos instrumentos, debido a sus grandes aportaciones desde el contexto oncológico y psicooncológico, es decir, siendo las más aplicadas en los diseños de investigación, como el planteado en esta tesis.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Estrategias de afrontamiento

Modelo Teórico de las Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

La teoría de las estrategias de afrontamiento, formulada por Lazarus y Folkman (1984), se define como esfuerzos cognitivos que se utilizan para hacer frente a situaciones demandantes, o en las cuales nos sentimos amenazados de alguna manera, tratando de manejar todos los recursos al alcance, de manera personal. Es un proceso dinámico, ya que se genera una evaluación constante de algunos momentos de vida, teniendo múltiples funciones. Todas y cada una de ellas refieren que el propósito no son resultados, sino que en un campo determinado, existirán diferentes funciones, buscando el equilibrio cognitivo y emocional, para después tener un equilibrio comportamental.

Para entender las estrategias de afrontamiento, se debe conceptualizar como un proceso dinámico, en el cual, el estrés es el mecanismo primario, comprendiéndolo como un estado psicológico o emocional que causa displacer o emociones negativas, debido a una situación percibida como amenazante (Saleh, 2015).

Después de que aparece el estrés, se procesa la información haciendo una evaluación cognitiva, esto tiene como moderador la experiencia previa, personal o ajena, presentando una determinada percepción sobre el estresor. Esta servirá de como parte aguas para definir de manera psicológica y automática, la manera de afrontar la situación (Lazarus & Folkman, 1984).

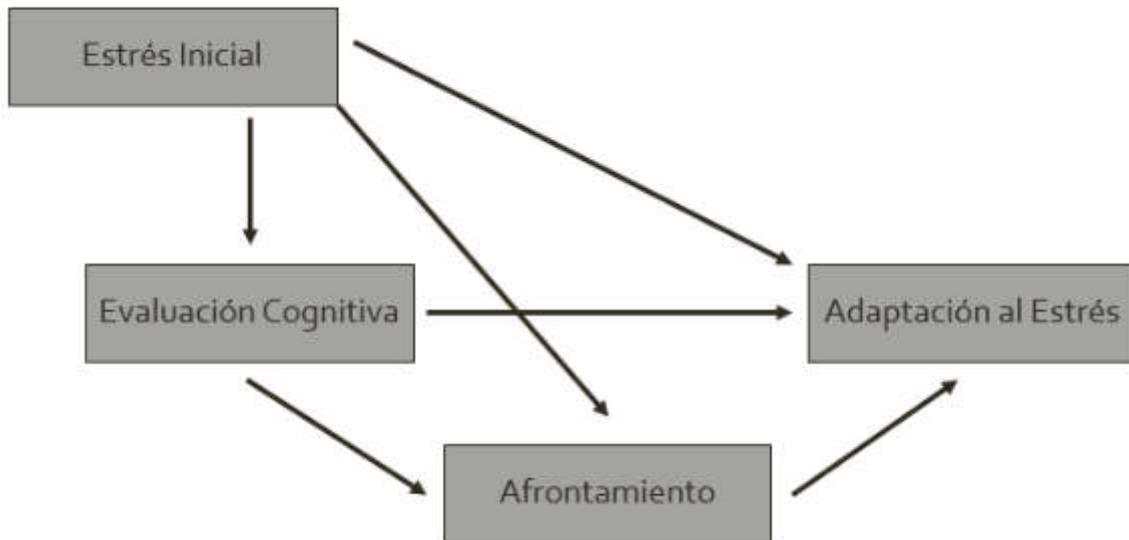


Figura 1. Modelo de Adaptación a Situaciones Estresantes (Riley & Park, 2014)

En la figura 1 se puede observar la esquematización del afrontamiento bajo sus moderadores como lo es el estrés inicial, y la evaluación cognitiva que se necesita para poder determinar la forma del afrontamiento, sabiendo las variables personales, psicológicas y sociales que pueden regir la cognición de una persona.

Según Lazarus y Folkman (1984) esta respuesta siempre tiene el objetivo de adaptarse al estrés, sin embargo, no siempre se logra. La evaluación cognitiva y el afrontamiento son reacciones subjetivas, factores diversos pueden aumentar o atenuar el procesamiento de los estresores.

Ahora, en el afrontamiento, existen dos grandes vertientes, o presentaciones generales, el enfocado hacia el problema, y el enfocado hacia la solución. El afrontamiento enfocado al problema trata el estresor de manera directa, es decir, sus esfuerzos están dirigidos a solucionar la situación amenazante; El afrontamiento enfocado al problema trata de controlar las emociones y sentimientos evocados del estresor, tratando de cambiarlos a positivos (Lazarus & Folkman, 1984), siendo estos, por algunos autores, menos beneficiosos en su solución o adaptación al estresor, debido al desajuste psicológico que puede causar (Sehati, Mirghafourvand, Harischi, & Estefahani, 2017) y la intensidad y duración elevados de emociones negativas (Gilberston-White, Campbell, Ward, Sherwood & Donovan, 2017).

Este procesamiento de problema o emoción son métodos paralelos, es decir, se

pueden dar en el mismo momento, sin embargo, se utiliza un afrontamiento diferente para el manejo específico de los mismos.



Figura 2. Enfoques de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984)

Tanto personalmente, como de manera grupal, la teoría transaccional del estrés consiste en la identificación de sensibilidad y vulnerabilidad de una determinada situación (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1984) también aportan otra perspectiva muy interesante. Mencionan que el proceso de afrontamiento implica cambios continuos entre confrontación o lucha y evitación o retirada, sobre todo en enfermedades percibidas como mortales. Ellos consideran la evitación un medio importante y natural para la seguridad personal. En la hora en que este proceso sea completado con relativo éxito, este ciclo ocurre con menor frecuencia, debido a la experiencia, generando un crecimiento psicológico de adaptabilidad.

Este proceso en enfermedades crónicas se da en tres fases (Lazarus & Folkman, 1984), la etapa de shock, donde pueden aparecer crisis y desapego general; encuentro, donde aparece impotencia por poco control de la situación y la desorganización de la vida misma; y la retirada, que viene acompañada de evitación, como afrontamiento, la cual puede ayudar a aceptar la realidad, sin embargo, depende de la evaluación cognitiva para poder tener dicha aceptación.

Estas fases descritas tienen como objetivo dar una explicación de la subjetividad inmersa en el afrontamiento, el por qué una persona se rinde o no,

tomando en cuenta el apoyo social percibido. Sabiendo que dicha subjetividad puede tener variabilidad, como tintes racionales o irracionales, los estudios en poblaciones determinadas pueden abrir paso al conocimiento psicológico, psicosocial, cultural y familiar de las mujeres con cáncer.

Esta idea se plantea consistente con lo referido por Lazarus y Folkman (1984) ya que mencionan que en algunas ocasiones, utilizar sólo la definición de afrontamiento enfocado hacia la emoción o hacia el problema no resulta clara, ya que la premisa del afrontamiento es lidiar con el impacto emocional que causa o genera una situación. Así, pueden existir tipos de afrontamiento conductuales o cognitivos que ayuden o mantengan situaciones en control de las personas en situaciones estresantes, siendo que la determinación de adaptativo y desadaptativo lo dará la funcionalidad subjetiva de la misma (Soriano & Monsalve, 2002).

Por otro lado, existen algunas estrategias de afrontamiento que son dirigidas tanto hacia la emoción como hacia el problema, como búsqueda de información, debido a que la búsqueda de información puede ser individual o grupal, siendo ésta ya parte de la búsqueda de apoyo social (Lazarus & Folkman, 1984), siendo una parte esencial para lograr la adaptación.

Afrontamiento y cáncer

El afrontamiento, dependiendo de la situación, se adapta a las circunstancias contextuales en las que un individuo está inmerso, así, en el caso del cáncer, la adaptación a esta condición se puede ver distorsionada en función de la calidad de vida, mostrando así una posible relación recíproca (Danhauer & Farmer, 2009).

Sin embargo, cabe mencionar que esta posible relación se genera desde el diagnóstico inicial de cáncer, además, de variables sociodemográficas, como económicas, lo que puede sugerir, en un inicio, la utilización de estrategias de afrontamiento ante la situación problema (Czerw et al. 2016), causando una determinada percepción de calidad de vida, entre ellas pérdida de autonomía y tratamiento posterior, y esto afectando, de nuevo, al afrontamiento (Mishra et al., 2018).

El término de tipos y estrategias de afrontamiento es un debate entre diferentes autores, sin embargo se reduce a que el estilo de afrontamiento es la elección persona, que no siempre es objetiva y racional, se hacerle frente a los estresores; y las estrategias de afrontamiento hace referencia a los procesos concretos que se utilizarán para cada contexto (Lazarus & Folkman, 1984).

Debido a que la conceptualización social de una enfermedad como el cáncer y el afrontamiento son variables con trasfondo cultural, es necesario investigar y tomar en cuenta dichos parámetros, entre ellos, el familiar. La familia es pieza importante en el desarrollo psicológico, la cual puede aportar creencias que median el afrontamiento a determinados estresores, generando así una experiencia de afrontamiento, el cual puede ser adaptativo o desadaptativo (Peer, 2016).

En un estudio realizado por Riley y Park (2014) se evaluó cómo el afrontamiento al problema interfiere en la percepción de los estresores, teniendo como resultado que esto mejora la evaluación cognitiva en función de la capacidad de control que puede tener una persona con cáncer. Sin embargo, esto también se puede regir por el nivel de apoyo social percibido (Azcárate-García et al., 2017) indicando una relación positiva con el manejo de la enfermedad.

Sobre estos resultados, puede ser también la evaluación cognitiva previa, la psicoeducación y el conocimiento de la enfermedad en un momento previo podría atenuar o modificar el futuro afrontamiento reactivo que pudiera aparecer, haciendo estragos en otros indicadores como la calidad de vida.

Las hipótesis sobre este tema se centran en el tipo de afrontamiento generado por el diagnóstico, ya sea activo o pasivo, o centrado en problemas o soluciones (Riley & Park, 2014), y cómo éste afecta la calidad de vida (Paeck et al., 2016) y la diferencia de resultados de estas variables con personas sin enfermedad (Ahadi, Delavar & Rostami, 2015), encontrando diferencias significativas entre grupos en este problema de investigación, siendo el afrontamiento, en muchos casos, variable independiente.

Por otro lado, autores como Azcárate-García et al. (2017) se inclinan por algún tipo de afrontamiento activo para dar solución a problemáticas como el apoyo social y su efecto en el seguimiento en cáncer de mama.

Estos estudios nos han dejado clara una cosa, el ciclo vicioso que puede presentarse en estos indicadores. Así como el afrontamiento al dolor influye en la calidad de vida, esta puede afectar directamente al afrontamiento, teniendo un proceso circular donde se repiten las consecuencias adversas. El punto de partida desde la perspectiva de la psicología de la salud, es manejar las variables moderadoras psicológicas de origen cognitivo, es decir el afrontamiento, para mejorar la calidad de vida y modificar o destruir el ciclo negativo.

Las principales limitaciones de estas hipótesis engloban 2 vertientes: la primera, que algunos estudios utilizan estudios transversales, lo que evita que se pueda observar cambios en el tiempo, con el pasar del diagnóstico, además de no tener muestras representativas; y la segunda, que los estresores que se medían (vitales para generar afrontamiento) no eran muy generales, como por ejemplo, estresores académicos (Riley & Park, 2014), y no pueden ser comparados en diferentes edades.

Medición de Afrontamiento

Para la medición en investigación, existen diferentes instrumentos con los cuales medir esta variable tan cambiante y activa. En los estudios más actuales utilizan el COPE (Coping Orientation to Problem Experienced) que permite saber qué estrategias de afrontamiento utilizan las personas, además de indicar cuales pueden potenciar o decrementar su potencial en una determinada intervención psicológica (Martínez-Ortega, Gomà-i-Freixanet & Fornieles-Deu, 2018). También, el Ways of Coping Questionnaire también tiene una amplia utilización. Estos instrumentos no discriminan entre situaciones específicas de afrontamiento, sino que evalúan de manera global.

Sin embargo, para objetivos de la tesis se aplica un instrumento más específico, para que los datos y las variables sean lo más controladas posible, y que en caso de no evaluar las estrategias de afrontamiento al dolor, es decir, hacerlo separado (afrontamiento – dolor) puede generar sesgos de resultados y validez interna, ya que no se podría concluir que los resultados del afrontamiento se dan por el estresor, que en este caso es el dolor.

Dolor

Dolor en Cáncer

El cáncer no es una enfermedad dolorosa en un inicio, sin embargo, tras un tiempo, se torna muy doloroso e intenso. El dolor es una variable temida para las personas que son recién diagnosticadas, en algunas ocasiones el dolor no aparece de forma grave, sin embargo esto puede ser causa de expansión hacia otras áreas del cuerpo (Torregrosa & Tagle, 2017).

La definición de dolor ha ido cambiando con los años. Su descripción se debe a la actualización de conceptos vitales en la percepción del dolor. En sí mismo, es una experiencia subjetiva, afectada también por distintos componentes como el estado de

ánimo, expectativas, cultura, genética, entre otros (Money & Garber, 2018).

Czerw et al. (2016) encontraron que una de las creencias que más frecuentemente se tiene en las mujeres diagnosticadas con cáncer, afectando lo que se menciona anteriormente, que es creer que los médicos son los únicos capaces de controlar el dolor que presentan o presentarán en el futuro, teniendo que recurrir a afrontamiento emocional, el cual puede llegar a ser disfuncional, la mayoría de las veces.

Aunque el dolor si tiene componentes psicológicos que afectan su percepción, como la sugestión negativa y el catastrofismo excesivo, también tiene un componente que desde la psicología de la salud es imposible manejar, y es el fisiológico y orgánico, el cual sólo con los tratamientos médicos adecuados puede tratarse. Sin embargo, el umbral del dolor si puede modificarse para beneficio del paciente.

En este sentido, el dolor es una experiencia angustiante asociada con el daño tisular real o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales. (Williams & Craig, 2016, p. 2). En diferentes hallazgos de estudios se ha observado la relación del cáncer, y el dolor, sugiriendo que su etiología y opciones de tratamiento son muy parecidos (Gilberston-White et al., 2017). Las cirugías invasivas, radioterapia (Poleshuck et al., 2006), y un mayor número de zonas donde se percibe el dolor (Mun, Ruehlman & Karoly, 2019) afectan el componente nervioso, psicológico e inmunológico del dolor.

Esta característica negativa del cáncer afecta las actividades personales y laborales de las personas con cáncer, ya que San Bartolomé (2014) plantea que entre más intensidad y más áreas del cuerpo se perciban con dolor, el distress puede aparecer con mayor intensidad, además de interferir en el sueño y disfrute de la vida (Jenkins et al., 2018). Uno de los tratamientos médicos más utilizados son los opioides (Mercadante et al., 2014), pero existen riesgos en su utilización, como tolerancia a largo plazo.

En este mismo parámetro, los profesionales de la salud deben informar que la calidad de vida puede verse afectada (Wiedemann et al., 2017) debido al impacto fisiológico y psicológico que produce el dolor (Torregrosa & Tagle, 2017). En un estudio reciente, Gavric y Vukovic-Kostic (2016) concluyen que las funciones emocionales y sociales son las más afectadas por el dolor, teniendo en cuenta que cuando existe una

etapa más grave, se intensifican las consecuencias, como la depresión (Kokkonen et al., 2016).

También, Torregrosa y Tagle (2017) mencionan algunas causas del dolor debidas al proceso oncológico:

- Invasión tumoral ósea
- Compresión e infiltración tumoral de vías, troncos o plexos nerviosos
- Infiltración de vasos sanguíneos
- Oclusión de vasos sanguíneos
- Obstrucción de vísceras huecas o de conductos de vísceras sólidas
- Tumefacción o edema de estructuras recubiertas de fascias u otras con sensibilidad dolorosa
- Necrosis, infección o ulceraciones de mucosas con sensibilidad dolorosa

Desde la perspectiva de investigación en psicología clínica y de la salud, se utilizan una amplia gama de instrumentos estandarizados, como el Survey of Pain Attitudes (SOPA), Pain Attitudes Questionnaire-Cancer (PAQ) y el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). Estos instrumentos permiten tener una conceptualización física y psicológica de la percepción y sistematización del dolor, aportando datos interesantes en investigaciones sobre dolor crónico y dolor provocado por el cáncer (Mah et al., 2017).

Dolor Crónico

El dolor crónico es el dolor típico del cáncer (Puebla, 2005), y es inevitable, causando angustia y sufrimiento, alojándose en el núcleo de la persona, y generando problemáticas familiares y/o personales, laborales y muchos problemas financieros, además de aislamiento social, preocupación e incluso suicidio en algunos casos (Katz, Rosenbloom & Fashler, 2015). Su duración es ilimitada, y por ende, el factor psicológico está presente.

El dolor crónico, a partir de los nuevos hallazgos científicos, empieza a tener una base neurofisiológica para muchos de los síntomas (Reyes, González, Mohar & Meneses, 2011), y además, se asocia con la ansiedad y depresión, empezando a tener comorbilidad. Sin embargo, sería más enriquecedor y multivariable desarrollar teorías desde la psicología para tener una comprensión más adecuada del dolor (Morley &

Williams, 2015).

Dolor Agudo

El dolor agudo, a comparación del dolor crónico, es limitado en tiempo, y el componente psicológico no tiene un papel muy importante. El dolor neuropático, fracturas en huesos, rupturas musculares, son ejemplos de situaciones donde el dolor agudo aparece (Puebla, 2005).

El dolor agudo, regularmente, es causado por daño directo a nervios que son presionados por los tumores cancerígenos, o incluso el tratamiento para el mismo. Llamado dolor neuropático, su prevalencia ronda entre el 40% de la población con cáncer en algunas culturas y países, y éste interfiere significativamente con las actividades diarias y la calidad de vida de los pacientes (Yoon & Oh, 2018). Sin embargo, también el dolor se da por los síntomas somáticos o viscerales, es decir, del dolor en las estructuras superficiales o en los órganos. Esto se denomina dolor nociocectivo, ya que el cáncer puede establecerse tanto en la piel, tejido conectivo o ya sea dentro y fuera de órganos (Russo & Sundaramurthi, 2019).

Tratar de manera inadecuada el dolor perjudicaría la calidad de vida y los resultados futuros de la enfermedad debido al poco manejo del mismo, ya que aunque el umbral del dolor juega un rol importante, la analgesia que se logra desde una perspectiva médica, e incluso psicológica puede prevenir sus complicaciones, pudiendo convertirse en dolor crónico (Money & Garber, 2018).

Afrontamiento al Dolor

La vida diaria la componen una serie de actividades, las cuales, en un inicio, no tienen en cuenta al diagnóstico o la enfermedad en concreto, sin embargo, con el pasar del tiempo, el cáncer empieza a tener la atención del paciente y su familia. Topcu (2018) menciona que las personas cuyas actividades diarias no se vieron afectadas por el dolor, tienen un mejor bienestar psicológico, es decir, las creencias sobre el dolor y sus efectos pueden facilitar la capacidad de lidiar con el mismo.

Debido a que el afrontamiento al dolor es una variable aplicada a una situación específica, las hipótesis planteadas en la literatura no difieren en su esencia. Por lo regular el dolor va ligado con el distress (Poleshuck et al., 2006). Gilberston-White et al. (2017) plantean un estudio interesante, tratando de comprobar que las estrategias de

afrontamiento enfocadas al problema se asocian con la severidad y consecuencias del dolor, y las enfocadas a la emoción con el distress generado por el cáncer.

También cabe mencionar que las variables dependen de la edad y de la etapa del desarrollo en que se encuentre la persona. Mah et al. (2017), utilizando una perspectiva biopsicosocial, concluyen en uno de sus estudios que los pacientes más jóvenes se centran en el problema, y entre más edad tenga una persona, es decir, los pacientes mayores, se centran más en las emociones y consecuencias.

En la consecución de futuros resultados de estudios sobre el afrontamiento al dolor podría haber dos tipos de diseños, los orientados a reestructurar las estrategias disfuncionales o reactivas y/o los orientados al manejo efectivo del dolor con técnicas psicológicas comprobadas para este punto, la integración de estos dos aspectos podría tener resultados interesantes.

Manejo del Dolor

El dolor continuamente es un problema para las mujeres que padecen cáncer, y esto genera un desarrollo e implementación de estrategias de afrontamiento que ayuden a hacerle frente (Gilbertson-White et al., 2017).

La intensidad inicial del dolor en el diagnóstico de cáncer se ha indicado como un factor determinante, ya que entre más potente o intenso sea el dolor, más tiempo se requerirá para manejarlo y estabilizarlo, ya sea con tratamientos médicos, psicológicos o ambos (Mercadante et al., 2014).

Uno de los objetivos de la psicología sanitaria en el ámbito hospitalario es poder reducir los niveles de dolor que presentan los pacientes. El mejoramiento en comunicación asertiva, y su práctica ayudan a que el dolor y sufrimiento se reduzcan (Winger et al., 2018), su intensidad será proporcional a la interferencia en la vida cotidiana de los pacientes con cáncer, provocando mayor angustia (Zdun-Ryzewska. Chojnacka-Szawlowska, Basinski, Leppert & Majkowicz, 2019). La gravedad del dolor se asocia significativamente con el bienestar psicológico (Topcu, 2018).

En algunos estudios revisados, el planteamiento del problema se basa en que el dolor depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas (Gilberston-White et al., 2017), de la adaptación a la enfermedad (Czerw et al., 2016) la percepción de los

pacientes a partir de intervención psicológica, la más utilizada, la terapia cognitivo-conductual (Morley & Williams, 2015).

El manejo del dolor comprende, en su esfera más importante, un planteamiento psicológico específico, ya que dese la psicoeducación inicial pueden existir cambios, hasta la intervención debidamente orientada para su mejoramiento cognitivo.

Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido conceptualizada en diferentes ámbitos de enfermedad y salud, sin embargo, se tienen en cuenta varios aspectos, como el resultado cognitivo ante situaciones estresantes, y valoradas como amenazantes (Etcheld, van Elderen & van der Kamp, 2003).

Lo antes mencionado afecta directamente los elementos generales de la vida como sentimientos y emociones, satisfacción con la vida y posible ausencia de situaciones negativas, además claro, de las consecuencias físicas, que como mencionan Kokkonen et al. (2016) en una hipótesis de investigación, la percepción de las capacidades funcionales de las mujeres con cáncer median su calidad de vida en algunos aspectos, siendo la dimensión física y social las más afectadas en este diagnóstico (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016).

Por otro lado, Patrick y Erickson (1993) proponen otro aspecto en la calidad de vida relacionada con la salud, como lo es la temporalidad de la vida y el valor que se le dio a la misma, teniendo en cuenta el aspecto social. En este sentido, Wu (2000) menciona que estos aspectos de salud deben de ser vivenciados por la misma persona, haciendo una evaluación individual de su calidad de vida.

Teorías sobre la Calidad de Vida

Calidad de vida en Pacientes con cáncer

En diferentes investigaciones se ha estudiado este proceso, y debido a su naturaleza psicológica, existen variables positivas y negativas que afectan la calidad de vida. Sadat y Pahlevan (2018) encontraron que la incertidumbre por falta de información de tratamientos, hospitalización y recurrencia del cáncer se relacionan negativamente con la calidad de vida. Por otro lado, Sehati et al. (2017) tuvieron hallazgos de variables

positivas, siendo la autoconfianza, duración de la enfermedad, estilo de vida y estado del cuidador relacionados positivamente con la calidad de vida., además del autocuidado (Torres-Reyes et al., 2019).

Si bien las variables predictoras descritas anteriormente no pertenecen al mismo campo teórico, si son psicológicamente importantes, y fundamentan resultados importantes, ya que el mantenimiento y procuración de las variables puede modificarse positivamente la calidad de vida (Rey et al., 2017).

Estos conceptos hacen ver que la calidad de vida relacionada con la salud son parte del concepto de “calidad de vida” en general, sin embargo, aportan datos observables, medibles y objetivos en cuanto a su medición precisa (Urzúa, 2010), así como describir la salud desde la perspectiva subjetiva en función de alguna enfermedad, su tratamiento y posible deterioro (Mota, Aldana, Bohórquez, Martínez & Peralta, 2018).

Siguiendo con el tema de su medición precisa, a lo largo de la historia se han desarrollado diferentes tipos de instrumentos para la calidad de vida, sin embargo, los más recientes, tomando la definición más actual, ayuda a delimitar contextualmente los más apropiados. En este rubro están, por ejemplo, el WHOQOL-BRIEF, creado por la OMS en el 2004, Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ por sus siglas en inglés), el SF-36 y SF-12, los cuales se encuentran en una gran proporción de investigaciones en latinos, y algunos más sobre temas específicos como el cáncer, como La Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC por sus siglas en inglés).

Afrontamiento y Calidad de Vida

La definición de calidad de vida (OMS, 1996) se formuló en función de la percepción de un individuo sobre su lugar en el entorno cultural, y en el sistema de valores que vive, así como la relación de variables psicológicas, teniendo de base la salud física, psicológica, independencia, ámbito social y creencias personales. Esto engloba no sólo la ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de salud.

Este concepto ha tenido muchos cambios, debido a la integración de variables tanto mentales como contextuales y psicológicas, las cuales interactúan con el sujeto, creando una respuesta individual y social ante situaciones determinadas, y reales, de la

vida.

No muy distinto en su definición, Robles (2004) conceptualiza la calidad de vida como la percepción personal del bienestar físico, mental y psicológico. Siendo así, una evaluación sobre cada una de las esferas de la vida actual. Este autor también especifica el término en relación con la psicología de la salud, teniendo en cuenta distintos factores relacionados con el proceso de salud-enfermedad de personas afectadas por alguna condición en específico, entre ellas están: diagnósticos; síntomas y quejas subjetivas; funcionamiento fisiológico, psicológico, cognitivo y físico; percepciones generales de salud; y funcionamiento social.

En cáncer, la calidad de vida ha sido un tema muy estudiado, generando resultados que nos permiten observar una diferenciación significativamente baja que las población en general, siendo un grupo en riesgo, debido a las complicaciones psicológicas, sociales, laborales, personales y familiares que conlleva dicha condición (Kokkonen et al., 2016).

Existen variables personales que pueden mejorar la calidad de vida, según Torres-Reyes et al. (2019) el autocuidado es un indicador que puede aumentar el afrontamiento positivo para mejorar la calidad de vida en los adultos con cáncer. Sadat y Pahlevan (2018) mencionan lo mismo pero para el afrontamiento disfuncional. Según sus hipótesis, la incertidumbre como variable negativa afecta el afrontamiento, que por su parte afecta la calidad de vida.

En diferentes resultados de investigación se concluye que el afrontamiento y la calidad de vida son procesos dinámicos y recíprocos en las personas con diagnóstico de cáncer. Danhauer y Farmer (2009) aportan hallazgos importantes en esta relación, encontrando que la calidad de vida predice el apoyo social y optimismo, y viceversa, lo que conduce a un análisis muy concreto y especializado para estas dos variables, pudiendo predecir una en base a la otra (Paeck et al., 2016).

Estas variables, además del afrontamiento y dolor son ampliamente estudiados alrededor del mundo, también por ser una cuestión cultural la que puede determinar los resultados (Campbell et al., 2009). En este sentido, una gran cantidad de autores utilizan un diseño de investigación transversal correlacional, gracias a la oportunidad que se tiene de predecir indicadores importantes de estos temas; sin embargo, también los diseños longitudinales de panel son ampliamente utilizados, ya que estos permiten

observar durante un periodo de tiempo la evolución de las variables, sobre todo como el afrontamiento y la calidad de vida, en diferentes roles de estudio, presentan cambios a nivel estadístico.

En lo personal, los diseños longitudinales pueden aportar información más enriquecedora al campo de investigación, sin embargo el tipo de muestra con diagnóstico de cáncer, y su posible heterogeneidad dificultan dichos resultados. Debido a esto, este estudio presenta un diseño transversal correlacional, que como se mencionó en el apartado de limitaciones y delimitaciones, tiene sus respectivas complicaciones.

Consecuencias psicológicas adversas

Las consecuencias a nivel psicológico que pueden aparecer en un diagnóstico de cáncer y que puede modificar el nivel de la calidad de vida es el estrés, la ansiedad y la depresión, siendo parte importante de los sentimientos y emociones que genera el dolor, y que no ayudan en su manejo (Morley & Williams, 2015).

Los efectos que el estrés tiene en el cuerpo se relacionan con un sinnúmero de enfermedades con efectos negativos sobre el sistema inmunológico y su capacidad para sobrellevar la carga que requiere. En el cáncer, la atención que se le presta al afrontamiento que un paciente genera hacia las situaciones estresantes, y que llegan, en un punto, a ser cotidianas en su vida. Los más vulnerables se pueden describir como las personas que presentan una personalidad tipo C, teóricamente predispuesta al cáncer por sus características, ya que pueden presentar conformismo y/o dependencia respecto a cuestiones de valor para ellos, tendiendo a la desesperanza, indefensión y represión de expresiones emocionales (Cabrera, López, López & Arredondo, 2017).

Teniendo en cuenta que el cáncer no es el único evento estresante por el cual los pacientes diagnosticados hacen frente, otros eventos interactúan con el cáncer, fatigando mentalmente a la persona implicada, incluso a su cuidador primario y familia nuclear (Merluzzi, Chirico, Serpentine, Yang & Philip, 2019).

La ansiedad, incluso la depresión, son predictores de la calidad de vida, debido a alteraciones o incluso trastornos en el estado de ánimo, que se presentan durante los tratamientos oncológicos, tornando hacia una percepción negativa de la vida, incluso generalizándose hacia aspectos que no tienen que ver con la enfermedad (Polanski,

Jankowska-Polanska, Rosinczuk, Chabowski & Szymanska-Chabowska, 2016).

El manejo adecuado de la ansiedad posibilita a las mujeres con cáncer a tener una mejor adaptación al dolor, entre otras emociones negativas que afectan su calidad de vida (Mota et al., 2018).

La depresión es un trastorno frecuente en el cáncer (Pousa, Miguelez, Hernández, González & Gaviria, 2015), apareciendo en las primeras semanas después de que le es anunciado el diagnóstico a un paciente, y gran parte de estos pacientes desarrollan depresión grave. El NCI (2017) estima que entre un 15% y 25% de los pacientes con cáncer están afectados por la depresión.

Existen diferentes factores de riesgo que pueden facilitar la aparición de trastornos del estado de ánimo, en concreto la depresión. Pousa et al. (2015) destacan los siguientes:

- Tipo de cáncer
- Estadio del cáncer
- Tratamiento oncológico en curso
- Antecedentes de depresión
- Dolor
- Pocas redes sociales
- Estado funcional negativo
- Menor edad

Prevención y Mantenimiento de la Calidad de Vida

El recurso individual de la personalidad puede influir positiva o negativamente en la calidad de vida de una persona (Hamidou et al., 2017). Las emociones positivas, y su entrenamiento psicológico, ayudan a que el bienestar global de los pacientes con cáncer mejore, además de que los tipos de personalidad no presentan ventajas o desventajas (Louro, Blasco & Fernández, 2008).

Otra variable implicada en el mantenimiento de la salud es la capacidad del autocuidado (Torres-Reyes et al., 2019), ya que al tener un cuidado integral de la salud, el aspecto físico, mental y psicosocial mejoran en mayor medida, inclusive aportando para la recuperación de la misma.

El sistema de apoyo familiar también juega un papel crucial. Pacientes que no viven con sus familias, tienen problemáticas de pareja o insatisfacción matrimonial, así como cuidadores primarios que sean familiares directos, que no sean esposos, presentan calidad de vida más baja (Sehati et al., 2017).

El apoyo psicológico es una de las variables más importantes en el mantenimiento de la calidad de vida, ya que se reduce a percepciones y no hechos. Aprender a tener un control óptimo en material cognitiva, emocional y conductual facilitará el proceso médico, además de ayudar en el mejoramiento de la autoestima (Martínez-Basurto et al., 2014).

Eventos traumáticos

Los eventos traumáticos son situaciones donde una persona se enfrenta a emociones muy negativas, siendo incapaz de manejarlas a su disposición. En el momento de la noticia de un diagnóstico de cáncer, se torna trágico, catastrófico o con sentido de sufrimiento, y dependencia, teniendo poca asimilación de la información referida por el personal sanitario, afectando directamente en su bienestar, aumentando la reacción de desorientación y desadaptación (Cabrera et al., 2017).

Debido a que el cáncer es un evento traumático por la creencia social que esto conlleva, las emociones y pensamientos negativos y catastrófico aparecen muy frecuentemente, sobre todo en el inicio del diagnóstico, cuando éste es comunicado. Éstas consecuencias llevan consigo un posible diagnóstico, o rasgos, de trastorno de estrés postraumático, siendo éste las vivencias intensas de emociones negativas generadas por una situación estresante del pasado, pero que aún genera un impacto psicológico negativo importante. Estas características suelen moderarse en función de las representaciones personales y familiares de la enfermedad, y cómo éstas representaciones o evaluaciones cognitivas impactan en el afrontamiento (Acinas, 2014).

Otra consecuencia del trauma por diagnóstico de cáncer es la depresión (Ruíz-González, Zayas, Morales-Sánchez, Gil-Olarte & Guil, 2019), siendo un factor que es asociado con el poco o nulo ajuste psicológico ante esta situación. Por lo regular la depresión también se relaciona con el poco apoyo social percibido, evitación y compromiso personal deficiente para con el tratamiento multidisciplinario.

Con el paso del tiempo, una persona diagnosticada con cáncer puede manejar las emociones y pensamientos negativos que le genera su condición de salud, siendo la flexibilidad psicológica una variable importante en el desarrollo de adaptación a la enfermedad, asociándose positivamente con bienestar subjetivo, ligado a la calidad de vida (Aguirre-Camacho & Moreno-Jiménez, 2017). La información, experiencias de otras personas, el paso del tiempo y la exposición personal a dicha situación pueden ser variables que se relacionen negativamente con el trauma.

También, la identificación de emociones y cogniciones positivas presentes en los pacientes puede ser un antecedente de vivencia traumática, ya que estas tienden a generar respuestas de crecimiento, adaptabilidad y maduración personal, es decir, aprendizaje de la enfermedad y conocimiento de las reacciones positivas y negativas de sus cuerpos, sin necesidad de, obligatoriamente, dar un significado específico al trauma vivido (Guil et al., 2016).

Cáncer

Signos y Síntomas

La Sociedad Americana de Cáncer (2014) (ACS, por sus siglas en inglés) describe que esta enfermedad es de origen multivariado en síntomas y signos, los cuales dependerán de la localización en el cuerpo del tumor o sarcoma, su tamaño, y la afectación a órganos o tejidos cercanos, además de los efectos secundarios de los tratamientos médicos.

Cuando un tumor cancerígeno va creciendo, es decir, la etapa en la que está sube de nivel, ejerce presión sobre vasos sanguíneos y nervios, causando dolor agudo. Si el cáncer se aloja en el cráneo o cerebro, los síntomas pueden aparecer rápidamente.

El cansancio, fiebre, pérdida de peso, son signos que provoca el cáncer, debido a la energía que consumen las células cancerígenas para reproducirse, haciendo que el sistema inmunológico genere estas respuestas ante las demandas orgánicas (Sociedad Americana de Cáncer, 2014).

Es importante la atención enfocada a dichos síntomas, ya que no es necesario sentir dolor para tener el diagnóstico. En función de la ubicación del cáncer, pueden aparecer síntomas aún más específicos de los ya mencionados, como dolor, bultos en

el seno, dificultad y/o dolor al orinar, sangrado, tos, entumecimiento muscular facial, convulsiones, cambios en la vista (NIH, 2019).

Todas estas variables son importantes para el diagnóstico, sin embargo, es necesario realizar estudios médicos de mayor profundidad para confirmarlo. El primer paso es realizar un historial clínico sobre los pacientes, posteriormente se realizan pruebas de laboratorio, examen físico, pruebas con imágenes e incluso biopsias (NIH, 2019)

Etapas

El estadio o etapa del cáncer se refiere a el tamaño, extensión y esparcimiento del tumor cancerígeno en una o varias zonas del cuerpo. Éste se determina con rayos X, análisis de laboratorio o análisis especializados de imagen. El sistema TNM es uno de los más generales para determinar el estadio del cáncer. La T se refiere a tumor; N a la extensión del cáncer hacia nódulos o ganglios; y M metástasis. Este toma en cuenta la ubicación del tumor, el tipo de células, tamaño del tumor, posible diseminación a ganglios linfáticos cercanos, metástasis, y probabilidad de que el tumor crezca (NIH, 2019).

El TNM (NIH, 2019) clasifica los estadios en los siguientes:

- Estadio 0. No es cáncer, pero puede convertirse en cáncer debido a que existen células anormales presentes, pero no están dispersas en el tejido.
- Estadios I, II y III. Cáncer; cuanto más grande sea el tumor es un estadio más cercano al III, extendiéndose, por esta condición a los tejido cercanos.
- Estadio IV. Cáncer disperso en el cuerpo (Metástasis).

Por otro lado, este sistema también describe el cáncer en función de su forma:

- In situ. Presencia de células anormales pero no están dispersas en el tejido.
- Localizado. Limitación del tumor cancerígeno a permanecer en el mismo tejido.
- Regional. Extensión del cáncer hacia otros tejidos o estructuras.
- Distante. Diseminación del cáncer hacia partes distantes del cuerpo.
- Desconocido. Información insuficiente para determinar el estadio.

Estas definiciones son utilizadas para entender la gravedad del diagnóstico y la posibilidad de sobrevivencia de los pacientes, teniendo en cuenta el tratamiento y estudios específicos para la determinación del equipo médico y multidisciplinario.

Tipos

Debido a que el cáncer es una enfermedad que puede aparecer en cualquier zona del cuerpo, sus clasificaciones se maximizan, teniendo más de 200 tipos diferentes. En México, según el INEGI (2014), se clasificaron los 10 tipos de cáncer que más muertes propician. El cáncer de mama tiene más prevalencia, con 14.3% de los casos, seguido de cuello uterino con 9.2%, hígado 7.8%, pulmón 6.9%, estómago 6.4%, colorrectal 6.3%, y el 17.5% restante se divide entre el cáncer de ovario, páncreas, leucemia y linfoma no hodkin. Siendo estos casi el 50% de los casos (Aldaco-Sarvide et al., 2015)

Psicología de la Salud

Psicooncología

En la antigua Grecia, Galeno, quien era médico, refería y afirmaba que las mujeres melancólicas eran más propensas a padecer cáncer, que las mujeres sanguíneas, a partir de este punto en la historia la psicooncología iba formulándose, sin embargo, las primeras investigaciones sobre esta condición lo abarcaban el componente médico-orgánico y las respuestas del organismo (Cabrera et al., 2017).

La psicooncología toma en cuenta los factores conductuales, cognitivos, sociales y contextuales o de estilo de vida, en el riesgo de desarrollar cáncer, y reconoce la importancia de la supervivencia en personas diagnosticadas, tomando en cuenta la prevención como perspectiva psicosocial (Dunn, Adams, Holand & Watson, 2015). También trata de lograr un manejo óptimo de las respuestas emocionales en los pacientes, sus familias e incluso del personal médico implicado en el tratamiento oncológico. Su propósito principal es aliviar síntomas psicológicos y tratar de que la adherencia al tratamiento sea efectiva, mediante la humanización del trato del personal multidisciplinario (Cabrera et al., 2017).

Las emociones negativas que el cáncer causa en el paciente se pueden presentar como ira, tristeza, ansiedad, miedo, además de experimentar un decaimiento de capacidades funcionales vitales, dificultando el afrontamiento hacia la enfermedad, y

afectando su calidad de vida. (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018).

La psicología en el ámbito médico, y más puntualmente, en el área de oncología, tienen el objetivo de promover estilos de vida saludables, hacer énfasis en la prevención para detectar diagnósticos precoces, intervenir sobre las necesidades psicosociales y las complicaciones psicológicas alrededor del cáncer. Todo esto a partir del mejoramiento de habilidades comunicativas y emocionales de la familia con el personal sanitario y viceversa, brindando entrenamiento psicológico y apoyo emocional a los profesionales de la salud (Cabrera et al., 2017).

Tratamientos Médicos

En cáncer, prevalecen 3 tipos de tratamientos médicos: cirugía, quimioterapia y radioterapia. La cirugía se utiliza en extracciones de tumores cancerosos, incluso alguna parte de órganos lastimados por el mismo. La quimioterapia consiste en uso de medicamentos, orales e intravenosos para matar las células cancerosas o reducir su incontrolado crecimiento. La radioterapia son ondas radioactivas dirigidas hacia el tumor, usándose junto con quimioterapia o cirugía (Sociedad Americana de Cáncer, 2014).

También, se han utilizado medicamentos que no son de ésta índole, como lo opioides, utilizados para el manejo del dolor sea cual sea su etiología, sin embargo, ésta puede generar tolerancia, necesitando cada vez más dosis, aumentando los efectos secundarios negativos (Mercadante et al., 2014).

Tratamientos multidisciplinarios

Los avances científicos en materia de oncología han ayudado para que los tratamientos médicos no sea la única posibilidad de intervención. Los profesionales de la salud consideran relevante el bienestar emocional del paciente, para así, mejorar y en medida de lo posible, garantizar el mantenimiento o mejoramiento de la calidad de vida. (Cabrera et al., 2017).

El apoyo psicológico ayuda al afrontamiento positivo del sufrimiento que esta enfermedad supone (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018), siendo importante el estado mental funcional, para poder controlar todo lo que pueda estar a su alcance, tomando medidas y haciendo equipo con los profesionales de la salud multidisciplinar (Money & Garber, 2018).

Sobrevivencia

La sobrevivencia tenderá a ser exclusiva para cada caso del cáncer. Todos los tratamientos son invasivos, sin embargo, los efectos colaterales y secundarios dependerá del variables como el historial de salud, alimentación, salud emocional, adherencia al tratamiento, no obstante, siguen siendo desagradables para los pacientes. La esperanza de vivir de una persona diagnosticada con cáncer ayudará a cumplir el régimen de tratamiento multidisciplinario (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018).

Estrategias psicológicas ante un diagnóstico de cáncer

Intervención psicológica

La psicoterapia, o terapia psicológica, obtiene resultados positivos y satisfactorios a partir de pocas sesiones de tratamiento, variando en función del caso y sus posibles intervenciones, sin embargo, es un tiempo relativamente reducido (Fernández et al., 2016). Esto demanda un abordaje específico en cuestión psicológica, donde han de trabajarse temas como miedo a la muerte, ansiedad, percepción de vulnerabilidad, falta de control sobre la enfermedad, soledad, aislamiento, y cómo el deterioro de su calidad de vida es procesado cognitivamente. Todo esto a partir de un enfoque positivista y de aceptación (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018).

Al comienzo de la enfermedad, la intervención psicológica que se utiliza para la adaptación y futura adherencia al tratamiento de los pacientes con cáncer es la terapia de aceptación y compromiso, que en diferentes investigaciones ha tenido resultados muy satisfactorios, reduciendo el distress y controlando las respuestas a nivel cognitivo, y por ende, respuestas conductuales (Hulbert-Williams & Storey, 2015).

La intervención psicológica también se utiliza en cuidadores primarios de los pacientes, ya que un entrenamiento en habilidades de afrontamiento con un número significativo de sesiones, produce mejores esfuerzos de afrontamiento (Winger et al., 2018), además de atender el sufrimiento emocional, distrés y prevenir psicopatología (Mota et al., 2018).

Personalidad

Desde el momento en que se da un diagnóstico de cáncer, en la persona

afectada y su familia aparece un sinnúmero de signos y síntomas psicológicos y psiquiátricos, Labarca (1987) menciona que en el transcurso de la enfermedad pueden aparecer complicaciones, acompañadas de síntomas de ansiedad o depresión, tales como insomnio, angustia, tristeza extrema, desánimo, irritabilidad, entre otras. Todo esto, tomando en cuenta el ámbito multidisciplinario, necesita un manejo psicológico adecuado, inclusive, si la situación lo requiere, psiquiátrico. Debido a que los pacientes saben distinguir entre los sentimientos y cansancio, tanto mental como orgánico del cáncer, su tendencia al aislamiento puede trabajarse si la persona necesita.

La personalidad por sexo también llega a tener diferencias importantes, ya que Smith, Meredith y Chua (2018) reportan que las mujeres que se identifican como inseguras tienden a pensar en el catastrofismo, relacionado con dolor intenso y mayores efectos adversos de éste.

Adaptación psicológica

La adaptación progresiva del paciente va de la mano con la intervención psicológica puntual en ámbitos como emociones positivas para un mejor manejo de las mismas, y potenciarlas, y reestructurar la idea de que no está condenado a un estado emocional negativo, sino que existen situaciones, personas y recuerdos cargados de sentido positivo, cambiando la perspectiva de negativa a funcional (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018).

En el caso de intervenciones quirúrgicas, la angustia es una característica presente en los pacientes, y las formas que propone Abelson et al. (2018) son utilizar las estrategias de afrontamiento funcionales, como solución de problemas, espíritu de lucha, orientación social y al logro, como recursos encaminados a resolver el problema (Rana, Gellrich, Czerns, Kanatas & Rana, 2014), en contraste de la impotencia y desesperanza, que suelen ser disfuncionales (Cheng et al., 2018); y mejorar las redes de apoyo del sujeto para reducir cualquier síntoma de ansiedad, todo esto antes de la cirugía para manejar la exposición a dicha situación.

La importancia de este estudio radica en que en México existen pocos estudios que evalúan las estrategias de afrontamiento en general, ni hablar de situaciones específicas como el dolor, siendo un aspecto cognitivo importante para la adaptación y mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes con cáncer. Esto permitirá tener un panorama más específico del campo psicológico. El estudio puede abrir el camino a

estudios longitudinales y experimentales o cuasi experimentales que determinen, con intervención psicológica o no, la evolución del afrontamiento, y sus consecuencias en otros indicadores.

CAPITULO III

METODO

Teniendo en cuenta el objetivo del estudio el cual es predecir las estrategias de afrontamiento al dolor que predicen la calidad de vida percibida en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer, se planteó para el mismo un diseño no experimental, transversal-correlacional y predictivo. La evaluación de las variables fue en un momento específico.

PARTICIPANTES

Se empleó un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Participaron 65 mujeres con diagnóstico de cáncer quienes reportaron tener dolor como causa de la enfermedad, con una media de edad de 48.5 (DE = 9.5, rango 30 - 65 años). La mayoría (64.6%) casadas; en unión libre (15.4%), solteras (7.7%) y separadas y divorciadas (6.2%) respectivamente. El 93.8% reportó tener al menos un hijo y el 92.3% reportaron pertenecer a la religión católica. El tipo de cáncer predominante fue de mamá (90.8%) seguido de cervicouterino y de tiroides. Las instituciones a realizar dicha evaluación, fueron:

- Cruz Rosa (n = 2). Asociación de Beneficencia Pública (ABP) que apoya a mujeres de escasos recursos, con diagnóstico de cáncer, y a sus familias durante el proceso de oncología, proporcionando diferentes servicios, como hospedaje, alimentación, atención psicológica, apoyo con medicamentos, entre otras.
- Fuerza Rosa (n = 53). Grupo de apoyo para personas diagnosticadas con cáncer de mama.
- Unidas Contigo, A.C. (n = 10). Asociación Civil que ofrece apoyo emocional a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, así como fomentar la detección oportuna.

Instrumentos

Para el análisis de datos de las variables, se aplicaron dos pruebas: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), y el Cuestionario Genérico

de Salud SF-36.

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD)

El CAD, elaborado por Soriano y Monsalve (2002) contiene 31 ítems, repartidos en 6 factores relacionados al dolor que presenta el paciente:

Religión ($\alpha = .94$). Necesidad del uso de espiritualidad o religión, apoyándose en la fe para conseguir estabilidad ante la enfermedad.

Catarsis ($\alpha = .89$). Alivio que produce verbalizar el sentido del paciente para con su enfermedad, y buscar comprensión, pero no necesariamente para buscar soluciones.

Autocontrol mental ($\alpha = .82$). Esfuerzo cognitivo para intentar manejar, o disminuir el dolor.

Autoafirmación ($\alpha = .79$). Instrucciones, frases o ideas que el paciente se da a sí mismo para no decaer o desfallecer.

Búsqueda de apoyo social instrumental ($\alpha = .78$). Búsqueda de información en ámbitos sociales para saber más sobre el problema con el fin de controlar, disminuir o solucionar el dolor.

El CAD contiene 5 opciones de respuesta, las cuales son: totalmente en desacuerdo, más en desacuerdo que de acuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, más de acuerdo que en desacuerdo y totalmente de acuerdo.

1. Totalmente en desacuerdo
2. Más en desacuerdo que de acuerdo
3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4. Más de acuerdo que en desacuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Cuestionario Genérico de Salud SF-36

Este cuestionario evalúa calidad de vida, elaborado por Alonso, Prieto y Antó (1995), como adaptación de este cuestionario para su uso en población española, siendo equivalente a su versión en inglés, con una fiabilidad aceptable.

Presenta 8 dimensiones:

- Función física ($\alpha = .80$). Grado en que la salud limita las actividades físicas, como lo son autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, y esfuerzos moderados o intensos.
- Rol físico ($\alpha = .90$). Grado en que la salud física interfiere en actividades diarias y el trabajo, lo que supone rendimiento menor del deseado, dificultad o limitaciones en las actividades realizadas.
- Dolor corporal ($\alpha = .88$). Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo cotidiano, dentro o fuera de casa.
- Salud general ($\alpha = .71$). Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, perspectivas de salud en el futuro y resistencia a enfermar.
- Vitalidad ($\alpha = .74$). Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- Función social ($\alpha = .45$). Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social cotidiana.
- Rol emocional ($\alpha = .94$). Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- Salud mental ($\alpha = .77$). Salud mental general, lo que incluye síntomas de depresión, ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, y el efecto positivo en general.

Procedimiento

Se contactó formalmente a las asociaciones Fuerza Rosa, Cruz Rosa y Unidas Contigo, A.C. con copia del anteproyecto, entregando una carta de realización de tesis expedida por la Subdirección de estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Cabe mencionar que este acercamiento fue online, debido a las complicaciones que generó la pandemia por el SARS-COV-2.

Posteriormente, por los mismos motivos antes descritos, se aplicó a la totalidad de la muestra los instrumentos del estudio, esto de manera electrónica, mediante

Google Forms, plataforma que permite realizar encuestas y formatos adaptados a la medida de las necesidades. Los instrumentos fueron escritos justo como aparecen en el documento original, cuidando ortografía y contexto.

Se utilizaron dos formas de recolección de datos. La primera, socializando dicho documento de Google Forms, donde con un solo click en el link, las personas podían empezar a contestar los indicadores, estando disponible desde el 14 de julio, hasta el 23 de octubre de 2020. La segunda, con motivos de dificultad para acceder a la plataforma por el poco manejo electrónico, se realizó llamadas telefónicas, donde se encuestó a las participantes y se registraba la respuesta reportada por cada una de ellas en los cuestionarios.

Previstas están las consideraciones éticas estipulados por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010). Cuestiones como confidencialidad, en concreto, que no se pidan datos personales a las personas que decidan participar en contestar las evaluaciones; y exposición de resultados fidedignos, siendo que no se mostrarán aquellos resultados que no hayan sido únicamente de los participantes de la investigación, tomando en cuenta los métodos de inclusión y exclusión, serán principios de la presente investigación.

Como parte de la colaboración con las asociaciones, este estudio tuvo un fondo económico de patrocinio por el investigador, con el cual, por la participación en la investigación, se obsequiaron playeras con mensajes alusivos de motivación a Fuerza Rosa, tratando de unir fuerzas y futuras contribuciones en trabajos relacionados.

Análisis Estadísticos

Para el análisis de los datos, se utilizó el software SPSS 21. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron, en un inicio, la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Para analizar la asociación entre las variables de estudio, se procedió a realizar un análisis de correlación con el coeficiente de correlación de Spearman. Así mismo, para el análisis de comparación de grupos se utilizó U de Mann-Whitney y Kruskal - Wallis Para identificar las estrategias de afrontamiento al dolor que predicen la calidad de vida, se utilizó regresión lineal a partir del coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró un valor de $p < .05$ para que los resultados fueran considerados como significativos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El objetivo de este estudio consistió en identificar las estrategias de afrontamiento al dolor que predicen la calidad de vida percibida en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer. Como primer paso se evaluó la consistencia interna de los instrumentos de evaluación.

Confiabilidad de los Instrumentos Aplicados

La consistencia interna encontrada en los dos instrumentos aplicados fue buena. Para el Cuestionario de Afrontamiento al dolor se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de .88 para el total de la escala, con un rango de confiabilidad de aceptable a excelente (Tabla 1).

Tabla 1. Confiabilidad del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD)

	Alfa de Cronbach
Religión	.86
Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)	.90
Distracción	.82
Autocontrol Mental	.87
Autoafirmación	.75
Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)	.83

Para el cuestionario de Calidad de vida SF-36 se tuvo una confiabilidad de $\alpha = .93$ para la escala completa, encontrándose un rango de confiabilidad de cuestionable a bueno. Sin embargo, la dimensión de salud general, presentó una consistencia interna inaceptable para sus dos indicadores.

Tabla 2. Confiabilidad de las dimensiones del SF-36

	Alfa de Cronbach
Función Física	.76
Rol Físico	.75
Dolor corporal	.69
Salud General	.37
Vitalidad	.77
Función Social	.85
Rol Emocional	.86
Salud Mental	.67

Determinar las estrategias de afrontamiento al dolor y el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con cáncer

Para este primer objetivo específico, como primer paso se expone el análisis descriptivo del afrontamiento al dolor con base en las dimensiones presentadas por el instrumento. En la Tabla 3 se puede observar que la religión y la autoafirmación son los factores con más incidencia en la muestra, además de estar presentes en todas las pacientes analizadas, es decir, que se presenta, por lo menos, un nivel bajo de ellas en la totalidad de la muestra. Por otro lado, distracción y búsqueda de la información también tienen medias altas, de por lo menos el 78% de incidencia. Los factores con menor media son catarsis y autocontrol mental, siendo muy poco utilizadas por las mujeres con cáncer en este estudio.

Tabla 3. Descriptivos de las dimensiones de Afrontamiento al dolor (N = 65)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Religión	5	20	17.60	3.880
Catarsis	0	20	11.58	6.059
Distracción	2	24	18.91	4.461
Autocontrol Mental	0	16	8.71	5.120
Autoafirmación	11	20	18.34	2.262
Búsqueda de Información	1	20	15.68	4.427

En la Tabla 4 se presentan los descriptivos de Calidad de Vida, donde las áreas de rol emocional y salud mental son las que se presentan con mayor mejora, siendo de índole psicológico. El rol físico, función social, vitalidad y salud general se presentan

moderadamente en la muestra. La función física y el dolor corporal presentan una percepción menos positiva en las participantes.

Tabla 4. Descriptivos Calidad de Vida (N = 65)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Función Física	8.33	100.00	53.29	21.27
Rol Físico	8.33	100.00	63.52	20.41
Dolor Corporal	0.00	90.00	52.34	22.07
Salud General	12.50	100.00	56.54	21.21
Vitalidad	12.50	93.75	58.27	15.90
Función Social	0.00	100.00	58.46	25.30
Rol Emocional	31.25	96.88	71.11	17.01
Salud Mental	25.00	100.00	70.00	21.24

Como las estrategias empleadas dependen del nivel del dolor (Rodríguez et al., 2000), se realizó un análisis de correlación entre el ítem 21 del SF-36, referente a la intensidad del dolor, y el CAD. No se encontró ninguna asociación. Se procedió a segmentar la muestra, creando dos grupos a partir del ítem 21 del SF-36: 1) grupo con dolor bajo (n = 28) y 2) con dolor alto (n = 37).

De acuerdo con los descriptivos por grupos de dolor, el grupo con dolor bajo mostró que la autoafirmación y religión son las estrategias de afrontamiento que más utilizan las mujeres con cáncer de este grupo. La distracción y búsqueda de información aparecen en menor frecuencia, siendo la catarsis y autocontrol mental las estrategias de afrontamiento menos utilizadas (Tabla 5).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos del CAD en el grupo con dolor bajo (n = 28)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Religión	7	20	17.82	3.76
Catarsis	0	20	12.43	5.76
Distracción	10	24	19.57	3.85
Autocontrol Mental	0	16	7.96	5.43
Autoafirmación	11	20	18.18	2.51
Búsqueda de Información	8	20	15.50	4.01

En la Tabla 6 se muestran los descriptivos del grupo con dolor alto; los resultados son similares al grupo con dolor bajo, siendo la distracción, autoafirmación y la religión, las estrategias de afrontamiento que más se presentan, teniendo niveles altos. Las estrategias menos utilizadas por este grupo fueron autocontrol mental y catarsis.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del CAD en el grupo con dolor alto (n = 37)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Religión	5	20	17.43	4.01
Catarsis	0	20	10.95	6.28
Distracción	2	24	18.41	4.86
Autocontrol Mental	0	16	9.27	4.87
Autoafirmación	13	20	18.38	2.13
Búsqueda de Información	1	20	15.81	4.77

Posteriormente, se compararon los dos grupos para revisar las diferencias que podrían existir, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas ($p > .05$); las estrategias de afrontamiento tienen valores muy cercanos entre sí (Tabla 7).

Tabla 7. Comparación del CAD entre los grupos de bajo y alto dolor.

	Religión	Catarsis	Distracción	Autocontrol Mental	Autoafirmación	Búsqueda de Información
U de Mann-Whitney	469.50	457.00	450.50	434.00	498.00	472.50
W de Wilcoxon	1172.50	1160.00	1153.50	840.00	876.00	878.50
Z	-.734	-.810	-.899	-1.115	-.022	-.610
Valor de p	.463	.418	.369	.265	.983	.542

En relación a Calidad de Vida (SF-26), se presentan los descriptivos del grupo de Dolor Bajo en la Tabla 8, siendo salud mental, rol emocional y dolor corporal los

factores con percepción de mejor calidad de vida. Los factores con percepción de calidad de vida más baja son vitalidad y salud general.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la SF-36 en el grupo con dolor bajo (n = 28)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Función Física	37.50	95.83	61.80	17.08
Rol Físico	33.33	100.00	68.90	18.23
Dolor Corporal	55.00	90.00	70.18	11.86
Salud General	12.50	100.00	55.80	21.10
Vitalidad	18.75	93.75	58.71	16.43
Función Social	12.50	100.00	64.73	24.55
Rol Emocional	50.00	96.88	73.10	15.29
Salud Mental	41.67	100.00	73.81	18.39

En el grupo con dolor alto mostrado por la Tabla 9, los factores con mejor percepción en la calidad de vida son rol emocional y la salud mental, seguido de vitalidad y salud general. Como era de esperar, los factores con peor percepción de calidad de vida es el dolor corporal, y la función física, seguida por la función social.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la SF-36 en el grupo con dolor alto (n = 37)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Función Física	8.33	100.00	46.85	22.06
Rol Físico	8.33	100.00	59.46	21.26
Dolor Corporal	.00	70.00	38.84	18.04
Salud General	12.50	100.00	57.09	21.56
Vitalidad	12.50	87.50	57.94	15.71
Función Social	.00	100.00	53.72	25.15
Rol Emocional	31.25	96.88	69.60	18.41
Salud Mental	25.00	100.00	67.12	22.99

Así, se realizó el análisis de comparación de grupos para la calidad de vida (SF-36) en función del grado de dolor (Tabla 10). Los resultados sugieren una diferencia significativa ($p < .05$) en dolor corporal y función física. Estos factores son clave en la

consecución de la calidad de vida debido a las características que diversifican a los dos grupos.

Tabla 10. Comparación de la calidad de vida (SF-36) entre los grupos de bajo y alto dolor.

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
U de Mann-Whitney	312.50	385.50	96.00	496.00	496.00	385.00	466.50	435.50
W de Wilcoxon	1015.50	1088.50	799.00	902.00	1199	1088	1169.50	1138.50
Z	-2.729	-1.772	-5.611	-.297	-.295	-1.805	-.684	-1.104
Valor de p	.006	.076	.000	.766	.768	.071	.494	.270

Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida

Para el cumplimiento del segundo objetivo, se buscó encontrar relación entre estrategias de afrontamiento al dolor (factores del CAD), y las dimensiones de la calidad de vida (SF-36) en la muestra completa. El análisis de correlación de Spearman (Tabla 11) reveló la ausencia de asociaciones significativa entre los indicadores de los dos cuestionarios.

Tabla 11. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las dimensiones de la calidad de vida (N = 65)

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.243	-.201	-.102	-.213	-.198	-.042	-.190	-.035
Catarsis	-.042	-.086	.014	.062	-.031	-.028	-.111	-.087
Distracción	-.079	-.077	.119	.024	.240	.005	.132	.126
Autocontrol Mental	-.142	-.202	-.131	-.033	-.008	-.028	-.124	-.202
Autoafirmación	-.071	-.087	-.078	-.078	.020	-.036	-.085	.068
Búsqueda de Información	.046	.101	.032	.209	.244	.138	.175	.060

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Debido a lo anterior se llevó a cabo el análisis de correlación entre las variables dividido por grupo de dolor. En la tabla 12 se muestran las correlaciones en el grupo de

dolor alto, teniendo una relación negativa significativa entre religión y salud general ($r_s = -.325$, $p = .049$) y una relación positiva entre búsqueda de información y vitalidad ($r_s = .326$, $p = .049$).

Tabla 12. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de Dolor Alto (n=37)

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.263	-.225	-.217	-.325*	-.279	-.118	-.320	-.087
Catarsis	-.175	-.208	-.161	-.126	-.091	-.301	-.230	-.123
Distracción	-.108	-.099	.068	.003	.193	-.142	.028	-.067
Autocontrol Mental	-.158	-.064	-.110	.107	.052	-.024	-.005	-.051
Autoafirmación	.019	-.010	-.133	-.069	-.048	-.029	-.147	.057
Búsqueda de Información	.143	.269	.128	.188	.326*	.267	.299	.208

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de dolor bajo, se presentó una relación positiva significativa entre distracción y salud mental ($r_s = .394$, $p = .038$) y otra negativa significativa entre autocontrol mental y salud mental ($r_s = -.400$, $p = .035$) (Tabla 13).

Tabla 13. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de Dolor Bajo (n=28)

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.329	-.256	-.331	-.051	-.120	-.050	-.054	.000
Catarsis	.041	.030	-.145	.345	.000	.248	.064	-.084
Distracción	-.103	-.070	.067	.072	.354	.127	.279	.394*
Autocontrol Mental	-.066	-.329	-.119	-.257	-.084	-.051	-.281	-.400*
Autoafirmación	-.189	-.198	.049	-.100	.138	-.030	.000	.109
Búsqueda de Información	-.056	-.156	.082	.201	.120	.026	-.004	-.091

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Debido a las pocas asociaciones encontradas, se retomó lo propuesto por Rodríguez et al. (2000) y Bartolomé (2014), quienes postulan que el dolor depende del

ciclo de vida y que, dependiendo de éste, es más probable que se utilicen diferentes estrategias de afrontamiento, impactando en la calidad de vida. Así, se procedió a evaluar la relación del CAD y el SF-36 con la edad de las participantes, sin encontrar alguna relación significativa (Tablas 14 y 15).

Tabla 14. Correlación de la edad de las participantes con las estrategias de afrontamiento al dolor (N = 65)

		Religión	Catarsis	Distracción	Autocontrol Mental	Autoafirmación	Búsqueda de Información
Edad	Coefficiente de correlación	.151	.205	.179	.150	.180	.062
	Sig. (bilateral)	.229	.101	.153	.232	.151	.623

Tabla 15. Correlación de la edad de las participantes con las dimensiones de la calidad de vida (N = 65)

		Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Edad	Coefficiente de correlación	.015	.001	-.014	-.144	.183	.115	-.056	.148
	Sig. (bilateral)	.903	.996	.913	.252	.145	.363	.659	.240

Debido a lo anterior, la muestra se dividió en tres grupos de edad usando los puntos percentiles, formándose tres grupos: 1) mujeres de 20 – 45 años, 2) de 46 – 53 años y el 3) de 54 – 65 años.

En la Tabla 16 se muestran los estadísticos descriptivos del CAD por cada grupo de edad. En los tres grupos, en general, las estrategias de afrontamiento que más se utilizan son la autoafirmación, distracción y religión. Por otro lado, las menos utilizadas son catarsis y autocontrol mental.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor por grupo de edad

		Mínimo	Máximo	Media	DE
30 a 45 (n = 23)	Religión	7	20	17.09	4.033
	Catarsis	0	20	10.17	5.589
	Distracción	2	24	18.04	4.913
	Autocontrol Mental	0	16	8.00	4.513
	Autoafirmación	13	20	18.26	1.959
	Búsqueda de Información	4	20	15.78	3.801
46 a 53 (n = 22)	Religión	5	20	17.77	4.396
	Catarsis	0	20	11.91	6.568
	Distracción	10	24	19.27	3.844
	Autocontrol Mental	0	16	8.82	5.586
	Autoafirmación	11	20	17.91	2.689
	Búsqueda de Información	1	20	15.14	5.701
54 a 65 (n = 20)	Religión	12	20	18.00	3.162
	Catarsis	0	20	12.85	5.967
	Distracción	8	24	19.50	4.617
	Autocontrol Mental	0	16	9.40	5.394
	Autoafirmación	13	20	18.75	2.173
	Búsqueda de Información	8	20	16.15	3.573

Del mismo modo, los descriptivos de la calidad de vida para grupo de edad se muestran en la Tabla 17. Los resultados indicaron que las mejoras más importantes se encuentran en el rol emocional y la salud mental dentro de los 3 grupos. No obstante, la salud mental tiene menor puntaje del grupo más joven. Dentro de este grupo, las dimensiones de función social, función física y vitalidad, fueron las menos favorecidas. Para los grupos de 46 a 53 años y de 54 a 65 años, las dimensiones con menor mejora fueron dolor corporal y función física.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor por grupo de edad

		Mínimo	Máximo	Media	DE
30 a 45 (n = 23)	Función Física	25.00	83.33	53.4420	17.25533
	Rol Físico	33.33	91.67	62.6812	17.20156
	Dolor Corporal	.00	90.00	53.8954	23.55577
	Salud General	12.50	87.50	56.5217	21.60780
	Vitalidad	25.00	75.00	53.5326	12.47527
	Función Social	12.50	100.00	52.7174	23.21971
	Rol Emocional	50.00	96.88	70.2446	13.15303
	Salud Mental	25.00	100.00	65.9420	20.70613
46 a 53 (n = 22)	Función Física	20.83	83.33	53.7879	19.79179
	Rol Físico	33.33	91.67	64.2020	19.86385
	Dolor Corporal	.00	90.00	53.1818	20.80496
	Salud General	12.50	100.00	59.6591	20.01927
	Vitalidad	18.75	93.75	61.9318	17.24183
	Función Social	25.00	100.00	67.0455	25.74643
	Rol Emocional	31.25	96.88	75.1420	19.77546
	Salud Mental	33.33	100.00	72.7273	22.44656
54 a 65 (n = 20)	Función Física	8.33	100.00	52.5676	27.30272
	Rol Físico	8.33	100.00	63.7500	24.96708
	Dolor Corporal	12.50	90.00	49.6250	22.54053
	Salud General	12.50	100.00	53.1250	22.53470
	Vitalidad	12.50	81.25	59.6875	17.26284
	Función Social	.00	100.00	55.6250	25.80130
	Rol Emocional	31.25	93.75	67.6584	17.89002
	Salud Mental	25.00	100.00	71.6667	20.83772

Para evaluar las diferencias en las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida, entre los grupos, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis. Los resultados de las Tablas 18 y 19, indicaron que los grupos fueron equivalentes en todas las variables ($p > .05$).

Tabla 18. Comparación de las estrategias de afrontamiento al dolor de acuerdo a los grupos de edad

	Religión	Catarsis	Distracción	Autocontrol Mental	Autoafirmación	Búsqueda de Información
Chi-cuadrado	1.164	2.603	1.498	1.155	1.491	.147
gl	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	.559	.272	.473	.561	.475	.929

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Grupos de Edad

Tabla 19. Comparación de Calidad de Vida de acuerdo a los grupos de edad

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Chi-cuadrado	.014	.130	.443	1.877	5.695	3.860	2.338	1.554
gl	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	.993	.937	.801	.391	.058	.145	.311	.460

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Grupos de Edad

Al no encontrarse diferencias entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de la calidad de vida entre los grupos de edad, se indagó sobre la interacción de dichas variables en cada grupo de edad.

En la Tabla 20 se presentan las correlaciones en el grupo de 30 - 45 años, donde se encontró una relación negativa significativa entre la religión y vitalidad ($r_s = -.591, p = .003$); por otro lado, se encontró relación significativa positiva entre distracción y dolor corporal ($r_s = .538, p = .008$); también se encontró relación negativa significativa en autocontrol mental con rol físico ($r_s = -.552, p = .006$) y salud mental ($r_s = -.464, p = .026$).

Tabla 20. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de 30 a 45 años (n = 23).

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.321	-.303	-.310	-.409	-.591**	-.258	-.213	-.312
Catarsis	.063	.014	-.169	.109	-.396	-.076	-.030	.041
Distracción	.382	.354	.538**	-.170	.082	.166	.365	.055
Autocontrol Mental	-.337	-.552**	-.366	-.064	-.150	.042	-.211	-.464*
Autoafirmación	.207	.126	.119	-.001	-.015	.001	-.005	-.089
Búsqueda de Información	.081	.037	-.149	.066	.037	.020	.062	.276

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Siguiendo con el grupo de 46 a 53 años (Tabla 21), se encontraron relaciones positivas y significativas de varios factores del SF-36 con la estrategia de afrontamiento de búsqueda de información: rol físico ($r_s = .519$, $p = .013$), dolor corporal ($r_s = .482$, $p = .023$), vitalidad ($r_s = .636$, $p = .001$), función social ($r_s = .433$, $p = .044$), y rol emocional ($r_s = .559$, $p = .007$).

Tabla 21. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de 46 a 53 años (n = 22)

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.099	-.172	-.041	-.114	-.086	.309	-.251	.104
Catarsis	.100	.103	.377	-.085	-.049	.000	-.014	-.100
Distracción	-.420	-.324	-.159	-.071	.069	.117	.166	.097
Autocontrol Mental	-.103	-.030	-.039	-.250	-.016	-.094	-.061	-.272
Autoafirmación	-.135	-.297	-.114	-.104	.153	.175	-.116	.116
Búsqueda de Información	.348	.519*	.482*	.325	.636**	.433*	.559**	.124

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Finalmente, en el grupo de 54 a 65 años las correlaciones de la Tabla 22 entre los factores del CAD y SF-36, arrojaron una relación positiva significativa entre distracción y salud general ($r_s = .451$, $p = .046$), además de una relación negativa significativa entre búsqueda de información y salud mental ($r_s = -.473$, $p = .035$).

Tabla 22. Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en el grupo de 54 a 65 años (n = 20)

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.325	-.193	.007	-.017	-.100	-.295	-.134	-.034
Catarsis	-.298	-.430	-.198	.338	.029	-.231	-.218	-.288
Distracción	-.174	-.167	-.007	.451*	.337	-.351	.002	.086
Autocontrol Mental	-.071	-.119	-.007	.204	-.023	-.063	-.040	-.059
Autoafirmación	-.257	-.091	-.201	-.106	-.312	-.404	-.198	.048
Búsqueda de Información	-.339	-.346	-.302	.181	-.187	-.238	-.257	-.473*

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Predicción de la calidad de vida en función de las estrategias de afrontamiento al dolor

Para este objetivo, se realizaron análisis de regresión lineal entre las variables dependientes correspondientes a los factores del SF-36 de calidad de vida y las variables independientes, siendo las dimensiones del CAD, respectivamente. Lo anterior, a partir de los grupos por edades antes utilizados.

Función física

Primeramente, al predecir la Función Física, en los grupos de 30 - 45 y 54 a 65 años no se encontraron variables predictoras ($p > .05$). Sin embargo, en el grupo de 46 – 53 años se presentaron las estrategias de distracción y búsqueda de información como un modelo predictivo de la Función Física, explicando 36% de la misma ($R^2 = .364$, $F = 5.442$, $p = .014$). La independencia de residuos indica que no se puede generalizar el modelo ($DW = 1.407$) (Tabla 23 y 24). En la Tabla 25, los coeficientes la regresión indicaron que la distracción tiene una predicción negativa ($\beta = -.526$, $p = .012$) y búsqueda de información es positiva ($\beta = .442$, $p = .030$). El índice de condición se presenta en 12.55 unidades, por ende, no se presenta colinealidad (Tabla 26). Esto significa que, a mayor búsqueda de información y menor distracción en conjunto, pudiera existir una mejor percepción de la función física.

Tabla 23. Modelo de regresión de función física en mujeres de 46 – 53 años

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	
1	.424 ^a	.179	.138	18.37080	.179	4.374	1	20	.049	
2	.604 ^b	.364	.297	16.59097	.185	5.521	1	19	.030	1.407

a. Variables predictoras: (Constante), Distracción

b. Variables predictoras: (Constante), Distracción, Búsqueda de Información

c. Variable dependiente: Función Física

Tabla 24. Análisis de la varianza para e modelo de función física en mujeres de 46 a 53 años

	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1476.286	1	1476.286	4.374	.049 ^b
	Residual	6749.724	20	337.486		
	Total	8226.010	21			
2	Regresión	2996.065	2	1498.032	5.442	.014 ^c
	Residual	5229.945	19	275.260		
	Total	8226.010	21			

a. Variable dependiente: Función Física

b. Variables predictoras: (Constante), Distracción

c. Variables predictoras: (Constante), Distracción, Búsqueda de Información

Tabla 25. Coeficientes de regresión para el modelo de función física en mujeres de 46 a 53 años

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad		
	B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semi-parcial	Tolerancia	FIV	
1	(Constante)	95.821	20.475		4.680	.000					
	Distracción	-2.181	1.043	-.424	-2.091	.049	-.424	-.424	-.424	1.000	1.000
2	(Constante)	82.721	19.314		4.283	.000					
	Distracción	-2.706	.968	-.526	-2.795	.012	-.424	-.540	-.511	.947	1.056
	Búsqueda de Información	1.534	.653	.442	2.350	.030	.321	.475	.430	.947	1.056

a. Variable dependiente: Función Física

Tabla 26. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de función física en mujeres de 46 a 53 años

Grupo de Edad	Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporciones de la varianza		
					(Constante)	Distracción	Búsqueda de Información
46 a 53	1	1	1.982	1.000	.01	.01	
		2	.018	10.359	.99	.99	
	2	1	2.904	1.000	.00	.00	.01
		2	.077	6.136	.07	.08	.99
		3	.018	12.550	.93	.92	.00

a. Variable dependiente: Función Física

Rol físico

Para rol físico, en el grupo de 30 a 45 años el único factor de afrontamiento al dolor que lo predice es autocontrol mental, explicando el 31% del mismo ($R^2 = .309$, $F = 9.411$, $p = .006$) y teniendo independencia de residuos, sugiriendo la posibilidad de generalizar el modelo ($DW = 2.020$). En el grupo de 46 a 53 años se obtuvo un modelo de dos factores de afrontamiento al dolor, los cuales son búsqueda de información y distracción ($R^2 = .473$, $F = 8.520$, $p = .002$), resultados similares a los obtenidos para función física, pero éste explicando el 47% de rol físico. En el grupo de 54 a 65 años se encuentra el factor catarsis, explicando el 20% ($R^2 = .198$, $F = 4.437$, $p = .049$). La independencia de residuos indica que se puede generalizar el modelo (Tabla 27 y 28).

Tabla 27. Modelos de regresión de rol físico por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
						Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	
30 a 45	1	.556 ^a	.309	.277	14.63062	.309	9.411	1	21	.006	2.020
46 a 53	1	.506 ^c	.256	.219	17.55855	.256	6.876	1	20	.016	
	2	.688 ^d	.473	.417	15.16304	.217	7.819	1	19	.012	1.824
54 a 65	1	.445 ^e	.198	.153	22.97558	.198	4.437	1	18	.049	2.072

a. Variables predictoras: (Constante), Autocontrol Mental

b. Variable dependiente: Rol Físico

c. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

d. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información, Distracción

e. Variables predictoras: (Constante), Catarsis

Tabla 28. Análisis de la varianza de los modelos de rol físico por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
30 a 45	1	Regresión	2014.509	1	2014.509	9.411	.006 ^b
		Residual	4495.153	21	214.055		
		Total	6509.662	22			
46 a 53	1	Regresión	2119.966	1	2119.966	6.876	.016 ^c
		Residual	6166.054	20	308.303		
		Total	8286.020	21			
54 a 65	2	Regresión	3917.585	2	1958.792	8.520	.002 ^d
		Residual	4368.436	19	229.918		
		Total	8286.020	21			
54 a 65	1	Regresión	2341.958	1	2341.958	4.437	.049 ^e
		Residual	9501.792	18	527.877		
		Total	11843.750	19			

a. Variable dependiente: Rol Físico

b. Variables predictoras: (Constante), Autocontrol Mental

c. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

d. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información, Distracción

e. Variables predictoras: (Constante), Catarsis

En los coeficientes de regresión con respecto al grupo de 30 a 45 años, el autocontrol mental tiene una relación negativa como predictora del rol físico ($\beta = -.556$, $p = .006$). En el grupo de 45 a 53 años, se plantea un modelo con dos relaciones, positiva para búsqueda de información ($\beta = .616$, $p = .002$) y negativa para distracción ($\beta = -.479$, $p = .012$). Para el grupo de 54 a 65 años, la catarsis tiene una relación negativa con rol físico ($\beta = -.445$, $p = .049$) (Tabla 29). El índice de condición refleja que no existe colinealidad en ninguna de las variables de los modelos por grupos (Tabla 30).

Tabla 29. Coeficientes de regresión para los modelos de rol físico por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semi-parcial	Tolerancia	FIV
30 a 45	(Constante)	79.645	6.316		12.611	.000					
	1 Autocontrol Mental	-2.121	.691	-.556	-3.068	.006	-.556	-.556	-.556	1.000	1.000
46 a 53	(Constante)	37.527	10.839		3.462	.002					
	1 Búsqueda de Información	1.762	.672	.506	2.622	.016	.506	.506	.506	1.000	1.000
54 a 65	(Constante)	79.372	17.652		4.497	.000					
	2 Búsqueda de Información	2.147	.596	.616	3.600	.002	.506	.637	.600	.947	1.056
54 a 65	(Constante)	87.658	12.459		7.036	.000					
	1 Catarsis	-1.861	.883	-.445	-2.106	.049	-.445	-.445	-.445	1.000	1.000

a. Variable dependiente: Rol Físico

Tabla 30. Diagnósticos de colinealidad para los modelos de rol físico por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	Dimensión	Auto-valores	Índice de condición	Proporciones de la varianza				
					(Constante)	Autocontrol Mental	Búsqueda de Información	Distracción	Catarsis
30 a 45	1	1	1.876	1.000	.06	.06			
		2	.124	3.883	.94	.94			
46 a 53	1	1	1.938	1.000	.03		.03		
		2	.062	5.613	.97		.97		
	2	1	2.904	1.000	.00		.01	.00	
		2	.077	6.136	.07		.99	.08	
54 a 65	1	1	1.911	1.000	.04				.04
		2	.089	4.635	.96				.96

a. Variable dependiente: Rol Físico

Dolor corporal

Para el factor de dolor corporal, en el grupo de 30 a 45 años arroja un modelo con las dimensiones de distracción y religión como predictores, explicando el 60% del dolor corporal ($R^2 = .601$, $F = 15.040$, $p = .000$). En el grupo de 46 a 53 años el modelo contempla búsqueda de información como única variable, explicando el 31% de dolor corporal ($R^2 = .314$, $F = 9.148$, $p = .007$). Por último, en el grupo de 54 a 65 años, se

presenta el mismo caso en el cual la única variable del modelo es búsqueda de información, explicando el 22% de dolor corporal ($R^2 = .218$, $F = 5.008$, $p = .038$). La independencia de residuos indica que no se puede generalizar el modelo en los grupos de 46 a 53 años ($DW = .647$) y 54 a 65 años ($DW = 1.047$). Por el contrario, es posible generalizarlo en el grupo de 30 a 45 años ($DW = 2.078$) (Tabla 31 y 32).

Tabla 31. Modelos de regresión de dolor corporal por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					
						Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
30 a 45	1	.688 ^a	.474	.449	17.48958	.474	18.908	1	21	.000	2.078
	2	.775 ^b	.601	.561	15.61277	.127	6.352	1	20	.020	
46 a 53	1	.560 ^d	.314	.280	17.65924	.314	9.148	1	20	.007	.647
54 a 65	1	.467 ^d	.218	.174	20.48354	.218	5.008	1	18	.038	1.047

- a. Variables predictoras: (Constante), Distracción
b. Variables predictoras: (Constante), Distracción, Religión
c. Variable dependiente: Dolor Corporal
d. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

Tabla 32. Análisis de la varianza de los modelos de dolor corporal por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
30 a 45	Regresión	5783.647	1	5783.647	18.908	.000 ^b
	Residual	6423.590	21	305.885		
	Total	12207.237	22			
	Regresión	7332.065	2	3666.032	15.040	.000 ^c
	Residual	4875.173	20	243.759		
	Total	12207.237	22			
46 a 53	Regresión	2852.797	1	2852.797	9.148	.007 ^d
	Residual	6236.976	20	311.849		
	Total	9089.773	21			
54 a 65	Regresión	2101.082	1	2101.082	5.008	.038 ^d
	Residual	7552.355	18	419.575		
	Total	9653.438	19			

- a. Variable dependiente: Dolor Corporal
b. Variables predictoras: (Constante), Distracción
c. Variables predictoras: (Constante), Distracción, Religión
d. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

En los coeficientes de los predictores de dolor corporal, para el grupo de 30 a 45 años, la distracción presenta una relación positiva con la variable dependiente ($\beta = .629$, $p = .000$), por su parte, religión muestra una relación negativa ($\beta = -.361$, $p = .020$). En el grupo de 46 a 53 años búsqueda de información presenta una relación positiva ($\beta = .560$, $p = .007$). Por el contrario, en el grupo de 54 a 65 años, la búsqueda de información asume una relación negativa con dolor corporal ($\beta = -.467$, $p = .038$) (Tabla 33). Dados estos resultados, el índice de condición indica que no existe

colinealidad en el modelo del primer grupo de edad (Tabla 34).

Tabla 33. Coeficientes de regresión para los modelos de dolor corporal por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad		
		B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semiparcial	Tolerancia	FIV	
30 a 45	1	(Constante)	-5.656	14.172								
		Distracción	3.300	.759	.688	4.348	.000	.688	.688	.688	1.000	1.000
	2	(Constante)	35.464	20.646		1.718	.101					
		Distracción	3.018	.687	.629	4.395	.000	.688	.701	.621	.973	1.027
46 a 53	1	(Constante)	22.238	10.902		2.040	.055					
		Búsqueda de Información	2.044	.676	.560	3.025	.007	.560	.560	.560	1.000	1.000
	2	(Constante)	97.158	21.729		4.471	.000					
		Búsqueda de Información	-2.943	1.315	-.467	-2.238	.038	-.467	-.467	-.467	1.000	1.000

a. Variable dependiente: Dolor Corporal

Tabla 34. Diagnósticos de colinealidad para los modelos de dolor corporal por grupos de edad

Grupo de Edad	Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporciones de la varianza			
					(Constante)	Distracción	Religión	Búsqueda de Información
30 a 45	1	1	1.966	1.000	.02	.02		
		2	.034	7.642	.98	.98		
	2	1	2.915	1.000	.00	.01	.01	
		2	.068	6.534	.00	.52	.32	
		3	.016	13.341	1.00	.47	.67	
46 a 53	1	1	1.938	1.000	.03			.03
		2	.062	5.613	.97			.97
54 a 65	1	1	1.978	1.000	.01			.01
		2	.022	9.382	.99			.99

a. Variable dependiente: Dolor Corporal

Salud general

En cuanto a salud general, ninguna variable de afrontamiento al dolor predijo este factor de calidad de vida, esto contempla análisis de regresión lineal simple y múltiple.

Vitalidad

Los datos mostrados dentro de las Tablas 35 y 36, muestran que dentro del

grupo de 54 a 65 años no existió ningún factor significativo en las predicciones. En los otros dos grupos los modelos son sólo de una variable de afrontamiento al dolor. En el grupo de 30 a 45 años la religión predijo la vitalidad en un 28% ($R^2 = .277$, $F = 8.027$, $p = .010$) siendo una relación negativa ($\beta = -.526$, $p = .010$). En el grupo de 46 a 53 años la búsqueda de información sigue siendo un pilar predictivo en este rango de edad, con un 30% de presencia en la vitalidad ($R^2 = .301$, $F = 8.621$, $p = .008$) siendo una relación positiva ($\beta = .549$, $p = .008$) (Tabla 37) La independencia de residuos indica que se pueden generalizar los modelos (Tabla 38). El estadístico de Durbin Watson de los dos modelos permite generalizar los resultados.

Tabla 35. Modelos de regresión de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años

Grupo de Edad	Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					
						Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
30 a 45	1	.526 ^a	.277	.242	10.86077	.277	8.027	1	21	.010	1.762
46 a 53	1	.549 ^c	.301	.266	14.76895	.301	8.621	1	20	.008	1.769

a. Variables predictoras: (Constante), Religión

b. Variable dependiente: Vitalidad

c. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

Tabla 36. Análisis de la varianza de los modelos de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años

Grupo de Edad	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
30 a 45	1	Regresión	946.828	1	946.828	8.027
		Residual	2477.085	21	117.956	.010 ^b
		Total	3423.913	22		
46 a 53	1	Regresión	1880.462	1	1880.462	8.621
		Residual	4362.436	20	218.122	.008 ^c
		Total	6242.898	21		

a. Variable dependiente: Vitalidad

b. Variables predictoras: (Constante), Religión

c. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

Tabla 37. Coeficientes de regresión para los modelos de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años

Grupo de Edad	Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semi-parcial	Tolerancia	FIV
30 a 45	1 (Constante)	81.327	10.068		8.077	.000					
	Religión	-1.627	.574	-.526	-2.833	.010	-.526	-.526	-.526	1.000	1.000
46 a 53	1 (Constante)	36.809	9.117		4.037	.001					
	Búsqueda de Información	1.660	.565	.549	2.936	.008	.549	.549	.549	1.000	1.000

a. Variable dependiente: Vitalidad

Tabla 38. Diagnósticos de colinealidad para los modelos de vitalidad en los grupos de 30 a 45 años y 46 a 53 años

Grupo de Edad	Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporciones de la varianza		
					(Constante)	Religión	Búsqueda de Información
30 a 45	1	1	1.974	1.000	.01	.01	
		2	.026	8.778	.99	.99	
46 a 53	1	1	1.938	1.000	.03		.03
		2	.062	5.613	.97		.97

a. Variable dependiente: Vitalidad

Función Social

En esta variable no se presentan predictores de afrontamiento al dolor.

Rol Emocional

Para rol emocional, en los grupos de 30 a 45 años, y de 54 a 65 años no se presentaron predictores de afrontamiento al dolor. Sin embargo, en la Tabla 39, se observa el modelo correspondiente al grupo de 46 a 53 años, teniendo sólo una variable que comprende el 23% del rol emocional en la calidad de vida ($R^2 = .231$, $F = 5.996$, $p = .024$), siendo búsqueda de información (Tabla 40), Donde dicha variable obtuvo una predicción positiva ($\beta = .480$, $p = .024$). Teniendo esto en cuenta, el modelo puede generalizarse ($DW = 2.242$) (Tablas 41 y 42).

Tabla 39. Modelo de regresión de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2		
1	.480 ^a	.231	.192	17.77398	.231	5.996	1	20	.024	2.242

a. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

b. Variable dependiente: Rol Emocional

Tabla 40. Análisis de la varianza del modelo de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años

Grupo Edad	Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
46 a 53	1	Regresión	1894.161	1	1894.161	5.996	.024 ^b
		Residual	6318.286	20	315.914		
		Total	8212.447	21			

a. Variable dependiente: Rol Emocional

b. Variables predictoras: (Constante), Búsqueda de Información

Tabla 41. Coeficientes de regresión para el modelo de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error tip.	Beta			Orden cero	Parcial	Semiparcial	Tolerancia	FIV
(Constante)	49.928	10.972		4.550	.000					
1 Búsqueda de Información	1.666	.680	.480	2.449	.024	.480	.480	.480	1.000	1.000

a. Variable dependiente: Rol Emocional

Tabla 42. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de rol emocional en el grupo de 46 a 53 años

Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporciones de la varianza	
				(Constante)	Búsqueda de Información
1	1	1.938	1.000	.03	.03
	2	.062	5.613	.97	.97

a. Variable dependiente: Rol Emocional

Salud Mental

En salud mental, los grupos de 46 a 53 años y 54 a 65 años no tienen predictores de afrontamiento. En cambio, el grupo de 30 a 45 años (Tabla 43 y 44) presenta un modelo que explica el 17% de salud mental ($R^2 = .174$, $F = 4.434$, $p = .047$) siendo sólo de una variable, Autocontrol mental, siendo la predicción negativa ($\beta = -.418$, $p = .047$). El modelo es generalizable ($DW = 1.963$) (Tabla 45 y 46).

Tabla 43. Modelo de regresión de salud mental en el grupo de 30 a 45 años

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2		
1	.418 ^a	.174	.135	19.25749	.174	4.434	1	21	.047	1.963

a. Variables predictoras: (Constante), Autocontrol Mental

b. Variable dependiente: Salud Mental

Tabla 44. Análisis de la varianza del modelo de salud mental en el grupo de 30 a 45 años

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	1644.500	1	1644.500	4.434	.047 ^b
	Residual	7787.867	21	370.851		
	Total	9432.367	22			

a. Variable dependiente: Salud Mental

b. Variables predictoras: (Constante), Autocontrol Mental

Tabla 45. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de salud mental en el grupo de 30 a 45 años

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta				Orden cero	Parcial	Semiparcial	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	81.269	8.313		9.776	.000					
	Autocontrol Mental	-1.916	.910	-.418	-	.047	-.418	-.418	-.418	1.000	1.000

a. Variable dependiente: Salud Mental

Tabla 46. Diagnósticos de colinealidad para el modelo de salud mental en el grupo de 46 a 53 años

Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporciones de la varianza	
				(Constante)	Autocontrol Mental
1	1	1.876	1.000	.06	.06
	2	.124	3.883	.94	.94

a. Variable dependiente: Salud Mental

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo identificar y evaluar la relación que existe entre estrategias de afrontamiento sobre el dolor y la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer. Los resultados de este estudio sugieren que en función de la etapa del ciclo vital en que se encuentren las mujeres con cáncer, dependerán las estrategias de afrontamiento que permitan percibir de una mejor manera la calidad de vida.

Estrategias de afrontamiento al dolor y el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con cáncer

Al identificar las estrategias de afrontamiento al dolor en la muestra, las más frecuentes fueron habilidades enfocadas a las emociones y su manejo en el presente y futuro, siendo la religión y autoafirmación, resultado similar a los de otros autores, donde las personas con cáncer utilizan este enfoque con mayor frecuencia que las personas sin diagnóstico de cáncer (Ahadi et al., 2015). Esto es consistente con los estudios de Higgings, Bailey, LaChapelle, Harman y Hadjistavropoulos (2015) donde se examinó el grado de dolor crónico, teniendo en cuenta que las creencias sobre el dolor juegan un papel importante. Las personas que tuvieron un enfoque hacia el problema presentaron menos dolor percibido que las personas con enfoque hacia las emociones. Tomando en cuenta que la función física y el dolor corporal son los dos factores de calidad de vida con percepción más negativa en las mujeres encuestadas, su enfoque hacia las emociones podría alterar dicha apreciación.

Las estrategias de afrontamiento al dolor menos utilizadas por las personas en la muestra fueron catarsis y autocontrol mental, esto puede ser consecuencia de la importancia y percepción que se tiene sobre el dolor y sus efectos secundarios en otros roles personales (Castañeda et al., 2015), moderando el bienestar psicológico (Topcu, 2018).

Al identificar las dimensiones de la calidad de vida con mejor valoración, el rol emocional y la salud mental se mantienen como los dos factores con mejor percepción de calidad de vida. En este sentido, Sipilä et al. (2020), indican que la influencia de

estrategias de afrontamiento al dolor específicas, pueden impactar la calidad de vida, siendo la autoafirmación pilar importante en el manejo de la salud mental (Suárez & Pérez, 2011).

Mun et al. (2019), mencionan que entre más intensidad del dolor se perciba, más afectaciones por estrés y distress tendrán las pacientes. En el análisis de comparación de grupos por nivel de dolor alto y bajo, la variable con diferencias significativas fue calidad de vida. De acuerdo a la Tabla 10 los factores con diferencias significativas y con mayores puntajes en el grupo con dolor alto, fueron el dolor corporal ($p = .000$), la cual era esperada por la naturaleza de los grupos, y función física ($p = .006$), donde los esfuerzos tanto leves como moderados de la vida diaria se pueden volver una carga. En este sentido, Gavric y Vukovic-Kostic (2016) argumentan que el grado de dolor puede afectar significativamente dimensiones personales y sociales.

En el caso de las estrategias de afrontamiento al dolor, en cambio, no hubo diferencias entre grupos de alto y bajo dolor. Lo anterior puede deberse a la consistencia en la utilización de las mismas estrategias en los dos grupos, fungiendo como moderadores del dolor (González et al. 2015) desde una perspectiva cultural (Nipp et al, 2016).

Relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida

En cuanto a la relación de afrontamiento al dolor y calidad de vida no se encontró ninguna asociación, por lo que se llevó a cabo el análisis de correlación entre las variables dividido por grupo de dolor. En el grupo de dolor alto se encontró una relación positiva entre la estrategia de búsqueda de información y la dimensión de vitalidad. Resultados similares a los reportados por Sadat y Pahlevan (2018), donde si bien la poca información acerca del dolor y de la enfermedad en general se relaciona con un nivel bajo de calidad de vida, si se utiliza afrontamiento activo, esta relación se debilita.

De Diego y Guerrero (2018) argumentan en sus investigaciones de meta-análisis que la religión tiene un papel importante en la realización de conductas de salud, ligadas al afrontamiento activo como método de adaptación a la enfermedad crónica, y que ésta puede modular el rol activo o pasivo en las situaciones sanitarias personales. Esto lleva a algunas personas a centrar su afrontamiento en la religión, olvidando las acciones y comportamientos que se pueden realizar con objetivo de mantener y mejorar la calidad de vida, que se puede ver afectada por dolor persistente. Sin embargo la

relación de estas variables en la muestra tiene que tomarse con cautela debido a su cercanía a la ausencia de significancia estadística ($p = .049$).

Por otro lado, en el grupo de dolor bajo, se encontró relación positiva entre distracción y salud mental, así como una relación negativa entre autocontrol mental y salud mental. Lo anterior sugiere que, cuando el dolor no interfiere de manera abrupta en la vida cotidiana de las mujeres con cáncer, puede existir un soporte en el procesamiento paralelo de los enfoques en el afrontamiento hacia el problema y hacia la emoción (Gilberston-White et al., 2017).

En diferente perspectiva, las estrategias de afrontamiento que se utilizan tienen la finalidad de disminuir el estrés, y esto puede incluir utilizar estrategias poco activas (Ticona et al., 2015) como distracción o poco autocontrol mental, siendo más útiles para algunas personas (San Bartolomé, 2014). El poco dolor se puede relacionar con ignorar la sensación para así mantener un estado psicológico en condiciones favorables (Tabriz et al., 2018) teniendo así toda una variabilidad de estrategias en función de las necesidades, mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas encuestadas.

Al indagar más sobre las asociaciones entre calidad de vida, las estrategias de afrontamiento al dolor y la edad, no se encontró ninguna asociación significativa entre las variables. Siguiendo este enfoque, un estudio realizado por Chen, Peng, Xu y O'Brien (2017) en Estados Unidos, el cual tuvo como muestra 196 adultos de entre 18 y 89 años divididos en tres grupos: adultos jóvenes ($n = 78$) ($M = 21.04$, $DE = 2.12$), adultos de mediana edad ($n = 64$) ($M = 56.36$, $DE = 4.62$), y adultos mayores ($n = 54$) ($M = 70.14$, $DE = 7.42$), donde la evaluación se determinó con base al evento más estresante del último mes, y el tipo de afrontamiento que se utilizó para dicho evento estresor. Los resultados indicaron que la edad no se relaciona significativamente con afrontamiento enfocado hacia la emoción, pero se relaciona negativamente con el enfoque hacia el problema ($r = .16$, $p < .01$). Esto es consistente con los resultados de ausencia de relación significativa entre afrontamiento y edad en la presente muestra, ya que el CAD combina ambos enfoques, por lo que las asociaciones no fueron claras. Sobre la calidad de vida y su nula relación con la edad, es consistente con el estudio de Hopwood, Haviland, Mills, Sumo y Bliss (2007) en el cual la edad no es la determinante para la calidad de vida, sino otros factores relacionados con la enfermedad, como el tipo de tratamiento.

Grupos de edad

Debido a que las pocas relaciones encontradas en las variables del estudio, se tomó en cuenta la literatura acerca de las diferencias en estrategias de afrontamiento y su utilización con relación en la etapa del ciclo vital (Rodríguez et al., 2000; San Bartolomé, 2014; Nipp et al., 2016), en la que dependiendo de la etapa en la que una persona se encuentre, es decir, la edad que tenga, se utilizarán estrategias de afrontamiento específicas que ayuden a adaptarse o a sobrellevar la enfermedad. Así, al dividir la muestra en grupos de edad (1) mujeres de 20 – 45 años, 2) de 46 – 53 años y el 3) de 54 – 65 años), pudieron encontrarse varias asociaciones entre los grupos.

En el grupo de 30 a 45 años se encontró una relación negativa entre religión y vitalidad entendiéndose que existen determinadas estrategias de afrontamiento que mejoran o disminuyen factores de la calidad de vida, siendo la religión un afrontamiento pasivo (Ruíz-Doria, Valencia-Jiménez & Ortega-Montes, 2020) utilizado para mitigar el impacto emocional, más no el impacto físico, lo que puede conllevar a niveles más bajos de vitalidad. Esto puede suceder con las relaciones negativas de autocontrol mental con rol físico y salud mental. Así, al percibir un mejor desenvolvimiento físico y mental durante el cáncer, el autocontrol mental no tiene un rol tan importante en la consecución de la enfermedad (Costa, Monteiro, Queiroz & Goncalves, 2017) debido a que no se necesita controlar el dolor, siendo una señal positiva para la poca o nula aparición de trastornos psicológicos y emocionales (Shrestha et al., 2017), mejorando así, algunos aspectos de la calidad de vida, como lo son los ya mencionados, rol físico y salud mental (Tsaras et al., 2018).

En el mismo grupo de edad, existe una relación positiva entre distracción y dolor corporal, sugiriendo que, a una mejora en esta dimensión, mayor empleo de la estrategia de distracción. Determinados enfoques de afrontamiento sirven como mediador de las evaluaciones cognitivas, en concreto, la capacidad de control de situaciones específicas y síntomas de estrés (Riley & Park, 2014), lo que nos lleva a pensar que, en dolor bajo, la distracción medía dichos juicios de pensamiento. Retomando el modelo teórico de Tabriz et al. (2018), algunas estrategias de afrontamiento desadaptativas ayudan a mitigar consecuencias del cáncer que no son prioridad en el momento, no son tan prominentes en la vida de las personas, o no toma la debida importancia por las pacientes.

En el grupo de pacientes de 46 a 53 años, la búsqueda de información (estrategia adaptativa) se asoció positivamente al rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social y rol emocional. En este sentido, la búsqueda de información ayuda a moderar y prevenir consecuencias psicológicas a través de información educativa que ayuda a entender la enfermedad y sus consecuencias, además de contribuir al mantenimiento de la calidad de vida en general (Jiang & Street, 2017). Esto sugiere que la importancia de corroborar que las pacientes con cáncer entiendan tanto su enfermedad, como sus consecuencias en función del conocimiento de su fisionomía y psicología deben de ser pilares en los tratamientos multidisciplinarios como parte de los servicios de salud públicos y privados (Blödt et al., 2018), ya que las consecuencias positivas en la calidad de vida no sólo se evidencian a corto plazo, también a largo plazo (Kugney, Meyer-Weitz & Asante, 2019).

Finalmente, para el grupo de 54 a 65 años, se encontró una relación positiva entre la distracción y salud general, y en contraste con lo encontrado en el anterior grupo de edad, una relación negativa entre búsqueda de información y salud mental. Esto es consistente con investigaciones donde se sugiere que, entre más edad se tenga, el rol de las emociones y cómo estas influyen en la cotidianidad de las personas proporcionan una base que hace innecesarias, e incluso contraproducentes en algunas personas, a las estrategias de afrontamiento adaptativas (Casellas-Grau, Vives, Font & Ochoa, 2016), ya que la aportación de éstas puede traer pensamientos fatalistas, teniendo en cuenta que el componente emocional tanto personal como social se encuentran percibidos como positivos en personas de mayor edad (Emanuel, Godinho, Steinman & Updegraff, 2016).

Predicción de la Calidad de Vida en Función de las Estrategias de Afrontamiento

Para la predicción de calidad de vida, se llevó a cabo una regresión lineal a partir de cada uno de los factores de esta variable, teniendo como variables predictoras las dimensiones del cuestionario de afrontamiento al dolor donde se presentan los siguientes resultados por grupos de edad.

Grupo de 30 a 45 años

El auto control mental predijo de forma negativa la salud mental y el rol físico. En su estudio, Moreno, Gutiérrez y Zayas (2017) obtuvieron resultados similares,

sugiriendo que las pacientes con cáncer que perciben buen manejo personal en el ámbito físico y psicológico no recurren a estrategias de afrontamiento que requieran un control de la salud en estos aspectos, concluyendo que el afrontamiento a la salud no son determinantes en los estilos de afrontamiento preferidos y asumidos por las mismas.

En otro ámbito, se presenta un modelo que predice el manejo del dolor corporal, presentándose la distracción con una predicción positiva y la religión con una predicción negativa. Retomando lo sugerido por Tabriz et al. (2018) las estrategias de afrontamiento se adaptan a las necesidades actuales de las pacientes, en las cuales el dolor no es una prioridad, sea intenso o bajo. Así, la adaptación que aporta la distracción puede ser funcional para las pacientes en este rango de edad (Fox et al., 2016), siendo éste un enfoque mediador (Riley & Park, 2014) entre las posibles consecuencias físicas y psicológicas del dolor, considerando la individualidad personal y contextual en el que una estrategia de afrontamiento, considerada con enfoque a emoción, logra una adaptación a corto y mediano plazo (da Silva, Zandonade & Costa, 2017). Sin embargo, autores como Neufeld, Elnahal y Álvarez (2016) mencionan que un buen manejo médico del dolor, aunado a los factores protectores como la edad, tiene consecuencias positivas en los pacientes, evitando así estrategias de afrontamiento específicas, o enfocadas hacia el problema, para su manejo.

En el caso de la religión, la cual también predice negativamente la dimensión de vitalidad, es considerada como una estrategia de afrontamiento mediadora entre la pasividad y actividad en salud (Ruíz-Doria et al., 2020). Lo anterior puede indicar que la religión funge como barrera para tomar un rol activo dentro de la adaptación a la enfermedad, cediendo el control y mantenimiento del impacto del cáncer, de manera global, hacia las creencias religiosas, siendo mayoritariamente católicas en la muestra. Diversos estudios muestran resultados diferentes. Fradelos et al. (2018) sugieren que la espiritualidad y el ámbito religioso es uno de los pilares para el desarrollo de apoyo social y resiliencia a la enfermedad. Si bien la religión es una constante en casi la totalidad de la muestra, y ésta puede aportar adaptación y mantenimiento de la salud mental, no es una condicionante de los resultados de esta investigación, específicamente de este modelo, debido a que estas variables no interfieren en el dinamismo y energía, ligados a la vitalidad, como sugiere Alonso et al. (1995) en el

desarrollo del SF-36, y el manejo del dolor corporal. Es decir, la religión puede mejorar áreas de la calidad de vida, sobre todo las que se relacionan con la adherencia al tratamiento y reducción de estrés, y ansiedad (Sousa et al., 2017), más no modulan la presencia de estos factores.

Debido a que este grupo tiene la media de edad más joven, sus trabajos, labores, ocupaciones y pasatiempos requieren de una participación activa. No obstante, los niveles de ansiedad y secuelas psicológicas pueden presentarse en mayor medida debido a las condiciones de vida en la que se encuentran, sin embargo, el espíritu de lucha constante y adaptación también suele ser alta (Hernández et al., 2019).

Grupo de 46 a 53 años

En este grupo de edad, la estrategia de afrontamiento de búsqueda de información fue variable predictora de factores específicos de calidad de vida, como dolor corporal, vitalidad y rol emocional. Esta estrategia de afrontamiento ayuda a mitigar el constante impacto psicológico (Cole et al., 2015) y físico que genera el cáncer, ya que existen estudios que lo relacionan positivamente (Ortíz et al., 2014) manejando el factor emocional, siendo este uno de los más complicados de controlar y usar a su favor (Ticona et al., 2015).

En función física y rol físico se presenta un modelo predictivo compuesto por distracción, con relación negativa, y búsqueda de información, con relación positiva. En estos casos, la distracción ya es un elemento que, al presentarse en menor medida, junto con afrontar activamente la enfermedad, se consigue una percepción más positiva de factores físicos, como llevar a cabo el trabajo o las actividades diarias de manera normal, favoreciendo y aportando acciones que mantengan y mejoren la calidad de vida (Azcárate-García et al., 2017).

La búsqueda de información no sólo se reduce a la acción estricta, ya que, aunque la mejor información la proporcionan los especialistas sanitarios, las personas con cáncer tienden a buscar otras opiniones, sin embargo, las páginas especializadas aportan tranquilidad a las pacientes. De la mano con esto, la búsqueda de información subyace en las vivencias de otras mujeres y demás personas con la misma condición de salud, ya que desde la experiencia, consejos y formas de actuar se logra empoderar activamente debido al impacto subjetivo que estas acciones comparten (Abt, Pablo,

Serrano, Fernández & Martín, 2013).

En un estudio realizado por Loisele (2019) sobre preferencias de búsqueda de información en pacientes con cáncer, los resultados sugieren que la búsqueda de información es una tendencia al alza en la población con este diagnóstico debido a la alta demanda en servicios sanitarios de calidad, lo que orilla a concluir que, además de que estas acciones proponen un afrontamiento activo, la satisfacción con el tratamiento médico se relaciona negativamente con la búsqueda de información. Esto puede estar ligado al decrecimiento de la atención sanitaria debido a las consideraciones actuales por la pandemia de SARS-COV-2.

En otro estudio realizado por Kobayashi y Smith (2016) se sugiere la búsqueda de información como intervención preventiva de reacciones emocionales que puede causar el diagnóstico. Estos autores encontraron que la nula utilización de esta estrategia de afrontamiento se podría deber a la evitación de sentimientos de incomodidad que pueden aparecer debido a la información procesada, siendo esto inversamente proporcional a los beneficios que se obtienen en la muestra a raíz de este tipo de afrontamiento.

Los resultados del presente estudio sugieren que las estrategias utilizadas en este grupo de edad se encargan de mitigar los efectos psicológicos y físicos secundarios además de aumentar o mantener el compromiso de afrontar el impacto ya mencionado a partir de afrontamiento adaptativo y ausencia o poca utilización de afrontamiento desadaptativo. Esto produce a corto y mediano plazo una reducción de estrés y distress, siendo importante para sus consideraciones futuras tanto a nivel cuantitativo como cualitativo (Gibbons & Groarke, 2018).

Grupo de 54 a 65 años

En este grupo de edad, los modelos predictivos de la calidad de se centran en una sola variable de afrontamiento al dolor. Se encontró la estrategia de catarsis como predictor negativo del rol físico, mientras que para dolor corporal, fue la estrategia de búsqueda de información como variable predictora negativa.

Estos resultados son consistentes con los estudios de Donovan y LeBlanc (2018), donde la comunicación efectiva intrapersonal, que supone la catarsis, puede

tener influencia en la percepción de la calidad de vida dependiendo de su objetivo. La comunicación de noticias importantes tiende a ser asociada con menos distress psicológico. Sin embargo, no siempre es positiva una comunicación constante o constructiva debido a que la interpretación subjetiva de los hechos juega un papel importante, teniendo diferentes significados entre las pacientes con cáncer. Esto se explica en el modelo teórico del meta-análisis de los autores mencionados, ya que el afrontamiento puede ir dirigido hacia las cuestiones sociales-interactivas, o individuales-psicológicas.

Por otro lado, estos resultados sugieren que la adaptabilidad al cáncer, es ya avanzada en este grupo de edad, debido a la poca utilización de estrategias de afrontamiento al dolor que mejoren el rol físico o dolor corporal. La visión objetiva de la realidad que denota el diagnóstico, y la experiencia en manejo emocional pueden ser variables que intervienen en las mujeres con cáncer, evitando estrategias de afrontamiento como catarsis y búsqueda de información, ya que no es necesaria (Popa-Velea, Diaconescu, Popescu & Trucescu, 2017).

Esto sugiere que las competencias centradas en las emociones, como la religión, o distracción, pueden de hecho desempeñar un papel en el autocontrol emocional y psicológico, vinculando así el concepto a teorías más amplias que permiten a adultos de mediana edad comprender su situación de salud con racionalidad y sobrellevarlo con la información y comunicación que les brinda el equipo multidisciplinario de salud (Giesler & Weis, 2021).

Limitaciones del estudio

Este estudio cuenta con varias limitaciones. Debido a la contingencia sanitaria por el SARS-CoV-2 y ante la imposibilidad de acudir directamente con las pacientes, el levantamiento de información se realizó a través de entrevistas telefónicas. Por lo anterior no se descarta un sesgo en las respuestas de las participantes. Al ser un muestreo intencional, no se permite la generalización de resultados. De igual forma, al ser un estudio transversal, la sugerencia a investigaciones futuras se centra en la utilización de estudios longitudinales, donde la importancia de la adaptación y cambios en el afrontamiento al dolor sean la base de cambios en diferentes aspectos contextuales de las pacientes.

Para el levantamiento de información se solicitó el apoyo y autorización de varias asociaciones que brindan apoyo a mujeres con diagnóstico de cáncer, siendo mayor el número de participantes de Fuerza Rosa, por lo que los resultados pueden estar guiados mayormente por estas pacientes; misma situación con el tipo de cáncer, ya que la mayoría tuvo un diagnóstico por cáncer de mama. Igualmente, por las complejidades de la contingencia de salud por el SARS-CoV-2 y los retos en la recopilación de información médica precisa, este estudio no pudo contar con algunas variables relevantes como el tiempo desde el diagnóstico. Por lo anterior, es importante tomar en consideración variables como el tiempo con el diagnóstico, la escolaridad de las participantes, además de ahondar más en la posible influencia de la religión.

Es importante mencionar el bajo coeficiente de confiabilidad encontrado para la dimensión de Salud General del SF-36 de calidad de vida. Lo anterior puede deberse al número de indicadores de esta dimensión (dos preguntas), lo cual afecta la estimación. Por otro lado, una de las preguntas tiene cinco opciones de respuesta relativamente largas con un recorrido de: 1) Mucho mejor ahora que hace un año, hasta 5) Algo peor ahora que hace un año, las cuales pudieron resultar confusas al momento de responder vía telefónica. Por lo anterior, es importante tomar con cautela los resultados con dicha dimensión. Por último, resulta importante considerar el contexto cultural, ya que puede ser una herramienta útil para explicar las estrategias de afrontamiento de una manera más exacta.

Implicaciones del estudio.

Si bien las predicciones de la calidad de vida en función de las estrategias de afrontamiento al dolor no siguieron la pauta específica de las correlaciones entre las mismas, estos resultados son de gran importancia para la comunidad científica en materia de salud. Lo anterior invita a que la perspectiva de todos los profesionales de la salud sea dirigida de manera personal con cada paciente, tomando en cuenta el afrontamiento ante el dolor que causa el cáncer, pero también el objetivo de dicho afrontamiento, el cual funge como mediador de las consecuencias de este, siendo percibidas como positivas o negativas. De igual forma, considerar la edad también juega un papel importante en esta mediación, pudiendo trabajar tanto en grupo como de manera individual, con la finalidad de ofrecer una mejor calidad en el tratamiento integral de las pacientes con cáncer.

Conclusiones generales

En conclusión, existen diferencias en la forma del afrontamiento en función de la edad de las pacientes. El grupo de 30 a 45 años muestra un afrontamiento adaptativo, muy enfocado hacia la resolución de problemas, siendo subjetivamente importantes para ellas, tratando de controlar su contexto, teniendo un enfoque a lo físico y psicológico que impacte de manera positiva lo emocional. En el grupo de 46 a 53 años, predomina la búsqueda de información como pilar para la regulación y mantenimiento de la calidad de vida, siendo ésta una herramienta personal y grupal de respuestas ante problemas específicos, ya sea personales o de salud. Por el contrario, en el grupo de 54 a 65 años impera un patrón de ausencia de estrategias de afrontamiento adaptativas, sugiriendo que esto podría ayudar a mantener su calidad de vida, utilizando también la experiencia de vida en salud para sobrellevar el diagnóstico y trabajar junto con el personal sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abelson, J., Chait, A., Johnson, M., Charlon, M., Dickerman, A. & Yeo, H. (2018). Coping strategies among colorrectal cáncer patients undergoing surgery and the role of the surgeon in mitigating distress: A qualitative study. *Surgery*, 165(2) 1-8. doi: 10.1016/j.surg.2018.06.005.
- Abt, A., Pablo, S., Serrano, P., Fernpandez, E. & Martín, R. (2013). Necesidades de información y uso de internet en pacientes con cáncer de mama en España. *Gac Caint*, 27(3), 241-247. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.06.014.
- Acinas, P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65-71. doi: 10.1016/j.psiq.2014.05.003.
- Acosta-Zapata, E., López-Ramón, C., Martínez-Cortés, M. & Zapata-Vázquez, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 16(2), 139-148. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n2/2007-7459-hs-16-02-00139.pdf>.
- Aguirre-Camacho, A. & Moreno-Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11-22. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684866/relevancia_aguirre_p_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ahadi, H., Delavar, A. & Rostami, A. (2015). Comparing coping styles in cancer patients and healthy subjects. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 116(21), 3467-3470. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.785.
- Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Pérez, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A., Cabrera-Galeana, P. ... & Cárdenas-Cárdenas, E. (2015). Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 85, 28-34. doi: 10.24875/j.gamo.M18000105.
- Alcañiz, M. (2017). *Impacto Psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos*. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/686825/alcanniz_rodriguez_montserrat.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- Almanza-Muñoz, J., Romero-Romo, J. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: Abordaje psicosocial del paciente con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 54(5), 261-273. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2000/sm005h.pdf>.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(2), 771-776.
- American Cancer Society. (2014). ¿Qué es el cáncer?. Estados Unidos de América. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6ta edición). Washington DC: APA.
- Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cáncer. *Brain, Behavior and Immunity*, 30, S88-S98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009.
- Azcárate-García, E., Valle-Matildes, U., Villaseñor-Hidalgo, R. & Gómez-Pérez, A. (2017). Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención Familiar*, 24(4), 169-172. doi: 10.1016/j.af.2017.08.002.
- Barragán, J. & Almanza, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042002>.
- Blödt, S., Kaiser, M., Adam, Y., Adami, S., Schultze, M. ... & Holmberg, C. (2018). Understandign the role of health information in patiends' experiences: secondary analysis of qualitative narrative interviews with people diagnosed with cancer in Germany. *BMJ Open*, 8(3), 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019576.
- Buffart, L., Schreus, M., Abrahams, H., Kalter, J., Aaronson, N., Jacobsen, P. ... & Verdonck-de Leeuw, I. (2020). Effects and moderators of coping skills training on symptoms of depression and axiety in patiens with cancer: Aggregate data and individual patients data meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 80,

101882. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101882.

Cabrera, Y., López, E., López, E. & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf07207.pdf>.

Campbell, L., Andrews, N., Scipio, C., Flores, B., Feliu, M. & Keefe, F. (2009). Pain coping in latino populations. *The Journal of Pain*, 10(10), 1012-1019. doi: 10.1016/j.jpain.2009.03.004.

Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A. & Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The breast*, 27, 136-168. doi: 10.1016/j.breast.2016.04.001.

Castañeda, C., O'Shea, G., Narváez, M., Lozano, J., Castañeda, G. & Castañeda, J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156. doi: 10.1016/j.gamo.2015.07.007.

Chen, Y., Peng, Y., Xu, H. & O'Brien. (2017). Age differences in stress and coping: problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0), 1-17. doi: 10.1177/009141517720890.

Cheng, C., Ho, S., Liu, W., Hou, Y., Lim, L., Gao, S. ... & Wang, G. (2018). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 933-941. doi: 10.1007/s00520-018-4382-z.

Cho, Y., Lee, B. & Kim, S. (2020). Coping style at diagnosis its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 45, 101726. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101726.

Cole, L., Bennell, K., Ahamed, Y., Bryant, C., Keefe, F. ... & Farrel, M. (2017). Determining brain mechanisms that underpin analgesia induced by the use of pain coping skills. *Pain Medicine*, 0, 1-14. doi: 10.1093/pm/pnx301.

Costa, W., Monteiro, M., Queiroz, J. & Goncalves, A. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758-763. doi:

10.6061/clinics/2017(12)07.

- Coyotl, E., Morales, F., Xicali, N., Torres, A., Villegas, M., Tenahua, I. ... & Arriola, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 51-61. doi: 10.1989/ejhr.v1i2.5.
- Czerw, A., Religioni, U. & Deptala, A. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23, 654-661. doi: 10.1007/s12282-015-0620-0.
- Da Silva, A., Zandonade, E. & Costa, M. (2017). La ansiedad y el enfrentamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25, 1-7. doi: 10.1590/1518-8345.1722.2891.
- Danhauer, S. & Farmer, D. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 371-379. doi: 10.1007/s10865-009-9211-x.
- De Diego, R. & Guerrero, M. (2018). LA influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 167-177. doi: 10.14198/cuid.2018.52.15.
- Donovan, E. & LeBlanc, K. (2018). Interpersonal communication and coping with cancer: A multidisciplinary theoretical review of the literature. *Communication Theory*, 29(2), 1-21. doi: 10.1093/ct/qty026.
- Dunn, J., Adams, C., Holland, J. & Watson, M. (2015). Reinforcing the role of psychosocial oncology in global cancer prevention: applying psycho-oncology research in programmes and practice. *Psycho-Oncology*, 24, 1217-1221. doi: 10.1002/pon.3923.
- Emanuel, A., Godinho, C., Steinman, C. & Updegraff, J. (2016). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of Health Psychology*, 23(12), 1533-1544. doi: 10.1177/1359105316664129.
- Etcheld, M., van Elderen, T. & van der Kamp, L. (2003). Modeling Predictor of Quality of Life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 49-60. doi: 10.1207/s15324796abm2601_07.

- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C. & Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica?. *Psicooncología*, 13(2-3), 191-204. doi: 10.5209/PSIC.54432.
- Fox, L., Walsh, J., Morrison, T., Gorman, D., Ruane, N., ... & McGuire, B. (2016). Cognitive coping style and the effectiveness of distraction or sensation-focused instructions in chronic pain patients. *Plos One*, 11(4), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0142285.
- Fradelos, E., Latsou, D., Mitsi, D., Tsaras, K., Lekka, D., ... & Papathanasiou, I. (2018). Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemporary Oncology*, 22(3), 172-177. doi: 10.5114/wo.2018.78947.
- García-Alandete, J. & Hernández-Jiménez, M. (2018). El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estado avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *Persona y Bioética*, 22(2), 319-330. doi: 10.5294/pebi.2018.22.2.9.
- García-Conde, A. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos*. Tesis de doctorado. Universitat de Valencia. Recuperado de: [https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37194/Tesis%20doctoral%20\(Ana%20G-C\).pdf?sequence=1](https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37194/Tesis%20doctoral%20(Ana%20G-C).pdf?sequence=1).
- Garrido, R. (2013). Manejo del dolor en cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 661-666. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70205-0.
- Gavric, Z. & Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of quality of life of women with breast cancer. *Global Journal of Health Science*, 8(9), 1-9. doi: 10.5539/gjhs.v8n9pl.
- Giesler, J. & Weis, J. (2021). Patients competence in the context of cancer: its dimensions and their relationships with coping, coping self-efficacy, fear of progression, and depression. *Supportive Care in Cancer*, 29, 2133-2143. doi: 10.1007/s00520-020-05699-0.
- Gilbertson-White, S., Campbell, G., Ward, S., Sherwood, P. & Donovan, H. (2017).

- Coping with pain severity, distress, and consequences in women with ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 40(2), 117-123. doi: 10.1097/NCC.0000000000000376.
- Gibbons, A. & Groake, A. (2018). Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what Works. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 85-91. doi: 10.1016/j.ejon.2018.06.003.
- González, P., Núñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J. & Flores, K. (2015). Coping with breast cancer: Reflections from chinese america, korean american and mexican american women. *Health Psychology*, 35(1), 19-28. doi: 10.1037/hea0000263.
- Gordillo, F., Fierro, M., Cevallos, N. & Cervantes, M. (2017). La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 154-160. doi: 10.1016/j.rcp.2016.07.002.
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. & Mestre, J. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. doi: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492
- Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., Barlesi, F., Salas, S., Chinot, O. & Baumstark, K. (2017). Dyadic effects of coping strategies, time perspectives, and personality on the quality of life of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 27(2), 590-599. doi: 10.1002/pon.4553.
- Helbach, M., Koedam, T., Knol, J., Velthuis, S., Bonjer, H., Tuynman, J. & Sietses, C. (2019). Quality of life after rectal cancer surgery: differences between laparoscopic and transanal total mesorectal excision. *Surgical Endoscopy* 33(1), 79-87. doi: 10.1007/s00464-018-6276-z.
- Hermosilla, A. & Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 11-21. doi: 10-4067/S0717-95532015000100002.
- Hernández, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Rodríguez, A., Jara, C., ... & Jiménez-Fonseca, P. (2019). Differences in coping strategies among Young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics*, 19(5), 426-434. doi:

10.1111/psyg.12420.

- Higgins, N., Bailey, J., LaChapelle, D., Harman, K. & Hadjistavropoulos, T. (2015). Coping styles, pain expressiveness, and implicit theories of chronic pain. *The Journal of Psychology*, 149(7), 773-795. doi: 10.1080/00223980.2014.977759.
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G. & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factor son quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *The Breast*, 16(3), 241-251. doi: 10.1016/j.breast.2006.11.003.
- Hulbert-Williams, N. & Storey, L. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: Psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15-27. doi: 10.1111/ecc.12223.
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica. (2000). *Manual de Puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Estadísticas a Propósito de...Día Mundial Contra el Cáncer (4 de Febrero)*. Datos Nuevo León. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/cancer19.pdf>.
- Jacobs, J., Fishman, S. Sommer, R., Sereno, I., Fenech, A., Jankowski, A. ... & El-Jawahri, A. (2019). Coping and modifiable psychosocial factors are associated with mood and quality of life in patients with chronic graft-versus-host disease. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 25(11), 2234-2242. doi: 10.1016/j.bbmt.2019.06.024.
- Jenkins, V., Solis-Trapala, I., Payne, H., Mason, M., Fallowfield, L., May, S ... & Catt, S. (2018). Treatment experiences, information needs, pain and quality of life in men with metastatic castrate-resistant prostate cancer: Results from the EXTREQOL Study. *Clinical Oncology*, 31(2), 1-9. doi: 10.1016/j.clon.2018.11.001.
- Jiang, S. & Street, R. (2017). Pathway linking internet health information seeking to

- better health: A moderated mediation study. *Health Communication*, 32(8), 1024-1031. doi: 10.1080/10410236.2016.1196514.
- Kashani, F., Vaziri, S., Akbari, M., Jamshidifar, Z. & Sanaei, H. (2014). Stress coping skills training and distress in women with breast cancer. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 159, 192-196. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.355.
- Katz, J., Rosenbloom, B. & Fashler, S. (2015). Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(4), 160-167. doi: 10.1177/070674371506001109.
- Kobayashi, L. & Smith, S. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, 43(4), 461-470. doi: 10.1177/1090198115604616.
- Kokkonen, K., Saarto, T., Mäkinen, T... & Puustjärvi-Sunabacka, K. (2016). The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer. *Breast Cancer* 24(1), 128-136. doi: 10.1007/s12282-016-0687-2.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A. & Asante, K. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1357-1363. doi: 10.1016/j.pec.2019.02.014.
- Labarca, R. (1987). Aspectos psicológicos del paciente con cáncer. *ARS MÉDICA Revista de Ciencias Médicas*, 16(4). doi: 10.11565/arsmed.v17i4.708.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y. & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes* 13(1), 1-10. doi: 10.1186/s12955-015-0242-4.
- Llull, D., Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09>.
- Loiselle, C. (2019). Cancer information-seeking preferences linked to district patients

- experiences and differential satisfaction with cancer care. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1187-1193. doi: 10.1016/j.pec.2019.01.009.
- Lostanau, V., Torrejón, C. & Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90. doi: 10.15517/ap.v31i122.25345.
- Louro, A., Blasco, T. & Fernández, J. (2018). ¿Facilita el optimismo la eficacia de una terapia basada en emociones positivas en pacientes de cáncer?. *Quaderns de Psicologia*, 20(3), 287-291. doi: 10.5565/rev/qpsicologia.1467.
- Mah, K., Tran, K., Gauthier, L., Rodin, G., Zimmerman, C., Warr, D. ... Gagliese, J. (2017). Do correlates of pain-related stoicism and cautiousness differ in younger and older people with advanced cancer?. *The Journal of Pain*, 19(3), 301-316. doi: 10.1016/j.jpain.2017.11.002.
- Martínez-Basurto, A., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez-Velázquez, A., Galindo-Vázquez, O. & Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58. doi: 10.13140/RG.2.1.1271.4084.
- Martínez-Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M. & Fornieles-Deu, A. (2018). Versión española del COPE-48: Evaluación del afrontamiento en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Terapia Psicológica* 36(1), 9-14. doi: 10.4067/s0718-48082017000300009.
- Mercadante, S., Porzio, G., Adile, C. ... & Casuccio, A. (2014). Pain intensity as pronostic factor in cancer pain management, *Pain Practice*, 15(1), E1-E8. doi: 10.1111/papr.12259.
- Merluzzi, T., Chirico, A., Serpentine, S., Yang, M. & Philip, E. (2019). The role of coping in the relationship between stressfull life events and quality of life in persons with cáncer. *Psychology & Health*, 34(4), 1-17. doi: 10.1080/08870446.2019.1545905.
- Mishra, S., Brakey, H., Kano, M, Nedjat-Haiem, F. & Sussman, A. (2018). Health related quality of life during cancer treatment: perspectives of Young adult (23-29 years) cancer survivors and primary informal caregivers. *European Journal of*

Oncology Nursing, 32, 48-54. doi: 10.1016/j.ejon.2017.11.007.

Mohar-Betancourt, A., Reynoso-Noverón, N., Armas-Texta, D., Gutiérrez-Delgado, C. & Torres-Domínguez, J. (2017). Cancer Trends in Mexico: Essential data for the creation and follow-up of public policies. *Journal of Global Oncology*, 3(6), 740-748. doi: 10.1200/JGO.2016.007476.

Money, S. & Garber, B. (2018). Management of cancer pain. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 6(2), 141-146. doi: 10.1007/s40138-018-0170-9.

Moral, J. & Miaja, M. (2015). Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer. *Boletín de Psicología*, 113, 7-27.

Moreno, M., Gutiérrez, D. & Zayas, R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1), 1-6. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>.

Morley, S. & Williams, A. (2015). New Developments in the psychological management of chronic pain. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(4), 168-175. doi: 10.1177/070674371506000403.

Mota, C., Aldana, E., Bohórquez, L., Martínez, S. & Peralta, J. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 28(2), 155-165. Recuperado de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2551>.

Mun, C., Ruehlman, L. & Karoly, P. (2019). Examining the adjustment patterns of adults with multiple chronic pain conditions and multiple pain sites: More pain, no gain. *The Journal of Pain*, 21(1-2), 1-13. doi: 10.1016/j.jpain.2019.06.002.

National Cancer Institute. (2018). *Cancer Statistics*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>.

National Cancer Institute. (2017). *Depresión (PDQ) – Versión para profesionales de la salud*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq>.

- National Cancer Institute. (2019). Diagnóstico y Estadificación. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion>.
- Neufeld, N., Elnahal, S. & Alvarez, R. (2016). Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncology*, 13(9), 1-9. doi: 10.2217/fo-2016-0423.
- Nipp, R., El-Jawahri, A., Fishbein, J., Eusebio, J., Stagl, J., Gallagher, E., ... & Temel, J. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cáncer. *Cáncer*, 122(13), 2110-2116. doi: 10.1002/cncr.30025.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Cáncer*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*, 1(4), 385-387. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ortíz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G. & Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia, avances de la disciplina*, 8(1), 77-83. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862014000100008.
- Paeck, M., Ip, E., Levine, B. & Avis, N. (2016). Longitudinal reciprocal relationships between quality of life and coping strategies among women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine: Society of Behavioral Medicine*, 50(5), 775-783. doi: 10.1007/s12160-016-9803-y.
- Palesh, O., Butler, L., Koopman, C., Giese-Davis, J., Carlson, R. & Spiegel, D. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 233-239. doi: 10.1016/j.psychores.2007.05.012.
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). Health status and health policy: Allocation resources

- to health care. *American Journal of Epistemology*, 139(12), 1226-1228.
- Peer, J. (2016). Coping Strategies. En *The Encyclopedia of Family Studies* (pp.1-4). doi: 10.1002/9781119085621.wbefs.121.
- Pérez, P., González, A., Mielles, I. & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. doi: 10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643.
- Pérez-Hernández, S., Okino-Sawada, N., Díaz-Oviedo, A, Lordelo-Marinho, P. & Ruíz-Paloalto, M. (2019). Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 185-195. doi: 10.10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643.
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M. & Szymanska-Chabowksa, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *Onco Targets and Therapy*, 29(9), 1023-1028. doi: 10.2147/OTT.S100685.
- Poleshuck, E., Katz, J., Andrus, C., Hogan, L., Jung, B., Kulick, D. & Dworkin, R. (2006). Risk factors of chronic pain following breast cancer surgery: A prospective study. *The Journal of Pain*, 7(9), 626-634. doi: 10.1016/j.jpain.2006.02.007.
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Popescu, M. & Truescu, C. (2017). Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 124-136. doi: 10.1177/0091217417720895.
- Porter, L., Samsa, G., Steel, J., Hanson, L. LeBlanc, T., Bull, J. ... & Keefe, F. (2019). Caregiver-guided pain coping skills training for patients with advanced cancer: Background, design, and challenges for the CaringPals Study. *Clinical Trials*, 16(3), 263-272. doi: 10.1177/1740774519829695..
- Pousa, V., Miguelez, A., Hernández, M., González, M. & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172. doi: 10.1016/j.rccan.2015.04.005.
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>.

- Ramos, V., Ortega, L., de la Roca, J., Hernández, M., Barbosa, G & García, M. (2020). Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería global*, 19(60), 196-207. doi: 10.6018/eglobal.410951.
- Rana, M., Gellrich, N., Czens, F., Kanatas, A. & Rana, M. (2014). Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Support Care Cancer*, 22(11), 2981-2986. Doi: 10.1007/s00520-014-2300-6.
- Rey, R., Pita, S., Cereijo, C., Seoane, M., Balboa, V. & González, C. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-13. doi: 10.1590/1518-8345.2258.2958.
- Reyes, D., González, J., Mohar, A. & Meneses, A. (2011). Epidemiología del dolor por cáncer. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(2), 118-134. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n2/revision1.pdf>.
- Riley, K. & Park, C. (2014). Problem-focused vs. Meaning-focused coping as mediators of the appraisal-adjustment relationship in chronic stressors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(7), 587-611.
- Robles, R. (2004). Cap. 9. Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En Oblitas, L. *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 249-279). México: Thomson.
- Rodríguez, M., Esteve, R. & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712303>.
- Rogala, D., Mazur, A., Maslinska, M., Koper, K. & Staniszewska, M. (2016). Psychological adaptation to cancer and strategies for coping with pain in parents with cervical cancer. *Archives of Perinatal Medicine*, 22(1), 1-7. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Dorota_Rogala2/publication/321007479_Psychological_adaptation_to_cancer_and_strategies_for_coping_with_pain_in_patients_with_cervical_cancer/links/5b51d1560f7e9b240ff140b6/Psychological-adaptation-to-cancer-and-strategies-for-coping-with-pain-in-patients-with-

cervical-cancer.pdf.

- Ruíz-Doria, S., Valencia-Jiménez, N. & Ortega-Montes, J (2020). Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con Cáncer de mama en Córdoba, Colombia. *Anales de Psicología*, 36(1), 46-55. doi: 10.6018/analesps.351701.
- Ruíz-González, P., Zayas, A., Morales-Sánchez, L., Gil-Olarte, P. & Guil, R. (2019). Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *Psicología Positiva*, 4(1), 75-83. doi: 10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1511.
- Russo, M. & Sundaramurthi, T. (2019). An overview of cancer pain: Epidemiology and pathophysiology. *Seminars in Oncology Nursing*, 35, 223-228. doi: 10.1016/j.soncn.2019.04.002.
- Sadat, A. & Pahlevan, S. (2018). Uncertainty and Quality of life in women with Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 00(0), 1-7. doi: 10.1097/NCC.0000000000000552.
- Saleh, S. (2015). Stress and coping mechanisms: A historical overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2), 479-488. doi: 10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479.
- San Bartolomé, J. (2014). Valoración & análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería Castilla y León*, 6(2), 74-91. Recuperado de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/132/105>.
- Sehati, F., Mirghafourvand, M., Harischi, S., Esfahani, A. & Amirzehni, J. (2017). Self-Confidence and quality of life in women undergoing treatment for breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19, 733-740. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.733.
- Shrestha, J., Shrestha, A., Sapkota, A., Sharma, R., Shrestha, S., Shrestha, S. ... & Amayta, K. (2017). Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. *Cancer Reports and Reviews*, 1(2), 1-5. Doi: 10.15761/CRR.1000107.
- Sipilä, R., Kalso, E. & Lötsch, J. (2020). Machine-learned identification of psychological subgroups with relation to pain interference in patients after breast cancer treatments. *The Breast*, 50, 71-80. doi: 10.1016/j.breast.2020.01.042.

- Smith, M., Meredith, P. & Chua, S. (2018). The experience of persistent pain and quality of life among women following treatment for breast cancer: an attachment perspective. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2442-2449. doi: 10.1002/pon.4848.
- Somers, T., Abernethy, A., Edmond, S., Kelleher, S., Wren, A., Samsa, P. & Keefe, F. (2015). A pilot study of a mobile health pain coping skills training protocol for patients with persistent cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(40), 553-558. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.04.013.
- Soriano, J. & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 27-36. Recuperado de: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_01_03.pdf.
- Sousa, F., Freitas, S., Farias, A., Cunha, M., de Araújo, M. & Veras, V. (2017). Religious/Spiritual coping by people with cancer undergoing chemotherapy: Integrative Literature Review. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 13(1), 45-51. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51.
- Suárez, T. & Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu*, 9(2), 284-307. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545464005>.
- Tabriz, E., Mohammadi, R., Roshandel, G., Talebi, R. & Khorshidi, M. (2018). Pain coping skills and their relationship with unpleasant emotions (anxiety, stress, and depression) and religious coping in cancer patients. *Middle East Journal of Cancer*, 9(3), 208-216. Recuperado de: <http://mej.csums.ac.ir/index.php/mejc/article/view/707>.
- Ticona, S., Santos, E. & Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20. doi: 10.5294/aquí.2015.15.1.2.
- Torrecilla, M., Casari, L. & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *Psiencia*, 8(3), 1-16. doi: 10.5872/psiencia/8.3.21.
- Torregosa, S. & Tagle, M. (2017). Dolor y Cáncer. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 17 (4), 48-54. doi: 10.11565/arsmed.v17i4.710.

- Torres-Reyes, A., Tenahua-Quitl, I., García-López, M. ... & Morales-Castillo, F. (2019). Relación de la calidad de vida y el autocuidado en pacientes adultos con cáncer. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 16-30. doi: 10.30681/252610103123.
- Topcu, S. (2018). Relation among pain, pain beliefs, and psychological well-being in patients with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 19(6), 637-644. doi: 10.1016/j.pmn.2018.07.007.
- Tsaras, K., Papathanasiou, I., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M. ... & Fradelos, E. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: Prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1661-1669. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661.
- Urzúa, A. (2010). Lostanaou con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002.
- Wiedemann, A., Wood, a., Luben, R., Vogel, D., Jones, G., Khaw, K. & Myint, P. (2017). Dimension of pain-related quality of life and self-reported mental health in men and women of the European Prospective Investigation into Cancer-Norfolk cohort: a population-based cross-sectional study. *British Journal of Pain*, 00(0), 1-12. doi: 10.1177/2049463717724566.
- Williams, A. & Craig, K. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613
- Winger, J., Rand, K., Hanna, N., Jalal, S., Einhorn, L., Birdas, T. ... & Mosher, C. (2018). Coping Skills practice and symptom change: A secondary analysis of a pilot telephone symptom management intervention for lung cancer patients and their family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1341-1349. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.005.
- Wu, A. (2000). Quality-of-Life assessment in clinical research: Application in diverse populations. *Medical Care*, 38(9), 130-135. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3768071>.
- Yoon, S. & Oh, J. (2018). Neurophatic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 33(3), 1058-1069. doi: 10.3904/kjim.2018.162.

Zdun-Ryzewska, A., Chojnacka-Szawlowska, G., Basinski, K., Leppert, W. & Majkowicz, M. (2019). Cognitive and emotional representations of pain in cancer patients at an inpatient unit and palliative care. *Current Problems in Cancer*, 1-7. doi: 10.1016/j.currproblcancer.2019.01.005.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO (CAD)

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión					
1. Rezo para que mis dolores desaparezcan					
2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
3. Rezo para curarme					
4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores					
Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)					
6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones					
9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
Distracción					

11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
12. Busco algo en qué pensar para distraerme					
13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
14. Intento recrear mentalmente un paisaje					
15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo					

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Autocontrol Mental					
17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
21. Trato de dejar la mente en blanco					
Autoafirmación					
22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					
23. Me doy ánimos para aguantar el dolor					
24. Me digo a mí mismo que tengo que ser fuerte					
25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note					
Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)					
27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, Sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente					
31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente Cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas