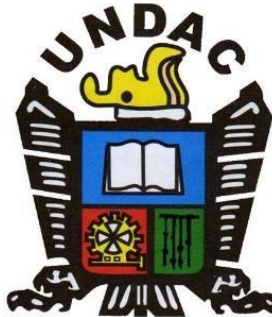


**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO**



**TESIS**

**Estilos de afrontamiento y calidad de vida de las  
pacientes con cáncer Hospital Félix Mayorca Soto de  
Tarma, octubre 2013- junio 2014**

**Para optar el grado académico de maestro en:  
Salud Pública y Comunitaria**

**Mención:  
Gerencia en Salud**

**Autor: Obsta. Elizabeth BRAVO ROJAS**

**Asesor: Mg. Cesar Iván ROJAS JARA**

**Tarma – Perú – 2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO**



**TESIS**

**Estilos de afrontamiento y calidad de vida de las pacientes con  
cáncer Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, octubre 2013- junio  
2014.**

**Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:**

---

Mg. Melvi J. ESPINOZA EGOAVIL  
PRESIDENTE

---

Mg. Elsa Lourdes PAITA HUATA  
MIEMBRO

---

Mg. Mario Rómulo Salazar Bueno  
MIEMBRO

**DEDICATORIA:**

A mis hijos quienes han sido el pilar de mi fortaleza para poder seguir desarrollándome como profesional.

**RECONOCIMIENTO:**

A todas aquellas personas que de manera sostenida y desinteresada han contribuido para el logro en la culminación de mi maestría.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata sobre; ¿Cuál es la relación entre estilos de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con cáncer Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014 2014?, con el objetivo de; Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de las pacientes con cáncer. Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.

Se aplicó como instrumento Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI, y el Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer. La muestra estuvo conformada por pacientes con cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata y gástrico. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron; Los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer son poco adecuados en el 89,7% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 49,5%. El estilo de afrontamiento cognitivo de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 41,4%.

El estilo de afrontamiento social de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 75,9% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 42,6%. El estilo de afrontamiento emocional de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 47,2%.

El estilo de afrontamiento espiritual de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala y regular en el 36,8% cada uno de ellos respectivamente. El estilo de afrontamiento físico de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 74,7% de la población y su calidad de vida es regular en el 37,9% porcentaje ligeramente mayor a la calidad de vida mala en el 36,8% de los pacientes.

**Palabras claves:** Enfermedad oncológica y su afrontamiento, calidad de vida y afrontamiento en cáncer

## SUMMARY

The present research work is about; What is the relationship between coping styles and the quality of life of cancer patients Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014 2014?, with the aim of; To determine the relationship between coping styles and the quality of life of patients with cancer. Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014. The sample was composed of patients with cervical, breast, prostate and gastric cancer. The results of the study were coping resources inventory (CRI) and the Quality of Life Questionnaire in patients with cancer. The coping styles of patients with cancer are poorly adapted to 89.7% of the population and their quality of life is poorer, 49.5%. Patients with cancer are poorly adapted in 73.6% of the population and their quality of life is poorer, 41.4%.

The social coping style of patients with cancer is inadequate in 75.9% of the population and their quality of life is poor with more frequency; 42.6%. The emotional coping style of patients with cancer is inadequate in 73.6% of the population and their quality of life is poor with more frequency; 47.2%.

The spiritual coping style of patients with cancer is inadequate in 73.6% of the population and their quality of life is poor and regular in 36.8% each respectively. The physical coping style of patients with cancer is inadequate in 74.7% of the population and their quality of life is regular in 37.9% slightly higher percentage of poor quality of life in 36.8% from the patients.

keywords: Oncologic disease and its coping, quality of life and coping in cancer.

# INDICE

Pág.

CARATULA  
ACTA DE  
SUSTENTACION  
DEDICATORIA  
RECONOCIMIENTO  
RESUMEN  
ABSTRAC  
ÍNDICE O SUMARIO  
INTRODUCCIÓN

## CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema.	12
1.2. Delimitación de la investigación.	14
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema principal	15
1.3.2. Problemas específicos	15
1.4. Formulación de objetivos	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Justificación de la investigación	16
1.6. Limitaciones de la investigación	16
	17

## CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	18
2.2. Bases teóricas – científicas	22
2.3. Definición de términos básicos	66
2.4. Formulación de hipótesis	67
2.4.1. Hipótesis general	67
2.4.2. Hipótesis específicas	67
2.5. Identificación de variables	67
2.6. Definición operacional de variables e indicadores	68

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	71
3.2. Métodos de investigación	71
3.3. Diseño de investigación	71
3.4. Población y muestra	72
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	72
3.7. Tratamiento estadístico	73

## CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo	74
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados	74
4.3. Prueba de hipótesis	93
4.4. Discusión de resultados	98

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- Instrumentos de recolección de datos (obligatorio)
- Otros que considere necesario (opcional)



## INTRODUCCION

De acuerdo con estudios epidemiológicos a nivel mundial, una mujer muere por cáncer cérvico uterino cada dos minutos y en México, esta enfermedad es la segunda causa de muerte con aproximadamente 6,000 decesos anuales, lo que representa que una mujer muere cada dos horas por este tipo de cáncer.

Las mujeres están en riesgo de infección por el VPH durante su vida sexual activa. Alrededor de 200 tipos de VPH han sido identificados hasta la fecha y, de éstos, se sabe que aproximadamente 15 tipos de virus causan cáncer.

Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70 por ciento del cáncer cérvico uterino a nivel mundial, y junto con los tipos de VPH, 45, 31 y 33, son los cinco tipos de mayor prevalencia en cáncer cérvico uterino en el mundo. La infección persistente por tipos oncogénicos de VPH puede progresar a resultados anormales en la prueba de Papanicolaou, a lesiones pre-cancerígenas y a cáncer cérvico uterino. <sup>1</sup>

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC), clasificada en grado 1, 2 y 3, se refiere a las células pre-cancerosas que se encuentran en el cuello uterino. Cuanto mayor sea el grado, mayor es la probabilidad de progresión y de que las células anormales se conviertan en células cancerígenas.

Más de 500,000 mujeres son diagnosticadas a nivel mundial con cáncer de cuello de útero y 280.000 mujeres mueren cada año. Los tipos de VPH 16, 18 y 45 son particularmente importantes porque en conjunto son responsables del 90 por ciento de los casos de adenocarcinoma, un tipo muy agresivo de cáncer cérvico uterino, más común en mujeres jóvenes y más difíciles de detectar.

Dentro de los siete cánceres más frecuentes en la mujer, de acuerdo con las tasas registradas en 2012, el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar en América Latina y Caribe con un 29.2 /100,000 de incidencia y 13.6 /100,000 de mortalidad, precedido por el cáncer de mama con un 40.3 /100,000 de incidencia y 13.9 /100,000 de mortalidad”, dio a conocer el doctor Xavier Bosch, Director Ejecutivo del Centro de Información de la Organización Mundial de la Salud sobre Virus de Papiloma Humano (VPH) y Cáncer Cérvico Uterino (CaCu).<sup>1</sup>

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia nacional es de 34.5 por 100,000 mujeres (4446 casos nuevos) y la tasa de mortalidad es de 16.3 por 100 mil. (2098 mujeres)

El cáncer de mama representa el cáncer más frecuente en Lima y Arequipa. En los últimos 30 años ha incrementado su incidencia a 34.0 por 100 mil mujeres y su tasa de mortalidad es de 10.8 por 100 mil.

Los casos de cáncer notificados en Junín son de 609 casos entre el 2006 al 2011. Y el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar con un 14,9% y el de mama el 10.3%.

El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y la primera causa de muerte en hombres en España, lo que tiene que ver con el temor relacionado con este diagnóstico. Consiste un conjunto de enfermedades muy temidas por la gravedad que pueden suponer y porque hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante.

Además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales (personalidad previa, experiencias de personas cercanas con el cáncer, atribuciones que se dan a la propia situación, creencias religiosas, etc.) que también influyen en la reacción psicológica de la persona ante el diagnóstico.

El hecho de asociar cáncer a muerte y a sufrimiento, hace que cuando una persona haya de enfrentarse a este diagnóstico, se vea enfrentada a su propia muerte con el consiguiente sufrimiento y angustia ante dicha probabilidad. Aparte de estas circunstancias, el cáncer de mamas en particular, que es en el que se centra el presente trabajo, es uno de los más frecuentes en la población general y tiene elevadas tasas de mortalidad, razón por la cual son comprensibles las dificultades de las pacientes para enfrentarse a sí misma.

# CAPITULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### **1.1. Identificación y planteamiento del problema.**

La mayoría de las personas viven con mucho temor, ansiedad, o preocupación el hecho de enfrentarse ante una enfermedad grave que amenaza sus vidas, como se pone de manifiesto cuando alguien recibe el diagnóstico de un cáncer. Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, la ruptura con las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima.

Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden suponer fuentes importantes de estrés para los pacientes, que les puede llevar incluso a sufrir una serie de alteraciones psicopatológicas si se ven desbordados por dicho estrés, al no saber manejarlo o aminorarlo.

Ante dicho estrés se ponen en funcionamiento las reacciones de afrontamiento para intentar manejar la situación y atenuar el impacto emocional de la misma; es decir, el afrontamiento podría mediar el impacto del estrés en la psique del enfermo y por lo tanto mediar el efecto del diagnóstico en la aparición de alteraciones psicopatológicas.

El concepto de afrontamiento se basa fundamentalmente en la teoría del estrés psicológico y el proceso de afrontamiento. Según estos autores el afrontamiento consistiría en los esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas y/o externas que al ser evaluadas resultan estresantes.

En el hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, asisten pacientes a la unidad de oncología para que se sometan a pruebas diagnósticas y posteriormente reciban el tratamiento respectivo según el grado de cáncer detectado, esta unidad se encuentra funcionando dentro del hospital frente a la unidad de emergencia en la parte posterior del hospital y diariamente asisten un promedio de 8 a 10 pacientes de ambos sexos.

Afrontar un diagnóstico de cáncer supone tener que afrontar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de cada persona y que están en función de las amenazas percibidas. Dicho afrontamiento es un proceso dinámico que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y puede estar condicionado por las creencias previas sobre lo que es la vida, sobre lo que es enfrentarse a ciertas circunstancias estresantes y por los significados que atribuye la persona ante lo que está pasando. Es decir, para comprender su proceso de afrontamiento, es muy importante tener en cuenta las atribuciones que la paciente hace a su situación, que están estrechamente relacionadas con sus sistemas de creencias sobre la vida en general, dentro de lo que también pueden tener alguna repercusión las creencias religiosas.

Así que el afrontamiento puede estar condicionado por el sentido que uno encuentra a su vida, que a su vez está influenciado por las creencias existenciales o religiosas de las personas.

Así mismo en la actualidad existe un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más personal, en el que se consideran las implicaciones que la presencia de esta tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su calidad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente, lo cual es relevante en aquellos con enfermedades crónicas como el cáncer.<sup>1</sup>

Es fundamental el estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer debido a que la amenaza a la existencia, el dolor y el miedo a la muerte, aunados a los cambios en el estilo de vida que suscita el diagnóstico, ocasionan repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales.<sup>1</sup> Este

análisis constituye un tema complejo y de gran debate en el mundo debido a las dimensiones que debe comprender y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos polémicos fundamentales es el relacionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, satisfacción, felicidad) y la dimensión objetiva (condiciones materiales, nivel de vida, estado físico del individuo). Aun cuando la calidad de vida este determinado por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden subjetivo, lo cual nos habla de una relación dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo. <sup>1</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud, aunque se analiza generalmente desde un enfoque clínico pos tratamiento, para valorar los resultados de las intervenciones, también permite realizar un análisis muy importante no solo de las repercusiones físicas sino también de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona después de un diagnóstico por ejemplo de cáncer, mostrando una nueva preocupación no solo por la eliminación de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Existen dos importantes características de esta disciplina sobre las que se tiene un acuerdo general: que la calidad de vida se trata de un constructo multidimensional y que la fuente primaria de información es el propio paciente. <sup>1</sup>

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. El hecho que una mujer se enferme o muera por este tipo de cáncer tiene un importante impacto en nuestra sociedad, debido a que la mujer constituye el centro del hogar. Además, desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal. Los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitados.

## **1.2. Delimitación de la investigación.**

La investigación se realizará específicamente a las pacientes con diagnóstico

de cáncer de mamas y cérvico uterino, que son atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, el resultado de esta investigación solo tendrá inferencia local por estar delimitado a estudiar solamente a pacientes aseguradas.

### **1.3. Formulación del problema.**

#### **1.3.1. Problema principal.**

¿Cuál es la relación entre estilos de afrontamiento y la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?

#### **1.3.2. Problemas específicos.**

- a. ¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recurso cognitivo con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?
- b. ¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos sociales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?
- c. ¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos emocionales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?
- d. ¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos espirituales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?
- e. ¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos físicos con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?

### **1.4. Formulación de objetivos.**

#### **1.4.1. Objetivo general.**

Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de

Tarma 2014.

#### **1.4.2. Objetivos específicos.**

- a. Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recurso cognitivo con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.
- b. Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos sociales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.
- c. Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos emocionales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.
- d. Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos espirituales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.
- e. Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos físicos con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.

#### **1.5. Justificación de la investigación.**

##### **Teórica.**

El diagnóstico de un cáncer tiene una importante repercusión psicológica en la vida de muchas personas, lo que puede aumentar el riesgo que aparezcan diversos trastornos en las pacientes. Por ello es de trascendencia investigar qué estilos utilizan ellas para afrontar su enfermedad y cómo es su calidad de vida.

##### **Social.**

Esta investigación es importante debido a que el cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que va a influenciar en el aspecto biopsico social de las pacientes y sus familiares, y que de acuerdo al estadio en que se encuentra y el tratamiento que reciben las pacientes le van a permitir tener oportunidades



de prolongar su vida y que sus familiares tengan esperanzas de que se van a recuperar.

### **Científica.**

En esta investigación se aplicará un instrumento ya utilizado en otras investigaciones respecto a los estilos de afrontamiento y que, por las características propias de la población a investigar, el lugar, demografía y geografía nos va a permitir identificar como interactúa con el instrumento sobre la calidad de vida de estas pacientes con cáncer de mamas y cérvico uterino.

#### **1.6. Limitaciones de la investigación.**

El tiempo que se dispone para efectuar la investigación y la lejanía geográfica representan una limitación muy importante, pero es la responsabilidad como obstetra trabajar este proyecto en el segundo y tercer nivel de atención ya que es allí donde se realizan las actividades preventivas de las enfermedades y en este caso del cáncer que viene avanzando con mayor incidencia en la Región Junín.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de estudio.

##### Internacionales.

- a. **Mera Paulina C. (2012). “La Relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama”. Chile.** En el presente estudio se indagó la relación entre calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. Veinticinco mujeres con cáncer de mama respondieron una serie de instrumentos: WHOQOL- BREF, LOT-R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. Se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento) con CV, y entre las variables independientes. Un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la CV es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50.7% de la varianza de la CV. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de estos resultados en el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias, así como también las limitaciones de este estudio y sugerencias de futuras líneas de investigación. <sup>2</sup>
- b. **Enríquez Villota, María Fernanda. (2010) “Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno”. España.** Al hablar de afrontamiento psicológico, se hace referencia a la forma como los seres humanos

responden a circunstancias externas o internas, según como sean evaluadas por ellos mismos, se puede decir, que en el momento en que una persona se enfrenta a una situación excedente de su alcance, en este caso la enfermedad crónica, se ponen de manifiesto todas las habilidades y capacidades del sujeto para hacerle frente. La adaptación a esta nueva condición de vida tanto para las pacientes como para sus familias implica un esfuerzo psicológico para aceptar el diagnóstico, los trámites para la atención clínica, el sometimiento a exámenes o exploraciones médicas, consultas con el especialista y el tratamiento con todos sus efectos colaterales que casi siempre resultan aversivos. Es en el transcurso de este proceso, cuando se evidencian las estrategias de afrontamiento psicológico que cada paciente emplea para enfrentar la enfermedad todo esto con el fin de alcanzar el equilibrio o bien para disminuir la ansiedad producida por el evento estresante. Con el propósito de entender este proceso de manera más profunda se realizó una investigación mixta orientada a caracterizar las estrategias de afrontamiento más empleadas por un grupo de mujeres de la región y a partir de los hallazgos fue posible construir una propuesta de intervención psicológica orientada a fortalecer las estrategias de afrontamiento favorecedoras del proceso de recuperación de las pacientes.<sup>3</sup>

- c. **Campos Tavares, Jeane Saskya; et al (2009). “Las familias de mujeres con cáncer de mama: desafíos asociados al cuidado y a los factores de afrontamiento”.** Brasil. De acuerdo con la Teoría del Afrontamiento, el cáncer de mama es potencialmente estresante para familias de pacientes, las cuales desarrollan estrategias mediadas por factores personales y situaciones para lidiar con sus repercusiones. Este estudio tiene como objetivo el de describir y analizar las principales repercusiones del cáncer de mama y su tratamiento relatadas por pacientes y sus familiares, identificando los factores que se hayan destacado en el proceso de afrontamiento de esta enfermedad. Se ha realizado un estudio cualitativo de casos con cinco familias de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en

diferentes etapas de la enfermedad y del tratamiento a través de entrevistas semiestructuradas y de observaciones en sus domicilios. Los resultados indican sufrimiento psíquico intenso motivado por alteraciones financieras, de rutina y de proyectos de vida, sexualidad y auto-imagen. Como aspectos positivos se relatan el reconocimiento social del papel de cuidador, la adquisición de nuevas responsabilidades y la maduración de miembros de la familia. <sup>4</sup>

- d. **Sebastián Julia, León Magdalena, (2009). “Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasi-prospectivo de la personalidad tipo c”. Bogotá Colombia.** El artículo examina la relación entre personalidad tipo C, o propensa al cáncer, y desarrollo del cáncer de mama, mediante dos de sus características más consistentes: la falta de expresión de emociones negativas (o racionalidad) y la necesidad de armonía. A una muestra de 480 mujeres, de edades comprendidas entre los 20 y 68 años, que habían asistido a revisión mamaria se les administró la escala de Racionalidad/ Defensividad Emocional y la escala de Necesidad de armonía, ambas de Spielberger (1988). La recolección de datos se realizó antes de que las mujeres fueran informadas sobre su diagnóstico (diseño cuasi prospectivo, ya que la enfermedad podría estar presente). Los datos muestran que las pacientes con cáncer obtuvieron puntuaciones más altas en ambas escalas que las mujeres con patología benigna o con mamas normales ( $p < .01$ ). Adicionalmente, se identificaron otras asociaciones significativas entre las escalas y las variables de edad, nivel educativo y maternidad. Estos resultados deben ser tomados con precaución, ya que se necesitan más investigaciones controladas para determinar el papel de las características psicosociales en el inicio del cáncer de mama. <sup>5</sup>
- e. **García-Viniegras, Carmen Regina. et al (2007) “Bienestar psicológico y cáncer de mama”. La Habana Cuba.** Se plantean los aspectos psicológicos más relevantes estudiados en las mujeres con cáncer de mama, tales como estilos de afrontamiento, preocupaciones, valoraciones

de su enfermedad y efectos psicológicos del tratamiento. Se analizan los determinantes del bienestar psicológico de las pacientes, tales como la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, así como el afrontamiento satisfactorio a situaciones de estrés, entre ellas al estrés de la enfermedad, y a los cambios que esta impone en el estilo de vida.

Se considera en este análisis la influencia de determinadas variables sociodemográficas, así como de variables clínicas, que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer. Se destaca la necesidad de que las estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer incluyan elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico de estas mujeres. <sup>6</sup>

- f. **Várela Berta, Caporale Bettina, y otros: (2007) “Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama”. Uruguay.** El impacto psicológico que implica recibir el llamado para una segunda prueba confirmatoria luego de la realización de la mamografía anual ha sido considerado en la literatura como un evento amenazante, desatando esfuerzos de afrontamiento. El presente trabajo pretende conocer cómo afrontan las mujeres el segundo llamado y la respuesta emocional. Este estudio descriptivo observacional, utilizando métodos cuali y cuantitativos, incluyó 377 pacientes. Los instrumentos cuantitativos aplicados fueron la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) y Perfil de estados de ánimo (POMS). Se aplicó el Manual ULM como evaluación cualitativa del afrontamiento. Fueron estudiadas 377 mujeres, 37 (10%) recibieron finalmente un diagnóstico de cáncer de mama. Estas pacientes reportaron 125 de los eventos de afrontamiento (mediana, 4 rango 1-13), mientras que las sanas reportaron 871 (mediana 2, rango 0-9), diferencia estadísticamente significativa (Mann-Whitney test - two tailed:  $p < 0.0001$ ). Las pacientes fueron agrupadas en tres grupos de acuerdo a la clasificación de la mamografía G1 (n: 279) para BI-RADS 1, 2 y 3; G2 (n: 48) síntomas

clínicos y G3 (n:30) para BI-RADS 4 y 5. Las pacientes G3 mostraron un mayor uso del clúster, resignación como modo de afrontamiento ( $p < 0.001$ ) y un menor uso del clúster aceptación ( $p < 0.003$ ). El 49% de las pacientes con cáncer utilizaron la resignación como afrontamiento, comparado con el 30% de las sanas ( $p < 0.04$ ). 51% de las pacientes sanas utilizaron la aceptación, y 24% de las pacientes con cáncer ( $p < 0.003$ ). La evitación y la desesperanza aumentan con la mayor probabilidad de tener cáncer. El afrontamiento diferenció a los grupos más claramente que los estados emocionales. <sup>7</sup>

## **2.2. Base teórico-científicas.**

### **I ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.**

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso <sup>8</sup>. En función de dicha percepción habrá un amplio rango de diferencias individuales en la respuesta ante distintas situaciones estresantes

La reacción ante el estrés de una situación estaría mediada según Lazarus (1986) <sup>8</sup> por evaluaciones cognitivas que hace el sujeto de la misma y que tratarían de contribuir a la autoregulación en dicha situación. En dichas evaluaciones cognitivas se evalúa el significado de una transacción para el bienestar personal y evalúa su valor potencial de cara al manejo del ambiente; estas evaluaciones se realizan en un cambio constante. Para Lazarus (1986) <sup>8</sup> la autoregulación se realizaría mediante dos tipos de procesos: 1) acciones directas para manejar o cambiar el problema, 2) acciones de tipo paliativo (para cuando se siente que no se puede hacer nada para cambiar la situación), entre las que estarían procesos intrapsíquicos para manejar las emociones (como la negación, evitación o retirada de atención de lo que sucede) y actividades

dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés (tomando tranquilizantes, mediante técnicas de relajación, etc.). Según estos planteamientos, el estrés sería en gran medida un constructo mental, pues el estrés de la situación depende de la medida en que se valore como tal y no algo que sucede independientemente de la acción del individuo.

Una vez que la situación se percibe como estresante la persona desarrolla una serie de estrategias para enfrentarse a la situación que se llaman estrategias de afrontamiento. Son fundamentales porque influyen directamente sobre la valoración que se hace de la situación dada y sobre la respuesta al estrés. Por estos motivos, las estrategias de afrontamiento se han considerado como mediadoras e incluso determinantes de las respuestas de estrés. Sin embargo, sigue usándose el término afrontamiento de una manera vaga y no bien establecida; siendo tal vez la definición más aceptada la propuesta por Lazarus y Folkman (1986) <sup>8</sup> dentro de su modelo transaccional de estrés (entendido como proceso dinámico, en cambio constante en función de las actitudes del individuo y los cambios de las circunstancias). Estos autores definen el afrontamiento:

**“Aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.**

Aunque esta es la definición más aceptada, existen grandes diferencias entre diferentes autores al definir los “procesos cognitivos y conductuales” que configurarían las estrategias de afrontamiento. Otras definiciones de otros autores se muestran a continuación:

- Lipowski (1970) <sup>9</sup> hace una definición del afrontamiento en el contexto de las enfermedades físicas. Para este autor el afrontamiento sería “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro

irreversible” (Lipowski, 1970, p.93).

- Weisman y Worden (1976-1977) definen el afrontamiento como lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión. <sup>10</sup>
- Pearlin y Schooler (1978) definen el afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos: 1) manejando el problema que causa el malestar eliminando o modificando las condiciones que lo generan, 2) alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático y 3) regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación. <sup>11</sup>
- Kaplan (1981) <sup>12</sup> define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante e inmediatamente después de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

#### **1. Funciones del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).**

- Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones. En este se utilizan las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias.



Dichas estrategias toman habitualmente la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Las que no son estrictamente cognitivas son: conducta emocional (reír, llorar, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc.; actuando como distractores.

- Cambiar la relación persona-ambiente problemática. Sería el afrontamiento enfocado o dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica) que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

Muchas circunstancias estresantes desencadenan ambos tipos de respuestas de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que se puede hacer algo constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo que no se puede cambiar.

#### **Estilos de afrontamiento:**

Lazarus y Folkman (1986)<sup>8</sup> señalan varias estrategias de afrontamiento como fundamentales. Dichas estrategias serían:

- Confrontación: esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- Distanciamiento: esfuerzos por alejarse del problema y por ignorarlo.
- Auto-control.
- Búsqueda de apoyo social
- Aceptación de la responsabilidad
- Escape-evitación: pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.)
- Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema

para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema.

- Reevaluación positiva. Esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, enfocándola por ejemplo hacia el crecimiento personal. A veces puede tener un sentido religioso.

Las consecuencias del afrontamiento se centran en tres grandes áreas: la del funcionamiento social, la de la adaptación psicológica y la de la salud, que en conjunto constituyen la calidad de vida. Las consecuencias pueden ser diferentes a corto y a largo plazo (Lazarus y Folkman, 1986)<sup>8</sup>.

## **2. Condicionantes del afrontamiento.**

El afrontamiento se ve influenciado por diversas variables como las condiciones de la propia situación estresante, las diferencias individuales (como en qué momento de la vida ocurre, factores de personalidad, etc.) y las interpretaciones culturales ante el fenómeno que se está experimentando.

### **2.1. Condicionantes de la situación.**

Los factores situacionales también influyen en la evaluación cognitiva. Hay determinadas circunstancias que son considerados universalmente como estresantes (que, para cualquier persona, exceden o agotan los recursos y amenazan su bienestar). Dichos factores tienen que ver con el grado de novedad, el nivel de incertidumbre sobre lo ocurrido, factores temporales (inminencia, duración, incertidumbre sobre el cuándo), grado de ambigüedad, momento del ciclo vital y presencia o ausencia de otros eventos estresantes en el mismo momento (Lazarus & Folkman, 1986).<sup>8</sup>

El tipo de situación condicionará el tipo de respuesta en función de la intensidad del estresor o la duración del mismo entre otros factores.

## **2.2. Condicionantes individuales.**

La respuesta al estrés también estaría condicionada por factores propios de cada individuo. Las experiencias personales previas, las creencias, el sistema de valores y las estrategias de afrontamiento habituales afectan a cómo uno evalúa la experiencia estresante.

La repercusión de la situación estresante tiene que ver con la medida en la que la situación se valora como tal y esto está a su vez condicionado por los factores personales señalados (Folkman, et. al, 1986) <sup>8</sup>.

Cada persona tiene una serie de variables de personalidad que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de su vida.

Carver y colaboradores (1989) <sup>13</sup> señalan que las diferentes respuestas de afrontamiento son beneficiosas para algunas personas en algunas situaciones mientras que las mismas pueden no serlo para otras personas en otras situaciones. Por ello es importante considerar los condicionantes individuales y situacionales de cada evento estresante.

Los motivos y metas determinan qué es importante para el sujeto en influyen en la evaluación cognitiva, modulando la sensibilidad ante señales del ambiente y condicionando el grado de vulnerabilidad del sujeto (según la importancia que dé a sus motivos o el valor de la meta que esté en juego) (Lazarus y Folkman, 1986). <sup>8</sup>

Las creencias importantes son las relativas al control personal (a mayor control percibido, menor es la amenaza y viceversa) y las creencias existenciales (religiosas, filosóficas, etc.) (Lazarus y Folkman, 1986). <sup>8</sup>

También influirían los recursos que una persona puede tener

para afrontar una determinada situación, y son los siguientes: salud, creencias positivas, habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales. Pero dichos recursos no siempre están disponibles e incluso puede haber restricciones al uso de los mismos que podrían ser personales (valores, creencias, impulsividad, miedo al fracaso, etc.), ambientales (presión social) o bien ser consecuencia de un alto nivel de amenaza percibida (Lazarus y Folkman, 1986).<sup>8</sup>

### **3. Diferencias por sexos.**

Se encuentran algunas diferencias significativas entre personas de diferentes sexos. Las mujeres suelen utilizar más estrategias de Centrarse en las emociones y desahogarse y de Buscar apoyo social. Los hombres utilizan más que las mujeres el alcohol y otras drogas como vía de afrontamiento (Carver et al, 1989). Crespo y Cruzado (1997)<sup>15</sup> también encuentran diferencias en función del sexo en la población española con el cuestionario COPE: 1) En las subescalas: Las mujeres puntúan más alto en Búsqueda de Apoyo Social, Centrarse en las Emociones y Desahogarse y Actividades Distractoras. Los hombres obtienen mayores puntuaciones en Humor. 2) En las escalas: Las mujeres usan más el Afrontamiento Centrado en las Emociones y el Escape Conductual. Los hombres usan más el Afrontamiento Cognitivo del Problema.

### **4. Eficacia del afrontamiento.**

La eficacia del afrontamiento tiene que ver con el grado de consecución de las metas del afrontamiento (reducción del malestar emocional y solución del problema) (Lazarus & Folkman, 1986) o dicho de otra forma, con el grado en el que reduce la activación emocional a un nivel tolerable y ayuda a la adaptación a la situación (Kaplan, 1981), o en función de su influencia en el impacto psíquico y físico de los diferentes eventos estresantes; es decir, un afrontamiento sería más eficaz si las

repercusiones emocionales del evento estresante son menores. Por ejemplo, el uso de estrategias de evitación y la negación se ha asociado a mayores niveles de malestar psíquico, mientras que centrarse en aspectos positivos y buscar apoyo social con menores niveles de dicho malestar.

## **5. Estrategias adaptativas y no adaptativas.**

En general el concepto de afrontamiento se usa sin hacer distinción entre estrategias adaptativas o no adaptativas, pues la idea de lo que es el afrontamiento, en general, se separa de sus resultados (Crespo y Cruzado, 1998), <sup>15</sup> no obstante, sí hay autores, según se señala a continuación, que señalan dicha distinción.

Carver (1989) <sup>13</sup> establecen esta distinción y clasifican las estrategias en dos grupos, uno que incluiría las estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico (Desconexión mental y conductual, Negación, Centrarse en las emociones y desahogarse) y otra en el que estarían las estrategias adaptativas (que serían las demás). Se ha encontrado una asociación negativa entre ambos grupos de estrategias (adaptativas y no adaptativas) en un estudio sobre el afrontamiento en pacientes con cáncer (Carver et al., 1989). <sup>13</sup>

Hay estrategias que pueden ser o no adaptativas en función de diferentes circunstancias. Por ejemplo, la negación en general se considera como no adaptativa, pero si se da en los momentos iniciales tras el diagnóstico es una estrategia que puede resultar adaptativa (Lazarus y Folkman, 1986). <sup>8</sup>

Dunkel-Schetter y colaboradores (1992) <sup>16</sup> hallan que los estilos de afrontamiento más activos se relacionan con una mejor adaptación a la situación de padecer un cáncer que los estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación.

## **6. Afrontamiento y salud mental.**

La relación entre afrontamiento y salud mental está implícita en la propia

definición de afrontamiento al ser una acción dirigida a manejar el estrés y reducir sus repercusiones en el individuo, como se ha señalado anteriormente. Si dicho estrés no se puede manejar adecuadamente con dichas estrategias sus efectos nocivos repercuten tanto física como psicológicamente en el individuo, pudiendo llegar a generar auténticos síndromes psiquiátricos.

En estrecha conexión con esta idea estaría lo mencionado anteriormente de que hay estrategias adaptativas y no adaptativas ante una situación que resulta estresante. Las no adaptativas son las que serían más ineficaces en manejar el estrés de la situación y podrían tener como consecuencia la aparición de diversas alteraciones psicopatológicas. En algunos estudios empíricos se ha hallado esta relación, como en el realizado por Carver y colaboradores (1993) con pacientes de cáncer de mama. En dicho estudio se encontró una relación positiva de mayor malestar psicológico con negación y evitación; así como entre menor malestar psicológico y aceptación y uso del humor. En otro estudio también se ha encontrado la relación entre el tipo de afrontamiento del cáncer y las repercusiones psicológicas de tener un cáncer de mama, habiendo más alteraciones psíquicas en las que pacientes que se enfrentaban a su enfermedad mediante “espíritu de lucha” o con “negación” que en las que se enfrentaban mediante “desamparo desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”. Dichas estrategias de afrontamiento se midieron en el citado estudio con el MAC (Mental Adjustment to Cáncer), que mide más bien adaptación a la enfermedad que afrontamiento.

## **II. CANCER**

### **CÁNCER DE PRÓSTATA**

#### **1. Definición.**

La próstata es la glándula sexual del hombre encargada de producir el semen. Es del tamaño de una nuez y se encuentra debajo de la vejiga

de la orina, rodeando a la uretra. A diferencia de otro tipo de cáncer, el de próstata se caracteriza por evolucionar de forma muy lenta. El cáncer de próstata es extremadamente frecuente, aun cuando su causa exacta sea desconocida. Según los datos facilitados por la Sociedad Española de Oncología Médica en junio de 2015, alrededor de 29.000 hombres padecen esta enfermedad cada año, lo que la convierte en la forma más común de cáncer masculino. Cuando se examina al microscopio el tejido prostático obtenido tras una intervención quirúrgica o en una autopsia, se encuentra cáncer en el 50 por ciento de los hombres mayores de 70 años y prácticamente en todos los mayores de 90, aunque gran parte de ellos no llegan a ser conscientes de la enfermedad ante la falta de síntomas reconocibles.

## **2. Causas.**

Sobre la base de las observaciones epidemiológicas se han sugerido cuatro causas principales del cáncer prostático:

### **Factores genéticos.**

Aunque existen indicios que involucran a los factores genéticos en la causa del cáncer prostático, es difícil separar estos factores de los factores ambientales. Estudios genéticos han mostrado que existe un gen específico del cromosoma 1 o gen HPC-1 que aumenta la probabilidad de contraer cáncer de próstata.

### **Factores hormonales.**

Varios estudios han sugerido que los factores hormonales pueden tener importancia en el desarrollo del cáncer de próstata. Éstos incluyen:

- La dependencia de las hormonas andrógenas (masculinas) de la mayoría de los cánceres de próstata.
- El hecho de que el cáncer prostático no aparece en los eunucos.
- El hecho de que el cáncer prostático puede ser inducido en ratas mediante la administración crónica de estrógenos y andrógenos (hormonas femeninas y masculinas).

- La frecuente asociación de cáncer prostático con áreas de atrofia prostática esclerótica.

### **Factores ambientales.**

Quienes emigran de regiones de baja incidencia a regiones de alta incidencia mantienen una baja incidencia de cáncer prostático durante una generación y luego adoptan una incidencia intermedia. También se han identificado varios factores ambientales que podrían ser promotores del cáncer de próstata. Éstos incluyen:

- Dieta alta en grasas animales.
- La exposición al humo del tubo de escape de los automóviles.
- La polución del aire, cadmio, fertilizantes y sustancias químicas en las industrias de la goma, imprenta, pintura y naval.

### **Agentes infecciosos.**

Se ha considerado que los agentes infecciosos transmitidos por vía sexual podrían causar cáncer prostático, sin embargo, los estudios epidemiológicos, virológicos e inmunológicos han brindado resultados contradictorios. Los estudios epidemiológicos han sugerido un aumento en el riesgo de cáncer prostático asociado con un mayor número de compañeros sexuales, una historia previa de enfermedad de transmisión sexual, frecuencia del acto sexual, relación con prostitutas y edad temprana de comienzo de la actividad sexual.

En contraste, otros estudios han sugerido que existe un mayor riesgo de cáncer prostático asociado con la represión de la actividad sexual, como un comienzo en edad más tardía, un pico más temprano y una cesación prematura de la actividad sexual. Por otra parte, algunos trabajos han mostrado un mayor riesgo entre los pacientes que nunca estuvieron casados y un riesgo aún mayor entre aquellos que tuvieron niños, pero otros estudios no han mostrado una correlación significativa con el estado marital o con el número de hijos. De forma similar, los estudios de potenciales agentes infecciosos no han brindado resultados



concluyentes, como tampoco proporcionan pruebas concretas para una causa infecciosa de cáncer prostático.

### **3. Síntomas.**

Los síntomas de la enfermedad pueden tardar mucho tiempo, incluso años, en manifestarse. En las fases iniciales, cuando el tumor está limitado a la próstata, puede ser asintomático o acompañarse de síntomas obstructivos leves fácilmente atribuibles a una hiperplasia benigna, como son la incontinencia urinaria, la disminución del calibre o la interrupción del chorro de orina, el aumento de la frecuencia de la micción, sobre todo durante la noche, las dificultades para orinar, la sensación de escozor durante la micción.

Cuando los tumores son localmente avanzados se acompañan de síntomas obstructivos claros, además puede haber hematuria (sangre en la orina) o signos de infección (estos dos últimos son poco frecuentes). También puede generar un dolor frecuente en la región lumbar y dificultades en las relaciones sexuales.

Cuando se trata de tumores avanzados puede aparecer edema o hinchazón de piernas (debido al crecimiento de ganglios linfáticos regionales), dolores óseos (por extensión tumoral al hueso) e incluso debilidad o pérdida de fuerza en piernas (compresión de la médula espinal o de las raíces nerviosas). También puede causar insuficiencia renal, pérdida de apetito y de peso o anemia.

### **4. Diagnóstico.**

A pesar de la evolución lenta de la enfermedad y de la manifestación tardía de sus síntomas, el cáncer de próstata puede diagnosticarse mediante pruebas médicas. A través de un examen digital (palpamiento en la zona afectada) o un análisis de sangre especial, se puede llegar a detectar la enfermedad antes de que los síntomas se presenten. Tras una revisión física general, el urólogo hará preguntas sobre los síntomas y antecedentes médicos, y procederá a realizar algunos de los

siguientes exámenes:

- **Examen rectal digital (tacto rectal):** En esta prueba, mediante un guante lubricado, el médico inserta un dedo en el recto (último tramo del intestino grueso) del paciente para detectar la existencia de alguna área irregular dura (hinchazón o protuberancia), que podría ser indicio de cáncer. A pesar de ser incómoda, se trata de una prueba rápida e indolora.
- **Análisis de sangre** o prueba de determinación del antígeno prostático específico. Esta prueba -de gran utilidad en los llamados "cánceres silenciosos"- consiste en la extracción de sangre para detectar la existencia de una sustancia producida por la próstata llamada antígeno prostático específico (PSA).
- **Examen de orina:** Con una muestra de orina, el médico puede determinar si ésta tiene sangre o señales de alguna anomalía, como podría ser una infección, hiperplasia (agrandamiento) de próstata o marcadores tumorales.
- **Ecografía transrectal (TRUS):** Uso de ondas sonoras para crear una imagen de la próstata en una pantalla de vídeo en la que se podrán detectar pequeños tumores. La colocación de la sonda en el recto puede ser incómoda, pero no dolorosa. La prueba se efectúa en la consulta médica y su duración oscila entre 10 y 20 minutos. La ecografía transrectal es un método seguro pero caro, con una sensibilidad (probabilidad de diagnosticar la enfermedad cuando ésta realmente existe) alta del 97 por ciento y una especificidad (probabilidad de dar resultado negativo cuando no existe la enfermedad) más baja, 82 por ciento. Presenta una tasa elevada de falsos positivos (individuos diagnosticados como enfermos cuando en realidad son sanos) debido a la similitud ecográfica del cáncer y las inflamaciones benignas de la próstata.
- **Biopsia de próstata:** El diagnóstico del cáncer de próstata sólo

puede confirmarse tomando una muestra de tejido (biopsia). La biopsia consiste en la inserción de una aguja en la próstata con la intención de extraer parte de su tejido celular y analizarlo. Este análisis permite confirmar o descartar la existencia de la enfermedad aunque, según algunos estudios, también puede dar origen a complicaciones.

## **5. Tratamiento.**

Este tipo de cáncer se desarrolla de forma muy lenta, provocando que, en muchas ocasiones, el tratamiento tenga que efectuarse durante un largo plazo de tiempo. Se debe destacar, sin embargo, que, si el cáncer se detecta en su primera fase, cuando todavía se encuentra dentro de la próstata, el paciente puede tener una larga expectativa de vida. Se recomienda asistir a un profesional médico en cuanto se detecte alguna anomalía especialmente a la hora de orinar; de esta forma, el médico puede detectar rápidamente la causa que está originando el malestar. También se recomienda visitar el urólogo de forma regular una vez se cumplen los 50 años.

El tratamiento de la próstata depende básicamente del estado evolutivo de la enfermedad. Datos como el grado, la etapa del cáncer o la edad y el estado de salud del paciente son muy importantes para decidir el tratamiento a seguir. Actualmente hay cuatro formas de proceder para reducir y/o extraer el cáncer de próstata:

### **a. Cirugía.**

Procedimiento que consiste en la extracción de la glándula prostática entera y los tejidos ubicados a su alrededor. Algunas veces se extraen también los ganglios linfáticos del área pélvica (parte inferior del abdomen, localizada entre los huesos de la cadera). Este tipo de intervención, conocida con el nombre de prostatectomía radical, se puede llevar a cabo mediante dos tipos de procedimientos:

- **Prostatectomía retropúbica:** La extracción se efectúa a través de una incisión en el abdomen.
- **Prostatectomía perineal:** La intervención se lleva a cabo mediante una incisión en la área comprendida entre el escroto y el ano.

**b. Radioterapia.**

Este tratamiento se puede combinar con el de la cirugía, ya sea para preparar la zona afectada para la extracción del tejido afectado o para intentar limpiar la zona después de la intervención quirúrgica. En este caso, se puede proceder de dos formas diferentes:

- **Tratamiento interno** (mediante la inserción cerca del tumor de un pequeño contenedor de material radiactivo): Se trata de un implante que puede ser temporal o permanente, y que al ser extraído no deja ningún tipo de rastro radiactivo dentro del cuerpo.
- **Tratamiento externo** (aplicación de las radiaciones a través de máquinas externas): Este procedimiento, que tiene una duración de 6 semanas (5 días a la semana), consiste en la orientación de las radiaciones hacia el área pélvica.

**c. Terapia hormonal.**

La evolución del tumor está vinculada a la acción de la testosterona, una hormona sexual masculina. El tratamiento hormonal tiene como objetivo reducir los niveles de testosterona en el organismo o bien bloquear los efectos de esta hormona sobre la próstata.

**d. Observación permanente (efectuar controles frecuentes de la zona afectada).**

Se trata de la observación y vigilancia del estado del cáncer. Esta opción se recomienda especialmente a los pacientes

mayores que sufren otro tipo de enfermedades que pueden deteriorar su salud. Es importante destacar el hecho que el cáncer de próstata es una enfermedad muy lenta, y por tanto el tratamiento también se prolongará. En la mayoría de ocasiones los pacientes de esta enfermedad vivirán con el cáncer, sin que sea éste, necesariamente, la causa de su muerte.<sup>26</sup>

## **CÁNCER DE ESTÓMAGO.**

### **1. Definición.**

El cáncer gástrico es una enfermedad que se produce debido al crecimiento incontrolado de las células del estómago. Los tumores se pueden originar en cualquiera de las capas de este órgano: mucosa, muscular o serosa.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el tipo más frecuente es el adenocarcinoma, un tumor que se origina en las glándulas y que supone el 95 por ciento de los diagnósticos en cáncer de estómago.

Los sarcomas, melanomas y linfomas no suelen producirse en este área del cuerpo.

### **2. Causas.**

Al igual que en otro tipo de cánceres, como los tumores cerebrales o el osteosarcoma, por ejemplo, se desconocen las causas exactas del cáncer gástrico. Sin embargo, sí se saben algunos de los factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer:

- **Factores nutricionales:** Seguir una dieta muy rica en productos salazonados y ahumados, frecuente en Japón y China, baja en frutas y verduras frescas o con altas concentraciones de nitratos en los alimentos puede incrementar el riesgo de tener cáncer gástrico.
- **Factores ambientales:** Preparar mal los alimentos, la falta de refrigeración o el agua en mal estado, también aumentan las oportunidades de que aparezca esta patología.

- **Consumir tabaco.**
- **Algunas enfermedades:** Existen determinadas patologías y circunstancias que aumentan el riesgo de desarrollar este cáncer. Las personas que han tenido previamente una cirugía gástrica podrían desarrollarlo si han transcurrido entre 10 y 15 años desde que se operó el paciente; una gastritis crónica atrófica puede ir degenerando hasta formar un cáncer; la anemia perniciosa, los pólipos gástricos o la infección por *H. Pylori*. No obstante, aunque esta la infección por *H. Pylori* aumenta el riesgo, la mayoría de los pacientes infectados no desarrollarán cáncer.
- **Factores genéticos:** En circunstancias poco habituales, el cáncer puede estar vinculado a factores genéticos, por ejemplo, en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario varios miembros de la familia tendrán cáncer de estómago.
- **Factores familiares:** Un paciente con varios familiares con cáncer gástrico tiene entre 2 y 3 veces más riesgo de padecerlo.

### 3. Síntomas.

En la mayoría de los casos, el cáncer gástrico permanece asintomático hasta que el paciente está en una fase avanzada de la enfermedad.

Según SEOM, los síntomas que refiere el paciente al médico suelen ser vagos e inespecíficos y coincidir con síntomas de otras patologías como la úlcera gástrica. Las manifestaciones más frecuentes son pérdida de peso y de apetito, dolor abdominal, cambios del ritmo intestinal o hemorragias que pueden llegar a provocar anemia. Además, algunos pacientes también pueden tener náuseas y vómitos, sensación de estar lleno después de comer muy poco, cansancio

Durante la exploración física el médico puede notar síntomas como nódulos palpables, masas, empastamiento en el abdomen o el aumento del tamaño de algún órgano, entre otros.

### 4. Diagnóstico.

En algunos países donde el cáncer de estómago es muy frecuente, como Japón, se realizan pruebas (gastroscopia) para conseguir el diagnóstico precoz. Sin embargo, tal y como explican desde SEOM, hasta el momento en los países occidentales, no se ha demostrado que las exploraciones que se realizan de forma rutinaria en personas asintomáticas aumenten la supervivencia del cáncer gástrico.

El primer paso que deben dar los pacientes para diagnosticar esta patología es realizar una historia clínica acompañado de la exploración física, una analítica, pruebas radiológicas y, en la mayoría de los casos, una gastroscopia

### **Análisis de sangre.**

Las analíticas son importantes porque aportarán información sobre si el paciente tiene anemia y puede orientar al especialista sobre la situación de la función de algunos órganos, principalmente el hígado y el riñón.

Por otro lado, en los resultados aparecerán los marcadores tumorales, unos indicadores que apuntan hacia la existencia de cáncer, aunque en algunos casos los marcadores pueden estar altos por causas no tumorales.

### **Endoscopia digestiva alta.**

En esta prueba el médico introduce por la boca el gastroscopio, un aparato que tiene una luz al final y que permite visualizar el interior del aparato digestivo. El gastroscopio tiene una pinza en el extremo interno que permite tomar biopsias.

### **Exploraciones radiológicas**

Las pruebas radiológicas permiten obtener más información sobre el cáncer, como por ejemplo su extensión. Las más utilizadas son:

- Radiografía de tórax: Puede ser sustituida por un escáner torácico.
- Radiografía de abdomen: Ofrece información sobre si hay obstrucciones del estómago o del intestino.
- Estudio del esófago-gastro-duodenal: Es médico administrará un

contraste de bario en forma de papilla y realizará una radiografía. Con esta prueba puede detectar lesiones. Si se ha realizado una gastroscopia, este estudio no es necesario.

- Ecografía abdominal o abdominopélvica.
- Escáner de tórax.
- CT abdominal-pélvico: Ofrece mucha información sobre el cáncer de estómago: extensión, existencia o no de metástasis en el hígado, etc.
- Resonancia abdominal.

Además de estas pruebas existen otras complementarias que el especialista puede solicitar para completar el diagnóstico: ecografía endoscópica, tomografía de emisión de positrones (PET), gammagrafía ósea o laparoscopia.

## **5. Tratamientos.**

Según señalan desde SEOM, la elección de la terapia adecuada depende de diferentes factores: edad, estado general del paciente, situación nutricional y la existencia de otras patologías importantes, como enfermedades del corazón.

Además, los médicos deben tener en cuenta las circunstancias del tumor: zona del estómago donde está localizado el cáncer, estadio de la enfermedad y el tipo de tumor, así como a eficacia del tratamiento.

En la mayoría de los casos el tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar en el que participen profesionales de diferentes especialidades.

Las tres terapias fundamentales son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. En algunos pacientes el tratamiento consistirá únicamente manifestaciones como el dolor.

Aunque depende del paciente, el protocolo que se suele seguir es, en primer lugar, extirpar el tumor primario si no existen metástasis a distancia. Dependiendo de la extensión del tumor, el especialista



administrará quimioterapia complementaria con o sin radioterapia.

En las circunstancias en las que haya metástasis, el tratamiento de elección es la quimioterapia. Dependiendo del paciente el oncólogo también incluirá el tratamiento con radioterapia y/o cirugía. <sup>26</sup>

## **CÁNCER DE CUELLO UTERINO.**

### **1. Definición.**

El cérvix o cuello uterino es la parte inferior del útero que forma el canal que lleva a la vagina. La mucosa que recubre el cérvix está en continuidad con la vagina y se denomina ectocérvix, mientras que la que recubre el conducto o canal cervical que lleva hasta la cavidad del cuello uterino, se denomina endocérvix.

En este tipo de cáncer, la mayor parte de los tumores surgen en la zona donde se une el ectocérvix con el endocérvix dando lugar a carcinomas de células escamosas.

El cáncer se produce cuando las células normales del cuello del útero empiezan a transformarse y crecen de manera descontrolada.

Incidencia

Este tipo de cáncer es más frecuente en mujeres entre los 40 y los 55 años de edad. En la actualidad, es el sexto cáncer más frecuente en España, por detrás del de mama, pulmón, colorrectal, endometrio y ovario. De hecho, tal y como explica la oncóloga Isabel Bover, de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), este tipo supone el 3,7 por ciento de todos los cánceres femeninos, aunque su incidencia varía según la provincia.

“Las de menor incidencia son Navarra y Zaragoza con 4 o 5 casos por cada 100.000 habitantes”, afirma Bover. “La provincia con mayor incidencia es Baleares (concretamente Mallorca) con 13,6 casos por cada 100.000 habitantes”.

Las razones que explican que haya esta variación entre provincias se debe a las diferencias socioculturales de la población, como los hábitos

sexuales, las dificultades para desarrollar programas de cribado o el mayor o menor número de parejas de la mujer.

A nivel mundial, las áreas con mayor mortalidad recaen en Latinoamérica, África y el Sudeste Asiático.

## **2. Causas.**

Existen algunos factores de riesgo que están relacionados con la incidencia del cáncer de cuello de útero. El más importante que participa en el desarrollo de lesiones premalignas es la infección por papilomavirus o virus del papiloma humano (VPH). Tal y como señalan desde SEOM, el VPH está presente en el 99 por ciento de los casos de cáncer de cérvix.

El VPH se transmite de persona a persona mediante las relaciones sexuales y el riesgo de infección aumenta si la actividad sexual comienza a edades tempranas, la mujer tiene muchos compañeros sexuales, o mantiene relaciones con un hombre que ha tenido muchas parejas, y mantiene una relación sexual con un hombre que tiene verrugas en el pene.

“La mayoría de las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente”, afirma Bover. “Se desconocen los motivos por los que sólo algunas infecciones progresan a alteraciones malignas”.

El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 30 años. Con 40 años la posibilidad de desarrollarlo sigue existiendo por lo que desde la sociedad recomiendan continuar con las citologías y chequeos para la detección precoz.

Otros factores que podrían causar este tipo de cáncer son:

- El consumo de tabaco: Las mujeres que fuman tienen dos veces más posibilidades de desarrollar el cáncer que las no fumadoras.
- La promiscuidad sexual: Las mujeres con muchas parejas sexuales o que mantengan relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales tienen más riesgo.

- Edad precoz de inicio de relaciones sexuales.
- Mujeres que tienen el sistema inmunológico debilitado por el uso de medicamentos utilizados en otras patologías, así como el tratamiento para el VIH u otros tipos de cáncer.
- Mujeres con herpes genital.
- Utilizar anticonceptivos orales aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer de cuello de útero.

### 3. Síntomas.

Casi todas las mujeres no tienen síntomas en los primeros estadios de este tipo de cáncer. La oncóloga Isabel Bover indica que los síntomas no aparecen hasta que el cáncer se ha extendido a otros tejidos y órganos.

Las manifestaciones que puede tener la mujer son:

- Manchas de sangre o sangrado leve entre las menstruaciones o después de la misma.
- Dolor al mantener relaciones sexuales.
- Tener un sangrado menstrual más largo y abundante de lo normal.
- Sangrar después del coito o durante el examen pélvico en la consulta del ginecólogo.
- Aumento de la secreción vaginal.
- Sangrar después de la menopausia.

La especialista señala que cuando aparecen estos síntomas, y aunque se parezcan a otros de patologías no tan graves, conviene que acuda al médico para comunicárselo con la mayor brevedad posible.

### 4. Tipos.

Dependiendo del origen del tumor existen dos tipos de cáncer de cérvix:

- **Carcinoma epidermoide:** Localizado en el ectrocérvix y el fondo de la vagina. Este tipo se da en el 85 por ciento de los casos.
- **Adenocarcinoma:** Se origina en las células situadas en el canal cervical, en el interior del cuello del útero. Aparece en el 15 por

ciento de las situaciones.

## **5. Diagnóstico.**

Las pruebas de Papanicolaou (Pap) pueden detectar de forma exacta y poco costosa hasta un 90 por ciento de los cánceres de cérvix, incluso antes de que aparezcan los síntomas. En consecuencia, el número de muertes por esta enfermedad se ha reducido en más del 50 por ciento. Es recomendable que las mujeres se hagan su primera Pap cuando comienzan a ser sexualmente activas o a partir de los 18 años y que lo repitan sucesivamente una vez al año. Si los resultados son normales durante 3 años consecutivos, entonces la prueba puede espaciarse y realizarla cada 2 o 3 años, siempre que no se cambie el hábito de vida. Si todas las mujeres se sometieran a la Pap de forma periódica podrían eliminarse las muertes causadas por esta clase de cáncer. Sin embargo, casi el 40 por ciento de las mujeres de los países desarrollados no se hace la prueba regularmente.

Si se encuentra una masa, una úlcera u otra formación sospechosa sobre el cuello uterino durante una exploración pélvica, o si los resultados de las Pap indican una anomalía o cáncer, se debe realizar una biopsia (extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio).

La muestra de tejido se obtiene durante una colposcopia, intervención terapéutica en la que se usa un tubo de visualización con una lente de aumento (colposcopio) para examinar el cuello interno del útero minuciosamente y escoger el lugar idóneo de la biopsia.

Se realizan dos clases de biopsia: la biopsia en sacabocados, en la que se extrae una diminuta porción del cuello uterino que se selecciona visualmente con el colposcopio, y el legrado endocervical, en el que se raspa el tejido del canal del cuello inaccesible visualmente. Ambos procedimientos son un poco dolorosos y producen una pequeña hemorragia, aunque juntos suelen proporcionar suficiente tejido para

que el patólogo establezca un diagnóstico.

Si éste no resulta claro, se realiza una conización, en la que se extrae una mayor porción de tejido. Por lo general, esta biopsia se realiza mediante escisión electroquirúrgica en la propia consulta del médico.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se deben determinar el tamaño y la localización exacta del cáncer (es decir, se realiza un estadiaje). El proceso se inicia con una exploración física de la pelvis y varias pruebas (cistoscopia, radiografía de tórax, pielografía intravenosa, sigmoidoscopia) para determinar si el cáncer cervical se ha extendido a otras estructuras circundantes o a partes más distantes del cuerpo. Asimismo, pueden realizarse otras pruebas, como una tomografía computarizada, un enema con papilla de bario y radiografías de huesos e hígado, dependiendo de las características de cada caso.

## **6. Tratamientos.**

Según la oncóloga Isabel Bover, la elección del tratamiento dependerá del tamaño del tumor, de la localización, del estado del paciente y de si quiere tener hijos.

Las opciones actuales son la cirugía y la radioterapia y, en algunas ocasiones, la quimioterapia. “La decisión sobre el tratamiento suele decidirse por consenso entre especialistas (ginecólogo, radioterapeuta y oncólogo médico)”, señala Bover. “La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales que sólo afectan al área del tumor, mientras que la quimioterapia afecta a todo el cuerpo”.

### **Cirugía**

Dependiendo del estadio de la enfermedad y de la extensión del tumor el especialista puede extirpar sólo el tejido maligno, el cuello cervical completo, el útero (preservando o no los ovarios y las trompas) y los ganglios linfáticos regionales.

Los tipos de cirugía que se pueden realizar según especifican desde SEOM son:

- **Conización:** Este método es una biopsia en cono que se realiza si el cáncer es microinvasivo.
- **Cervicectomía radical o traquelectomía:** Esta cirugía se utiliza para extirpar el cuello uterino y dejar intacto el útero pero diseccionando de los ganglios linfáticos pélvicos. Puede utilizarse en mujeres jóvenes que desean preservar la **fertilidad** y siempre que sea posible, según el tamaño del tumor. Este procedimiento ha logrado aceptación como alternativa a la histerectomía en estas situaciones.
- **Histerectomía:** Puede ser simple (sólo se extrae el útero y el cuello uterino) o radical (incluye la extirpación del útero y cuello uterino, parte superior de la vagina, el tejido el tejido que rodea al cuello del útero y los ganglios linfáticos pélvicos). En los casos en los que se extirpen las trompas de Falopio y los ovarios (opcional, según la edad de la paciente) se realizará de modo simultáneo a la histerectomía.
- **Exenteración pélvica:** Se extirpa el útero, vagina, colon inferior, el recto y/o la vejiga, si el cáncer se ha diseminado a estos órganos tras la radioterapia.

### **Radioterapia.**

La radioterapia puede utilizarse sola, como tratamiento único antes de la cirugía o en combinación de quimioterapia.

Este tipo de tratamiento puede tener efectos secundarios en la mujer y dependen de la dosis y de la parte del cuerpo donde se administre. Los más comunes son cansancio, piel seca o enrojecida, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, molestias urinarias y diarrea. Estos efectos suelen desaparecer una vez que el tratamiento ha finalizado.

“Durante el tratamiento es aconsejable evitar las relaciones sexuales que se pueden reanudar transcurridas unas semanas desde que ha finalizado el tratamiento”, especifica Bover.

### **Quimioterapia.**

Suele administrarse para eliminar las células malignas por vía intravenosa para que se traslade al torrente sanguíneo con la finalidad de destruir las células que pudieran quedar tras la cirugía o radioterapia. Los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, pérdida de apetito, leucocitos o hemoglobina bajos, sangrado o hematomas, adormecimiento o cosquilleo en manos y pies, dolor de cabeza, pérdida del cabello y oscurecimiento de la piel y las uñas. Estos síntomas no aparecen de forma simultánea y suelen desaparecer al finalizar la terapia.

Otros posibles efectos son que la paciente puede tener imposibilidad para quedarse embarazada y menopausia prematura.

### **Tratamiento en mujeres embarazadas**

En estas situaciones conviene estudiar empezar el tratamiento una vez que ha nacido el bebé. Desde SEOM indican que el tratamiento del tumor y el momento para efectuarlo dependerá del estadio de la enfermedad, la fase del embarazo y los deseos de la futura madre.

## **7. Pronóstico.**

Gracias al aumento de los cribados y del comienzo del tratamiento en las fases tempranas del cáncer, la mortalidad se ha reducido mucho en los últimos cincuenta años en los países desarrollados.

En la actualidad la supervivencia a cinco años en todos los estadios del cáncer es del 71 por ciento y si se detecta en una fase temprana tiene una supervivencia a cinco años del 92 por ciento.

## **8. Vida sexual de la mujer.**

Este tipo de tumor aparece en mujeres relativamente jóvenes por lo que puede afectar a la vida sexual y a la fertilidad por lo que el tratamiento de la disfunción sexual deberá abarcar tanto el aspecto físico y psicológico, tal y como señala la oncóloga Isabel Bover.<sup>26</sup>

## **CÁNCER DE MAMA.**

## 1. Definición.

La mama o seno se compone de grasa, tejido conectivo y glandular. Cada mama tiene entre 10 y 20 secciones conocidas como lóbulos, que a su vez están divididos en secciones más pequeñas, los lobulillos. Los lobulillos contienen las glándulas productoras de leche en la lactancia. A través de los ductos la leche llega al pezón.

Los lobulillos y los ductos se encuentran en el estroma, un tejido adiposo en el que también se ubican los vasos sanguíneos y linfáticos, que van a los ganglios linfáticos. Estos ganglios son los responsables de protección frente a las bacterias, las células tumorales y otras sustancias nocivas.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el cáncer de mama aparece cuando las células del epitelio glandular se reproducen de forma incontrolada y muy rápidamente. Estas células cancerosas pueden viajar a través de la sangre y los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, donde pueden adherirse a los órganos y formar la metástasis.

El cáncer de mama puede aparecer tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, más del 99 por ciento de los diagnósticos ocurre en mujeres.

## 2. Causas.

Al igual que en otros cánceres, como el osteosarcoma o los tumores cerebrales, la causa o causas que provocan el cáncer de mama no se conocen. No obstante, los especialistas han identificado los factores de riesgo que predisponen a desarrollar la enfermedad:

- **Edad:** Es el principal factor de riesgo. A medida que la mujer se hace mayor tiene más posibilidades de padecer cáncer de mama.
- **Genética:** Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama tienen más riesgo. Éste se incrementa si el familiar es la madre, hermana o hija.



- **Factores reproductivos:** Aquellos agentes que aumentan la exposición a los estrógenos endógenos, como la **aparición temprana de la primera regla**, la **menopausia tardía** o el uso de **terapia hormonal sustitutiva** después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de mama. **No haber dado a luz nunca** también está relacionado con este cáncer.
- **Cáncer de mama anterior:** Aquellas pacientes que han tenido un cáncer de mama invasivo tienen más riesgo de padecer un cáncer de mama contralateral.
- **Densidad mamaria:** Si es alta, también se relaciona con este cáncer.
- **Radiaciones ionizantes:** La exposición a este tipo de radiaciones, especialmente durante la pubertad, aumenta la posibilidad de tener cáncer de mama.
- **Obesidad.**
- **Consumo de alcohol.**

### 3. Síntomas.

La manifestación más frecuente que ayuda a detectar el cáncer es la aparición de un bultito (nódulo palpable) que generalmente no causa dolor. Otros síntomas frecuentes son las alteraciones de la piel de la mama o la retracción del pezón.

### 4. Tipos

No todos los bultos que aparecen en las mamas son un síntoma de cáncer. De hecho, nueve de cada diez bultos son benignos. Estos bultos no cancerosos pueden ser fibrosis o tumores de tejido conectivo y glandular, o bien, quistes o bolsas llenas de líquido.

Los tumores benignos de mama (fibroadenomas) no constituyen un peligro para la vida y suelen tener fácil tratamiento. Los tumores específicos del seno son:

**Carcinoma ductal.**

El carcinoma ductal *in situ* se localiza en los conductos mamarios o ductos a través de los cuales la leche llega hasta el pezón. Si no se trata puede originar metástasis. Por esto es muy importante detectar a tiempo su presencia, para evitar la progresión hacia el cáncer.

Esta detección sólo puede realizarse a través de pruebas específicas, como una mamografía, puesto que el carcinoma *in situ* no suele producir ningún síntoma. El carcinoma invasor es el más frecuente de los cánceres de mama y supone aproximadamente el 80 por ciento de todos los que se producen.

#### **Carcinoma lobulillar o lobular.**

El carcinoma lobular, también conocido como neoplasia lobular invasora, sigue el mismo proceso de filtración que el carcinoma ductal invasor hacia el tejido adiposo, pero desde los lobulillos.

#### **Cáncer inflamatorio de mama.**

Se trata de un cáncer bastante agresivo que crece rápido. Se denomina inflamatorio porque las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos y esto se manifiesta en la piel, que adquiere una apariencia gruesa y ahuecada, similar a la de una cáscara de naranja.

#### **Otros tipos.**

Otros tipos poco frecuentes de cáncer de mama son el mucinoso o coloide, en el que las células cancerosas producen cierta mucosidad, y el medular, un tumor infiltrante, pero con mejor pronóstico que otros cánceres invasores.

#### **Cáncer de Paget.**

Se propaga por la piel del pezón y de la aureola. En este tipo de cáncer, la piel del pezón y de la aureola tiene una apariencia escamosa y rojiza, con ocasionales pérdidas de sangre. La enfermedad de Paget puede estar asociada con un carcinoma *in situ* o infiltrante.

### **5. Diagnóstico**

El proceso de diagnóstico del cáncer de mama comienza cuando existe

la sospecha por la exploración física o una mamografía de rutina. A partir de ese momento el especialista puede realizar una serie de pruebas que confirmen el cáncer:

- **Mamografías:** Imágenes de rayos X que detectan zonas anómalas de la mama. Estas pruebas no son fiables al cien por cien y pueden ofrecer imágenes sospechosas que al final no son malignas o no detectar un tumor maligno.
- **Ecografía:** Permite distinguir lesiones quísticas (re llenas de líquido) de lesiones sólidas. Esta técnica suele completar a la mamografía.
- **Resonancia magnética nuclear (RMN):** Es una exploración radiológica que utiliza la acción de un campo electromagnético para obtener imágenes. La RMN se utiliza como prueba complementaria de las dos anteriores o para analizar el cerebro o la médula espinal.

Si tras realizar estas pruebas la sospecha continúa, el siguiente paso que dará el especialista será la confirmación del cáncer realizando una biopsia.

### **Anatomía patológica**

Tal y como explican desde SEOM, el diagnóstico definitivo del cáncer lo establece el especialista en anatomía patológica al observar las células malignas obtenidas en la biopsia bajo el microscopio.

A partir de estas células será capaz de definir el tumor, evaluar el pronóstico y los posibles tratamientos. Los factores que evalúa son:

- **Tamaño tumoral:** Cuanto mayor sea el tumor, mayor riesgo hay de que vuelva a aparecer.
- **Tipo histológico:** Depende de las células de las que derive el tumor. El carcinoma ductal es el más frecuente (80 por ciento de los casos), seguido del carcinoma lobulillar.
- **Grado histológico:** Aporta información sobre la maduración (crecimiento) de las células del tumor. Las más diferenciadas son las más maduras, de grado I y menos agresivas; las menos

diferenciadas son las de grado III.

- **Afectación ganglionar:** El pronóstico de la enfermedad lo establece el número de ganglios que se han visto afectados. Cuanto mayor es el número de ganglios, mayor es el riesgo de recaída.  
Desde SEOM insisten en que cuando se opera el cáncer de mama es importante estudiar los ganglios linfáticos de la axila (el primer sitio donde se extiende el tumor). Una opción para evaluar los ganglios es la técnica del ganglio centinela que permite conservar la mayoría de los ganglios axilares.
- **Receptores hormonales:** El especialista analizará si las células tumorales están en las hormonas estrógenos y progesterona.
- **HER-2:** Se trata del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano, una proteína que participa en el crecimiento de las células. El HER-2 está presente en las células normales y en la mayoría de los tumores. Sin embargo, en el 15-20 por ciento de los tumores de mama se encuentra en concentraciones elevadas, propiciando que el tumor sea más agresivo.

## 6. Tratamientos.

El tratamiento del cáncer de mama se basa en múltiples factores y requiere la colaboración de diferentes especialistas: cirujanos, oncólogos, etc.

En los estadios iniciales el tratamiento suele comenzar con cirugía y continuar con radioterapia. En la actualidad, en algunos casos se ofrece la posibilidad de comenzar antes con tratamiento neoadyuvante que puede facilitar la conservación del seno.

La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas. Con la clasificación realizada por los médicos se establecen el tamaño del tumor, los ganglios linfáticos afectados y el

grado de metástasis o propagación a otros órganos, si es que hay. La más utilizada es el sistema TNM, creado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer. Cada letra alude a una característica que se define con un número:

- **T (tamaño):** Seguido de un número del 0 al 4. Se refiere al tamaño del tumor, cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número.
- **N (nódulos):** Del 0 al 3. Hace alusión a los ganglios linfáticos que se encuentran afectados por las células cancerosas.
- **M (metástasis):** Seguida de un 0 o 1. Indica si el cáncer se ha extendido (1) o no (0) a otros órganos.

### **Cirugía.**

La cirugía se utiliza con la intención de extirpar el tumor y analizar los ganglios de la axila. Existen dos opciones de cirugía:

- **Conservadora:** El especialista retirará el tumor y una pequeña cantidad del tejido sano que hay alrededor. Tal y como señalan desde SEOM, esta opción permite conservar la mama aunque, por lo general, requiere que tras la operación se administre radioterapia para eliminar las células tumorales que queden en la mama. Esta opción se puede realizar dependiendo del tamaño del tumor, de la mama y de los deseos del paciente.
- **Mastectomía:** El especialista extirpará toda la mama. En estas circunstancias, las pacientes pueden reconstruirse la mama. Esta opción se puede hacer al extirpar la mama o después de finalizar todos los tratamientos. El momento adecuado depende de varios factores relacionados con el tratamiento y las preferencias del paciente.

### **Biopsia del ganglio centinela**

El ganglio centinela es el primer ganglio linfático donde es posible que el tumor se disemine. Para localizarlo el especialista inyectará un tinte azul cerca del tumor que fluirá a través de los vasos linfáticos hasta llegar a

los ganglios.

El procedimiento que seguirá el profesional consiste en extirpar el primer ganglio linfático que recibe la sustancia y comprobar si el tumor ha llegado. Si el tumor se ha extendido al ganglio, tendrán que extirparse los ganglios linfáticos. Esta técnica no está indicada en todas las circunstancias.

### **Radioterapia.**

La radioterapia se utiliza para impedir que las células tumorales crezcan y/o destruirlas. Se puede utilizar como:

- **Terapia adyuvante:** Los especialistas pueden recomendarla como tratamiento local para eliminar posibles células tumorales que permanecen después de realizar la cirugía.
- **Terapia paliativa:** Para aliviar los síntomas de la afectación ósea o ganglionar.
- **Terapia sistémica.**

A diferencia de la cirugía o la radioterapia, la terapia sistémica no actúa de forma local, este tratamiento afecta a todo el organismo.

Se administra por vía oral o por vía intravenosa y se distribuye a todos los órganos. El objetivo de este tratamiento es reducir el riesgo de recaída en la enfermedad y la muerte.

Los tres tipos de terapias sistémicas más utilizados en la actualidad son la quimioterapia, la hormonoterapia y las terapias dirigidas. La utilización de cada opción depende del tipo de cáncer de mama y del riesgo de recaída del paciente.

### **Efectos secundarios del tratamiento.**

Algunos de los efectos secundarios de la terapia sistémica son:

- **Náuseas y vómitos:** Para evitarlos se pueden requerir medicamentos antieméticos (contra los vómitos). El médico le indicará no sólo los que debe tomar antes de la sesión de quimio, sino también los que tendrá que tomar en su casa. Procure beber

mucho líquido, pues es útil frente a las náuseas. Irán remitiendo cuando pasen unos días tras recibir el tratamiento.

- **Pérdida de cabello:** A pesar de no ser un efecto grave es motivo de angustia e insatisfacción para la mayoría de las pacientes, pues influye en la percepción de su propia imagen. Generalmente, la caída del cabello comienza a las dos o tres semanas del primer ciclo de terapia y remite al finalizar el tratamiento. El pelo vuelve a crecer a su velocidad normal.
- **Irritaciones en la boca:** Con la quimioterapia son frecuentes las mucositis o irritaciones bucales. Es un trastorno más molesto que preocupante, pues produce ardores en la boca. Para reducir esta alteración se recomienda extremar la higiene bucal y emplear cepillos de dientes con cerdas suaves, que no dañen las encías. También ayudan los enjuagues antisépticos.
- **Anemia:** Uno de los efectos secundarios más importantes en la quimioterapia es la reducción de la cantidad de glóbulos rojos en sangre. La anemia se manifiesta a través del cansancio, la debilidad y la palidez extrema. En ocasiones puede requerir una transfusión de sangre. También puede aparecer plaquetopenia o disminución excesiva de las plaquetas (las células sanguíneas que coagulan la sangre en caso de heridas). Este efecto produce un aumento de los hematomas (cardenales) o sangrado en encías y nariz.
- **Neutropenia:** Es otro de los efectos más vigilados por los médicos debido a la gravedad. Consiste en la reducción de los glóbulos blancos o leucocitos (las células que defienden de la intrusión de elementos patógenos, como virus o bacterias). La neutropenia favorece la aparición de infecciones (fiebre, **infección de orina**, dolor de garganta, etc.).<sup>26</sup>

### III CALIDAD DE VIDA.

#### Contextualización de la calidad de vida.

La calidad de vida es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: medicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales.<sup>27</sup>

Uno de los enfoques más observados es el económico, desde el cual no se ha construido un concepto universal sobre calidad de vida, pero si se ha intentado cuantificar para establecer comparaciones entre las diversas naciones, y para ello ha aportado tres patrones diferentes, los cuales han ido sucediéndose en el tiempo: renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida.

El más antiguo de todos es la medición a través de la renta per cápita (cociente entre el producto interno bruto o PIB: conjunto de bienes y servicios producidos por indeterminado país durante un año, y el número de habitantes del país durante ese mismo año). Esta es una función puramente aritmética que no tiene en cuenta los aspectos distributivos, las diferencias de precios en los diferentes países, el poder adquisitivo real ni la disponibilidad (carencia o abundancia) de los distintos tipos de bienes, entre otras cosas, que influyen muy directamente en el bienestar personal.<sup>27</sup>

Después de la Segunda Guerra Mundial, surge un movimiento mundial sobre el papel del Estado en la determinación del bienestar de sus comunidades y habiéndose demostrado que el ingreso per cápita era una medida insuficiente para determinarlo, las Naciones Unidas sugirieron que las medidas sobre el bienestar debían fundamentarse en varios componentes diferentes, que juntos conformaran el segundo intento de medición, llamado el nivel de vida. Este equivale a la renta per cápita nacional real más otros indicadores cuantitativos en los campos de la salud, de la educación, del empleo y de la vivienda y que además podía incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición.<sup>28</sup>

El concepto utilizado sobre nivel de vida fue “el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y



física, relaciones sociales, seguridad y otros medios de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida”, sin embargo, este concepto fue objetado por limitarse solo a los recursos y dejar de lado algunas condiciones como tener buena salud y circunstancias como la calidad del ambiente de trabajo y el espacio del hogar como importantes en el bienestar individual. Además, el mismo conjunto de recursos no tiene el mismo valor equivalente en todos los contextos.<sup>29</sup>

Más recientemente, para determinar el grado de bienestar de una población se adoptó el concepto de calidad de vida, originario de la salud pública y de la ética médica, que hacía alusión a los criterios para decidir sobre la conveniencia de tratamientos especialmente dolorosos, agresivos, radicales, de alto costo o todavía en fase de experimentación para los enfermos, ante todo, para los casos terminales; ahora ha evolucionado para significar, en la jerga de los economistas del desarrollo, además del nivel de vida también el grado de libertades políticas y civiles y el dominio sobre sí mismo y la libre participación en relaciones sociales.<sup>30</sup>

Un concepto interesante es el de Amartya Sen, quien critica la medición del desarrollo de las naciones con simples medidas económicas de crecimiento; especifica que el desarrollo se debe medir en términos de la libertad que poseen sus ciudadanos, entendida como capacidad de funcionamiento de las personas para llevar el tipo de vida que valoran y que tienen razón en valorar. Dicha libertad es el fin último del desarrollo humano y es el medio para acceder a él a través de las oportunidades sociales (salud y educación como fundamento para el desarrollo), económicas, de mercado y la libertad política en la toma de decisiones y la participación ciudadana. Para Amartya Sen, calidad de vida es la obtención de la libertad medida a través de la obtención y desarrollo de las capacidades. En primer lugar, la gente necesita cantidades diferentes de los bienes básicos, en segundo lugar, más importante que la posesión o el acceso a los bienes es lo que dichos bienes realmente hacen a los individuos, el tercer indicador es equiparable con las actividades o

funciones valiosas que un sujeto efectivamente es capaz de realizar en cuanto integrantes de una vida social. <sup>31</sup>

La calidad de vida se debe mirar desde dos puntos: la parte individual (privada) y la parte colectiva (publica); desde lo individual o privado es importante mirar: percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral. Desde lo colectivo o publico es fundamental determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo, pues en él se concentra un capital humano que con responsabilidad ética responde a significados que el mismo ha tejido con el apoyo de los demás y que corresponden a la trama de sentido de los eventos de la vida cotidiana y le permiten valorarla al poder contrastarla con criterios colectivamente validos en la sociedad en que vive. <sup>32</sup>

El concepto ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y otras clasificaciones como las de tener, amar y ser, propuestas.

Como se ve, la calidad de vida es una definición imprecisa y no existe una teoría única que la defina y explique. La calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales.

### **La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo los médicos han utilizado este concepto para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de

una persona. Así mismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones. <sup>33</sup>

El uso de medidas de calidad de vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. <sup>33</sup>

En la salud, el término calidad de vida mira desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, por eso evalúa el impacto físico y sicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias; en la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades. <sup>34</sup>

Más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población; para ello convoca otras disciplinas que le permitan una mejor comprensión del fenómeno. La multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de su propio estado de salud, independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida. <sup>33</sup>

### **Valoración de la calidad de vida en oncología.**

Los autores afirman que la oncología ha sido un ámbito pionero y privilegiado en este tipo de estudios sobre instrumentos que buscan medir o valorar la calidad de vida. Igualmente, Gómez-Vela Sabeh explica que las intervenciones terapéuticas en el área

de la salud requieren que a las tradicionales medidas (mortalidad/morbilidad) se les sumen nuevas modalidades para evaluar el estado de una persona, distinguiendo entre múltiples dominios: dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Además, explican que cada una de estas dimensiones suele ser medida en términos de una “evaluación objetiva de la salud funcional”, basada en una amplia variedad de métodos psicométricos y estadísticos o bien por “una percepción subjetiva de la salud” brindada por la propia persona.

En virtud de que la mayoría de los pacientes con cáncer sobrevive un periodo significativo como resultado de los avances en el diagnóstico y tratamiento oportunos, los profesionales de la salud deben ocuparse – además de prolongar la vida del paciente- en reducir los síntomas asociados con la enfermedad (ejemplo: náusea y vómito relacionados con quimioterapia), y de transmitir habilidades para que la persona regrese a un estilo de vida normal. Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las sobrellevan. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. Sin duda alguna, la mayoría de los estudios recientes acerca de la calidad de vida relacionada con la salud provienen de grupos farmacéuticos, pero es necesario que otros grupos se ocupen vigorosamente del estudio del efecto de las intervenciones médicas en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, así como dirigir esfuerzos para diseñar programas de intervención psicológica enfocados en mejorar la calidad de vida de estas personas.

El cáncer representa una de las enfermedades más temidas por las personas, dado que en algún momento de su vida han estado en contacto o han escuchado de alguien que la ha padecido y, por lo mismo, conocen algunas de sus características tales como: el dolor, la invasión, la inminencia de la muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comunes, todos ellos conocimientos que conformaran creencias que orientaran los comportamientos.

Por lo tanto, sería de esperarse que cualquier persona, ante un cáncer recién diagnosticado, presente una serie de respuestas emocionales que pueden verse afectada por las características del tratamiento específico indicado. Por ejemplo, en caso de que el tratamiento de elección fuese la cirugía, los pacientes deben conocer tanto la conveniencia del procedimiento, como, en el caso de que la haya, la pérdida funcional correspondiente. Las reacciones emocionales esperadas de parte de los pacientes estarán muy relacionadas con el lugar donde se deba llevar a cabo la cirugía y pueden desencadenar sentimientos de temor, vergüenza o culpa.

Si el tratamiento de elección es la radioterapia, el temor del paciente puede asociarse con el uso solo paliativo que hace algunos años se daba a esta terapéutica y puede llevar al paciente a pensar que su tumor es incurable, o bien, puede temer a las quemaduras o a la exposición excesiva a las radiaciones. Por ello, es conveniente que siempre se informe con detalle al paciente sobre las ventajas y efectos secundarios como la anorexia, la náusea, el vómito, la fatiga, la debilidad, el dolor y la diarrea, que suelen aparecer dos o tres semanas después de iniciado el tratamiento.<sup>35</sup>

Si se optó por la quimioterapia, además de sus beneficios, los pacientes deben conocer los efectos secundarios, como pueden ser la pérdida del cabello, la fatiga, la anorexia, las neuropatías periféricas, la estomatitis, la diarrea y los problemas sexuales, así como de las náuseas y el vómito, que aparecen acompañando al tratamiento.

De este modo, resulta esencial que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información acerca de las molestias que ocasiona la propia enfermedad, de las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como de los efectos secundarios. Disponer de esa información puede favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, puede ocasionar que los posponga o, peor aún, que lo abandone.

Algunos autores aseveran que identificar la calidad de vida relacionada con la salud con el estado funcional constituye un inconveniente, porque lejos de ser sinónimos existen muchas situaciones especiales en las que ni siquiera coinciden, y, personas cuya "funcionalidad" es evaluada negativamente mantienen un alto nivel de calidad de

vida gracias a apoyarse en otros soportes de su medio (ambiental, social, económico, de expectativas). Viene dándose un creciente interés en aspectos espirituales/existenciales y sociales por los actores del campo de la salud relacionados con enfermedades que amenazan la vida.

Particularmente el tema de lo “espiritual” cobra relevancia cuando se trata de pacientes que sufren dolor crónico, traumas, enfermedades que amenazan la vida, procesos de duelo y/o de extrema aflicción. Así, por ejemplo, distintas encuestas realizadas a pacientes con cáncer en estadios avanzados, han señalado que los aspectos existenciales y espirituales tienen una enorme relevancia en tales circunstancias de la vida.

La calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. No obstante, las variadas posiciones que existen en el análisis de este concepto, todos los autores coinciden en señalar la necesidad de tomar en cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos del individuo que enfrenta la realidad de padecer una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de evaluar la enfermedad desde el punto de vista de quien la sufre.

En las últimas décadas, se ha registrado un progresivo interés entre los profesionales de la salud por el mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos crónicos; muchas de estas enfermedades afectan diferentes esferas de la realidad laboral y social de quien las padece, produciendo un evidente deterioro de su calidad de vida.

La evaluación de la calidad vida en los enfermos crónicos, tomando en consideración su propia evaluación (juicio personal acerca de la repercusión de la enfermedad y sus limitaciones, estados emocionales que acompañan esta evaluación) permite establecer el proceso de apoyo que requiere cada paciente en particular. La mayoría de los autores coinciden en destacar que la valoración del estado de salud de un paciente con enfermedad crónica ha de ser multidimensional, y aceptan generalmente incluir en dicha evaluación al menos cuatro dimensiones: física, funcional, psicológica y social.

En el cáncer ginecológico, se observa una variedad de síntomas que demuestran un deterioro de la calidad de vida en las pacientes tanto durante la enfermedad como durante los tratamientos recibidos, tales como dolor, náuseas y vómitos, anemia, fatiga, neuropatía periférica, estrés emocional y disfunción sexual. Por ello se insiste en la importancia de que los médicos incorporen la óptica del paciente en las estrategias de tratamiento, tomando en cuenta su situación vital, sus preferencias, así como la conveniencia de tratar preventivamente los síntomas relevantes.

El estudio de los efectos del tratamiento del cáncer de mama ha sido de los primeros en incorporar evaluaciones de calidad de vida, y tales evaluaciones se han centrado en los efectos de la cirugía sobre la imagen corporal y la autoestima de la mujer, destacándose las ventajas de la cirugía conservadora.

El diagnóstico de cáncer de mama en la mujer, como cualquier enfermedad potencialmente letal, trae la pérdida del cuerpo sano, el sentido de vulnerabilidad y una pérdida de control sobre su propia vida. El impacto psicológico y su tratamiento varían en función del tiempo vivido que se extiende desde el diagnóstico al tratamiento, esto justifica la inclusión en la presente investigación de variables como fecha del diagnóstico inicial del cáncer de mama y tiempo transcurrido del tratamiento, para lo cual constituye un importante referente teórico las cuales pueden ser determinantes de la percepción de calidad de vida de cada persona, según sea la etapa en la que se encuentre en el momento de la investigación, estas son:

- Negación y aislamiento: la negación permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronto es sustituida por una aceptación parcial.
- Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por que... la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente.
- Pacto o negociación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para tratar de superar la traumática vivencia.
- Depresión: cuando no se puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un

estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad.

- Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor- contemplara el próximo devenir con más tranquilidad.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Además, existe una etapa de esperanza, que es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo ese dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno.

Sin embargo, no existe un tiempo “estándar” de duración de cada etapa del duelo, dado que cada una puede variar de acuerdo a las condiciones del individuo, además no todas las personas pasan por todas las etapas, incluso se pueden quedar en una, y no finalizar el proceso de elaboración del duelo.

La depresión mayor y los trastornos de ansiedad son diagnósticos relativamente frecuentes en pacientes con enfermedades crónicas. Estos trastornos mentales pueden ser: a) síntomas o manifestaciones de algunas enfermedades crónicas, o b) consecuencias del desgaste psicológico que implica padecerlas. De esta perspectiva, todo clínico debe familiarizarse con los síntomas de los trastornos mentales más fuertes provocados por las enfermedades crónicas. Con base en ello, puede detectar oportunamente un padecimiento físico y/o motivar el inicio de una intervención psiquiátrica y/o psicológica que redituara en el aumento de la calidad de vida de los pacientes con este tipo de enfermedad. Además, el diagnóstico y tratamiento integral de una enfermedad debe observar la presencia de trastornos mentales o quejas psicológicas del paciente. En esta dirección, el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes deben ser metas de tratamiento por sí mismas, tan importantes como el control físico de la enfermedad.<sup>36</sup>

Un aspecto que puede modificar la percepción de la calidad de vida de la persona



diagnosticada con cáncer, es el consumo de medicamentos antidepresivos y/o ansiolíticos, lo cuales, según una investigación publicada en el “Journal of Clinical Oncology” en el año 2005, relacionada con el impacto de la depresión mayor (el tipo de trastorno depresivo más grave) en pacientes con leucemia, podrían existir efectos directos de esta patología psiquiátrica en el sistema inmune de los pacientes oncológicos. Además, no descartan que los sujetos con depresión experimenten cambios negativos de comportamiento. Su apatía y tristeza, podrían hacer que no acojan los consejos médicos, que incumplan las pautas de las terapias o incluso que incrementen el consumo de alcohol o tabaco.

Por otro lado, como efecto de la enfermedad, las relaciones del enfermo crónico con sus redes sociales se ven afectadas. Se pueden observar dos tendencias en los estudios que han abordado esta cuestión. Por un lado, los que se centran en las relaciones interpersonales entre el enfermo y sus redes, y por otro, los que se refieren a las alteraciones que sufren estas cuando atienden a un enfermo crónico, lo que también tiene efectos indirectos en la relación con la persona enferma. Esta tiende, en ocasiones, a evitar los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarle, lo cual produce efectos negativos en su relación con los miembros de la red. De acuerdo con lo expresado, la interacción entre las organizaciones de apoyo social y la enfermedad crónica es más compleja de lo que a primera vista parece; y aunque de ella puede resultar una mejor adaptación, se encuentra condicionada por múltiples factores, tales como las características de la enfermedad, las reacciones de la red de apoyo social hacia la persona afectada por la enfermedad crónica y la interpretación que el enfermo hace, tanto de su estado como de las conductas de ayuda.<sup>36</sup>

### **Aplicaciones de la valoración de la calidad de vida en oncología.**

La medición de la calidad de vida del paciente oncológico constituye un aspecto fundamental; al respecto, el grupo de calidad de vida de la EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cáncer) hace referencia en una de sus publicaciones a las siguientes aplicaciones de dicha valoración:

- Evaluar el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de la calidad de vida

(psicológico, físico, social), y haciéndolo desde la perspectiva del paciente.

- Ayudar a decidir los tratamientos que deberían ser ofrecidos a cada paciente, y también, a mejorar la intervención que se administra.
- Sirve para evaluar las preferencias de los pacientes, ya que estos pueden valorar los efectos en su calidad de vida de los distintos tratamientos que podrían recibir.
- Ayudar en la práctica clínica a conseguir una evaluación más profunda de aquellas áreas que habitualmente no se consideran, o no lo suficiente.
- Orientar las intervenciones que varios profesionales pueden ofrecer a los pacientes oncológicos, dado que esas intervenciones pueden mejorar su calidad de vida.
- Ayudar a predecir la evolución de la enfermedad, dado que, basados en diferentes estudios, puntuaciones bajas iniciales de calidad de vida pueden estar relacionadas con una evolución negativa del tumor.
- Si las medidas de calidad de vida que se emplean son sensibles, sirven para la detección temprana de pequeños cambios que se produzcan en el estado físico y psíquico del paciente.

### **2.3. Definición de términos básicos.**

#### **▪ Estilos de afrontamiento.**

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso (Lazarus y Folkman, 1986).

#### **▪ Calidad de vida.**

La calidad de vida es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: medicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales.

#### **▪ Cáncer.**

Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

Para el estudio se considerarán a las pacientes con cáncer uterino, de mama, próstata, y gástrico.

## **2.4. Formulación de hipótesis.**

### **2.4.1. Hipótesis general.**

Los estilos de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

### **2.4.2. Hipótesis específicas.**

- a. El estilo de afrontamiento en la dimensión recurso cognitivo se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- b. El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos sociales se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- c. El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos emocionales se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- d. El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos espirituales se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- e. El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos físicos se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

## **2.5. Identificación de variables.**

### **Variable 1.**

Estilos de afrontamiento.

## Variable 2.

Calidad de vida.

### 2.6. Definición operacional de variables e indicadores.

VARIABLE	INDICADORES	PREDICTORES O ITEMS	INSTRUMENTO
Variable 1. Estilos de afrontamiento.	<p>1. Recurso cognitivo.</p> <p>2. Recursos sociales.</p> <p>3. Recursos emocionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luché por resolver mi enfermedad</li> <li>• Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés</li> <li>• Deseé que la situación nunca hubiera empezado.</li> <li>• Encontré alguien que escuchó mi problema</li> <li>• Me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.</li> <li>• Hablé con una persona de confianza.</li> <li>• Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.</li> <li>• Pedí consejo a un amigo(a) o familiar que respeto.</li> <li>• Me fijé en el lado bueno de las cosas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me culpé a mí mismo</li> <li>• Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.</li> <li>• Traté de olvidar por completo mi enfermedad.</li> <li>• Hice frente al problema que representaba mi enfermedad.</li> <li>• Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.</li> <li>• Pasé algún tiempo solo</li> <li>• Me esforcé para resolver los problemas de la enfermedad.</li> <li>• Expresé mis emociones.</li> <li>• Evité estar con la gente.</li> <li>• Me critiqué por lo ocurrido.</li> <li>• Deseé no encontrarme nunca más en esta situación.</li> <li>• Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.</li> <li>• Oculté lo que pensaba y sentía.</li> <li>• Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas</li> </ul>	Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI)

	<p>4. Recursos espirituales.</p> <p>5. Recursos físicos.</p>	<p>funcionaran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.</li> <li>• No dejé que nadie supiera cómo me sentía.</li> <li>• Traté de ocultar mis sentimientos.</li> <li>• Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.</li> <li>• Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir.</li> <li>• Quité importancia a la enfermedad y no quise preocuparme más.</li> <li>• Me recriminé por permitir que esto ocurriera.</li> <li>• Pasé algún tiempo con mis amigos (as).</li> <li>• Me comporté como si nada hubiera pasado.</li> <li>• Mantuve mi postura y luché por lo que quería.</li> <li>• Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.</li> <li>• Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de forma diferente.</li> <li>• Dejé que mis amigos me ayudaran.</li> <li>• Dejé desahogar mis emociones.</li> <li>• Deseé poder cambiar lo que había sucedido.</li> <li>• Evité pensar o hacer nada.</li> <li>• Me consideré capaz de afrontar la situación.</li> </ul>	
Calidad de vida.	<p>1. Física.</p> <p>2. Psicológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo calificaría su calidad de vida</li> <li>• Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita</li> <li>• Cuanto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria</li> <li>• Cuanto disfruta de la vida</li> <li>• Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido</li> <li>•Cuál es su capacidad de concentración</li> <li>• Cuanta seguridad siente en su vida diaria</li> <li>• Cuan saludable es el ambiente físico de su alrededor</li> <li>• Tiene energía suficiente para su vida diaria</li> <li>• Es capaz de aceptar su apariencia</li> </ul>	Cuestionario; Calidad de vida en mujeres con cáncer.

	<p>3. Relaciones sociales.</p> <p>4. Entorno y ambiente</p>	<p>física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades</li> <li>• Que disponible tiene la información que necesita en su vida diaria</li> <li>• Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio (tiempo libre)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de desplazarse de un lugar a otro</li> <li>• Cuan satisfecho esta con su sueño</li> <li>• Cuan satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuan satisfecho esta con su capacidad de trabajo</li> <li>• Cuan satisfecho esta de sí mismo</li> <li>• Cuan satisfecho esta con sus relaciones personales</li> <li>• Cuan satisfecho esta con su vida sexual</li> <li>• Cuan satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos</li> <li>• Cuan satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive</li> <li>• Cuan satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios de salud</li> <li>• Cuan satisfecho esta con su transporte</li> <li>• Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión</li> </ul>	
--	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de investigación.

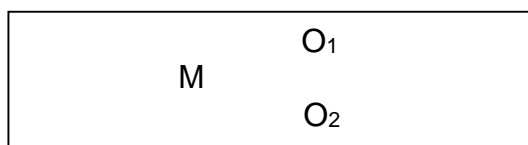
Para esta investigación se utilizó el paradigma cuantitativo y el tipo de investigación descriptivo prospectivo para relacionar las variables; estilos de afrontamiento y calidad de vida de las pacientes con cáncer de próstata, gástrico, de mama y cérvico uterino.

#### 3.2. Método.

Se utilizó el método de investigación cuantitativo.

#### 3.3. Diseño de investigación.

El diseño utilizado fue el descriptivo correlacional.



#### Dónde:

M = Muestra de pacientes con cáncer de próstata, gástrico, de mama y cérvico uterino.

O<sub>1</sub> = Medición de la variable estilos de afrontamiento.

O<sub>2</sub> = Medición de la variable calidad de vida.

#### 3.4. Población y muestra.

##### Población.

La población estuvo conformada por todos los pacientes con cáncer de próstata, gástrico, de mama y cérvico uterino que reciben tratamiento en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma que según registros obtenidos son 222

mujeres.

### **Muestra.**

Para este estudio se estimó la muestra a través del software Stats 2.2 que aplicado nos permite calcular la muestra en 87 pacientes con diagnóstico de cáncer. Para ello se distribuye de la manera siguiente:

<b>Pacientes con cáncer</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
Cáncer uterino	148	58
Cáncer de mama	14	6
Cáncer de próstata	12	5
Cáncer de estómago	48	18
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>87</b>

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

La técnica e instrumentos de recojo de datos serán los siguientes:

#### **Técnica:**

#### **Autoregistro:**

Mediante esta técnica se aplicó los dos instrumentos a los pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer. Para ello se instruyó previamente a los pacientes para que puedan contestar directamente cada una a las preguntas formuladas en cada una de ellas.

#### **Instrumentos:**

#### **Inventario de estilos de afrontamiento (Coping Resources Inventory, CRI):**

Mediante este instrumento que contiene 41 items se pudo establecer cómo utilizan los pacientes con cáncer los estilos de afrontamiento frente a la enfermedad oncológica.

#### **Cuestionario; Calidad de vida en mujeres con cáncer:**

A través de este cuestionario que contiene 26 items, se procedió a evaluar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama y cérvico uterino.

### **3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Coordinación previa del investigador con el Director del establecimiento de salud.

Se aplicó los instrumentos a las unidades de análisis directamente dentro del



establecimiento al momento que estaban recibiendo su tratamiento y control. Los instrumentos fueron aplicados dando cumplimiento al cronograma que se adjunta.

### **3.7. Tratamiento estadístico.**

Para el tratamiento estadístico de los datos se hizo lo siguiente:

- Verificó la información en los instrumentos.
- Construyó la base de datos en el programa estadístico SPSS V21.
- Construyó las tablas estadísticas y aplicó la prueba de hipótesis.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1. Descripción del trabajo de campo**

El estudio se realizó en del Hospital de la Ciudad de Tarma del Departamento de Junín. Es un hospital de nivel II que oferta una atención integral a los pacientes que allí acuden, cuenta con diversas especialidades entre ellas, cuenta con una infraestructura de 6 pisos, está ubicada en la Av. Pacheco 362 de la Ciudad de Tarma.

Esta Ciudad de Tarma, se encuentra en la Provincia de Tarma del departamento de Junín; se encuentra geográficamente en la Sierra Central del país, a 3,060msnm con una población Provincial de 107,976 habitantes; 53,387 varones y 54,589 mujeres. Distrital 46,281 habitantes; 22,096 varones y 24,185 mujeres. Según datos del INEI. 2015. (Instituto Nacional de Estadística e Informática)

Su clima es templado y suave, debido a su topografía con diferencia de temperatura por las noches, entre el sol y la sombra, llegando a tener una temperatura media de 12°C. La principal actividad económica se caracteriza por la agricultura de cultivo de maíz, hortalizas, legumbres, verduras y tubérculos, especialmente reconocido por el cultivo de flores durante todos los meses del año, razón por la cual se le denominó “La perla de los Andes”. (Oficina de turismo de la municipalidad de Tarma)

#### **4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.**

**TABLA N° 01**

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS  
PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO  
DE TARMA 2014

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	2	2,3	7	8,0	9	10,3
Poco Adecuado	35	40,2	43	49,5	78	89,7
Total	37	42,5	50	57,5	87	100,0

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

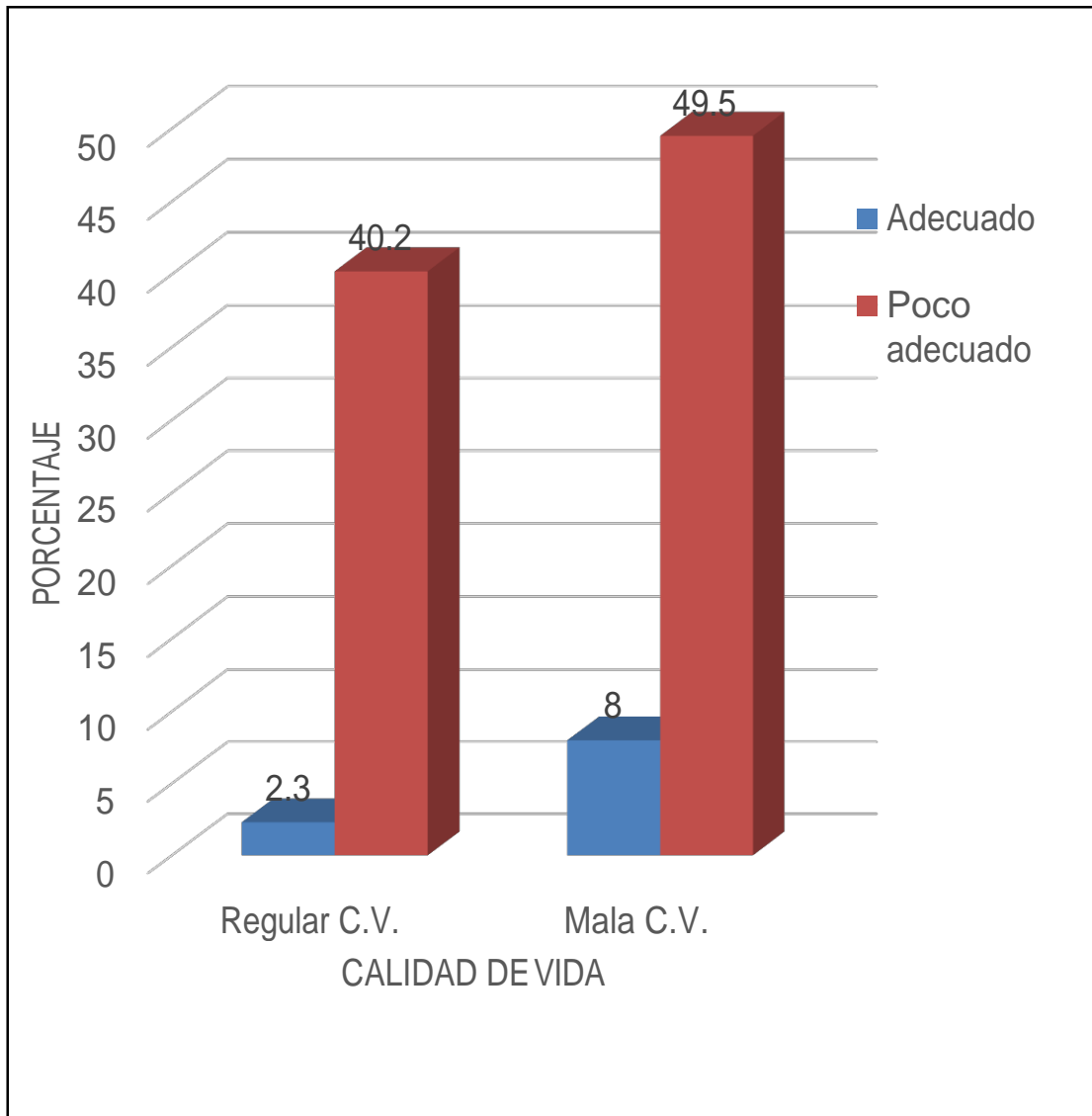
En esta tabla se asocian las variables; estilos de afrontamiento según calidad de vida de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer son poco adecuados en el 89,7% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 49,5%.

La calidad de vida es adecuada en el 10,3% de la población investigada de ellos el 8% tuvieron calificación como su calidad de vida mala 8%.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

### GRÁFICO N° 01

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS  
PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO  
DE TARMA 2014



**TABLA N° 02**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

AFRONTAMIENTO Recurso Cognitivo	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	9	10,3	14	16,1	23	26,4
Poco Adecuado	28	32,2	36	41,4	64	73,6
Total	37	42,5	50	57,5	87	100,0

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

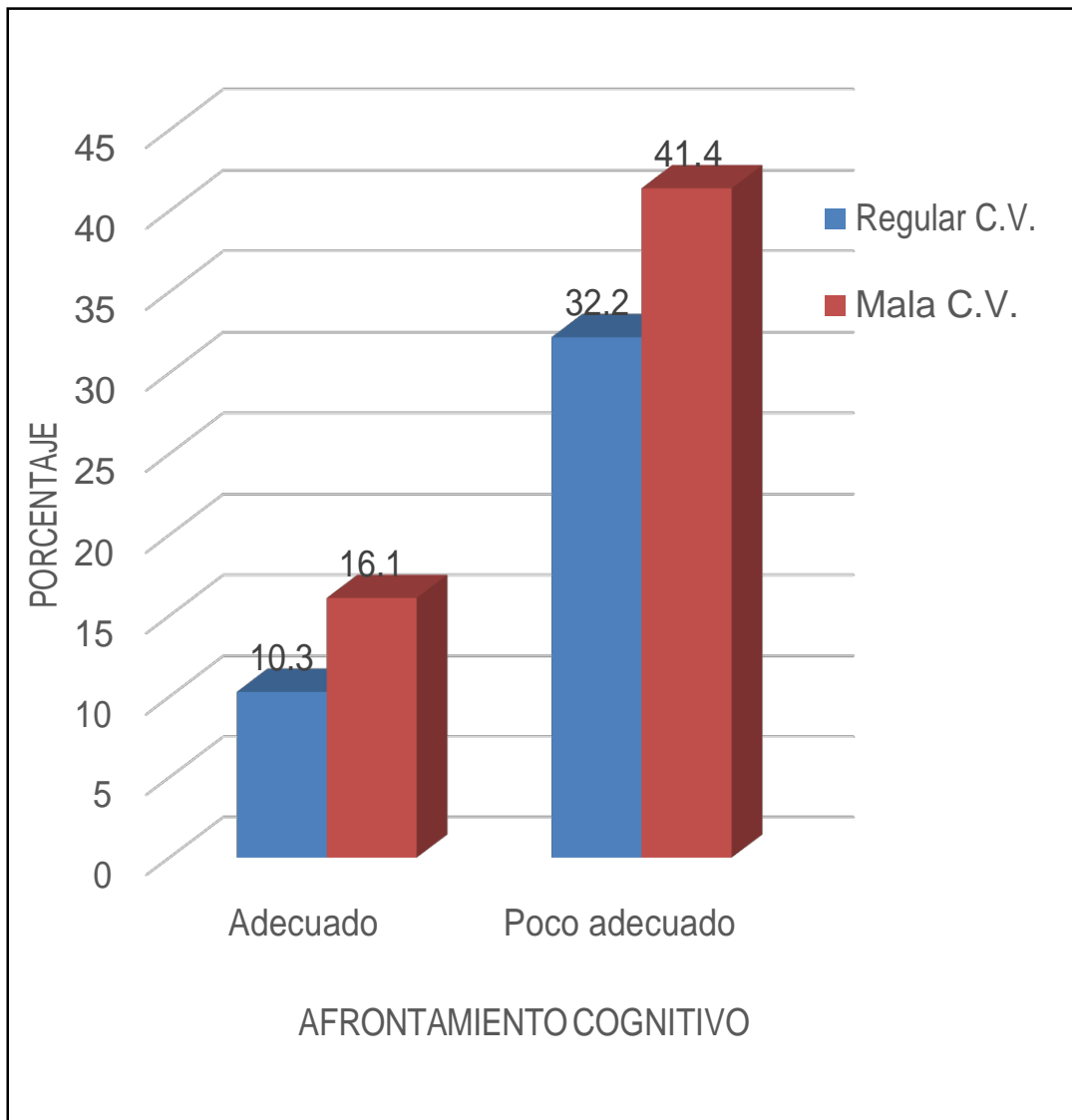
En esta tabla se asocian las variables; estilo de afrontamiento cognitivo según calidad de vida de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que el estilo de afrontamiento cognitivo de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 41,4%.

El estilo de afrontamiento cognitivo es adecuado en el 26,4% de la población investigada de ellos el 16,1% tuvieron mala calidad de vida.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

## GRÁFICO N° 02

ESTILO DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014



**TABLA N° 03**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO SOCIAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

AFRONTAMIENTO Recurso Social	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	8	9,2	13	14,9	21	24,1
Poco Adecuado	29	33,3	37	42,6	66	75,9
Total	37	42,5	50	57,5	87	100,0

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

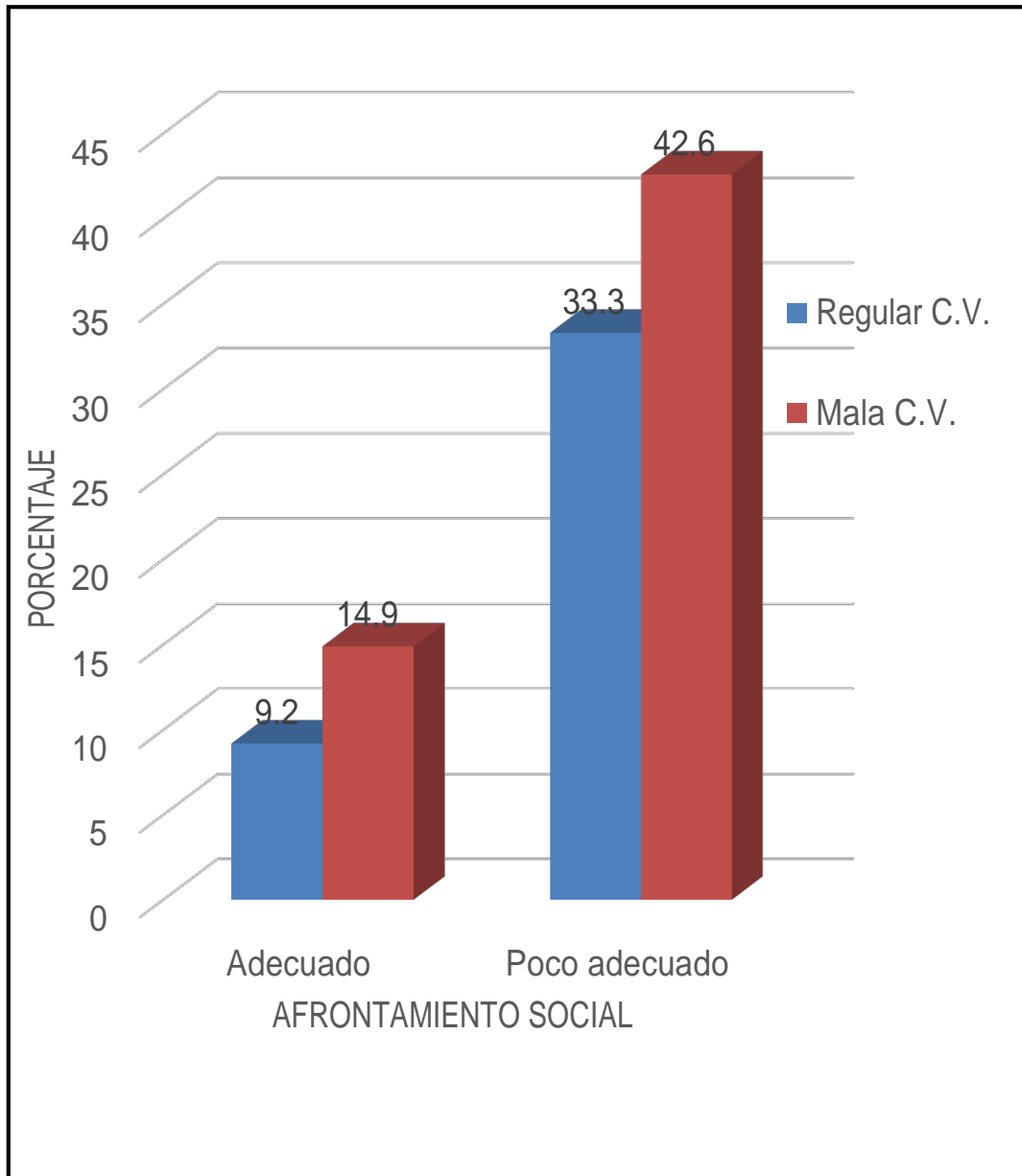
En esta tabla se asocian las variables; estilo de afrontamiento social según calidad de vida de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que el estilo de afrontamiento social de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 75,9% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 42,6%.

El estilo de afrontamiento cognitivo es adecuado en el 24,1% de la población investigada de ellos el 14,9% tuvieron mala calidad de vida.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

### GRÁFICO N° 03

ESTILO DE AFRONTAMIENTO SOCIAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014





**TABLA N° 04**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

AFRONTAMIENTO Recurso Emocional	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	14	16,1	9	10,3	23	26,4
Poco Adecuado	23	26,4	41	47,2	64	73,6
Total	37	42,5	50	57,5	87	100,0

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

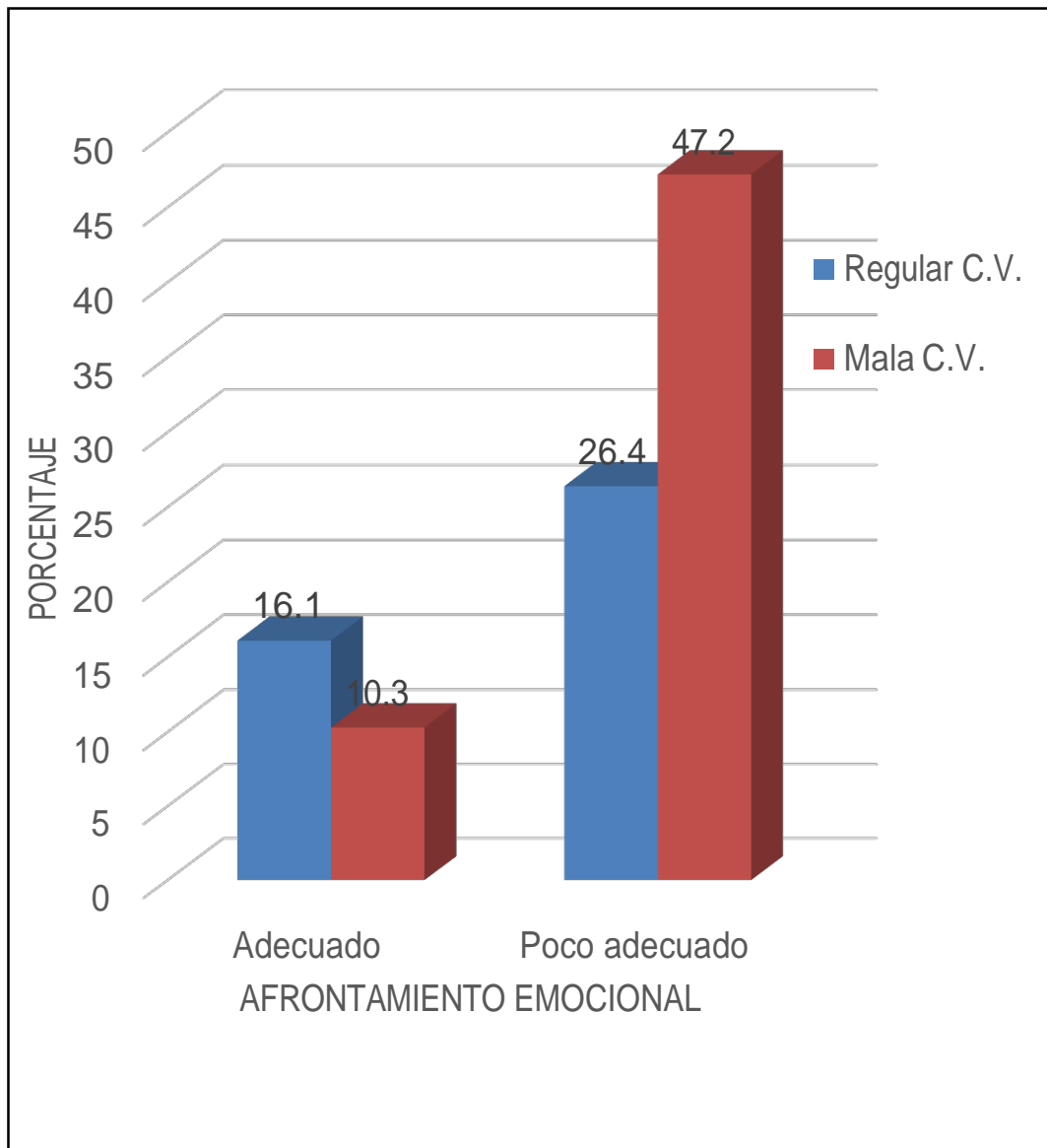
En esta tabla se asocian las variables; estilo de afrontamiento emocional según calidad de vida de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que el estilo de afrontamiento emocional de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 47,2%.

El estilo de afrontamiento cognitivo es adecuado en el 26,4% de la población investigada de ellos el 16,1% tienen regular calidad de vida.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

### GRÁFICO N° 04

ESTILO DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014



**TABLA N° 05**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

AFRONTAMIENTO Recurso Espiritual	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	5	5,7	18	20,7	23	26,4
Poco Adecuado	32	36,8	32	36,8	64	73,6
Total	37	42,5	50	57,5	87	100,0

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

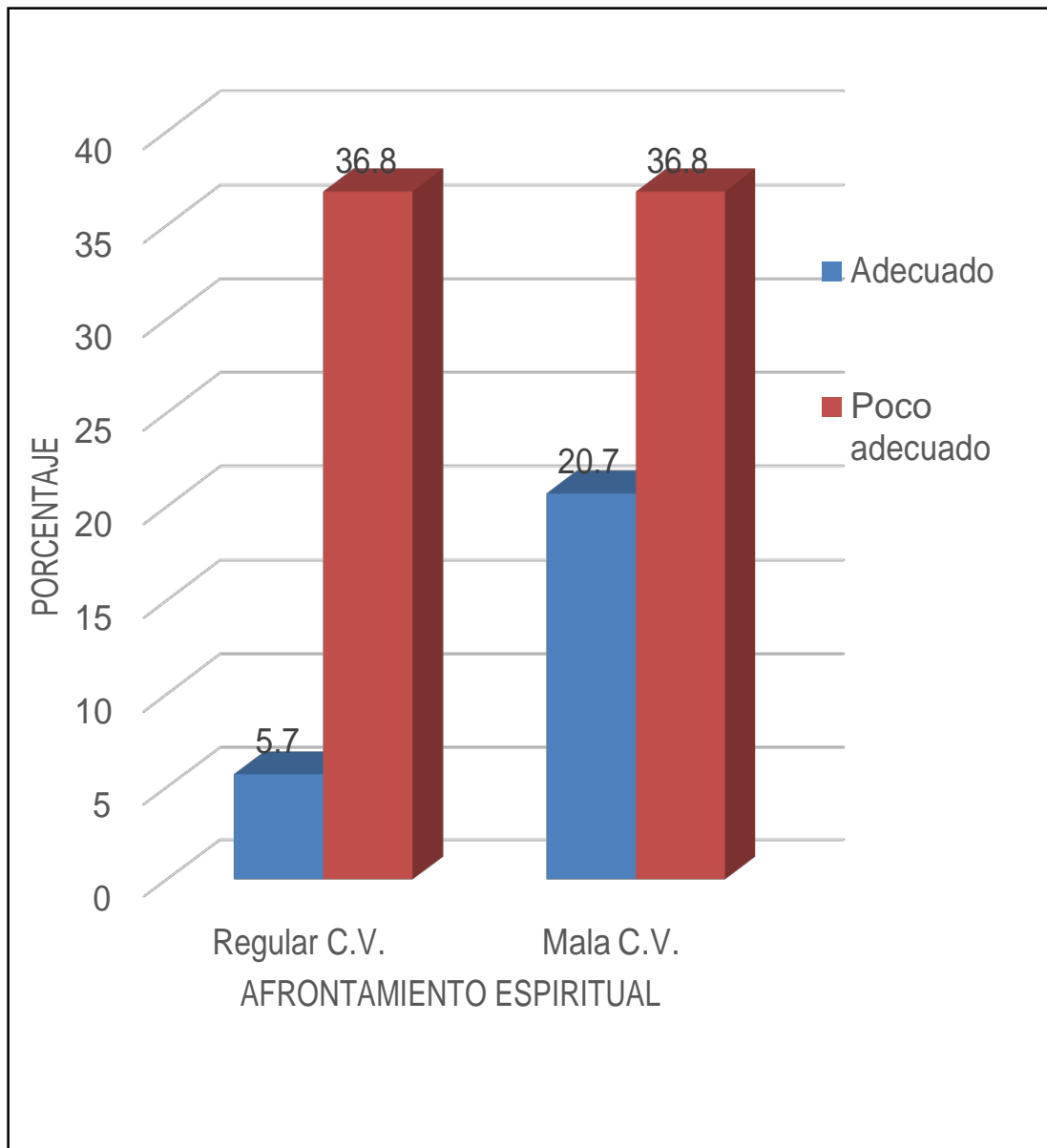
En esta tabla se asocian las variables; estilo de afrontamiento espiritual según calidad de vida de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que el estilo de afrontamiento espiritual de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala y regular en el 36,8% cada uno de ellos respectivamente.

El estilo de afrontamiento cognitivo es adecuado en el 26,4% de la población investigada de ellos el 20,7% tienen mala calidad de vida.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

### GRÁFICO N° 05

ESTILO DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014



**TABLA N° 06**

**ESTILO DE AFRONTAMIENTO FÍSICO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014**

AFRONTAMIENTO Recurso Físico	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	4	4,6	18	20,7	22	25,3
Poco Adecuado	33	37,9	32	36,8	65	74,7
Total	37	42,5	50	57,5	87	100,0

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

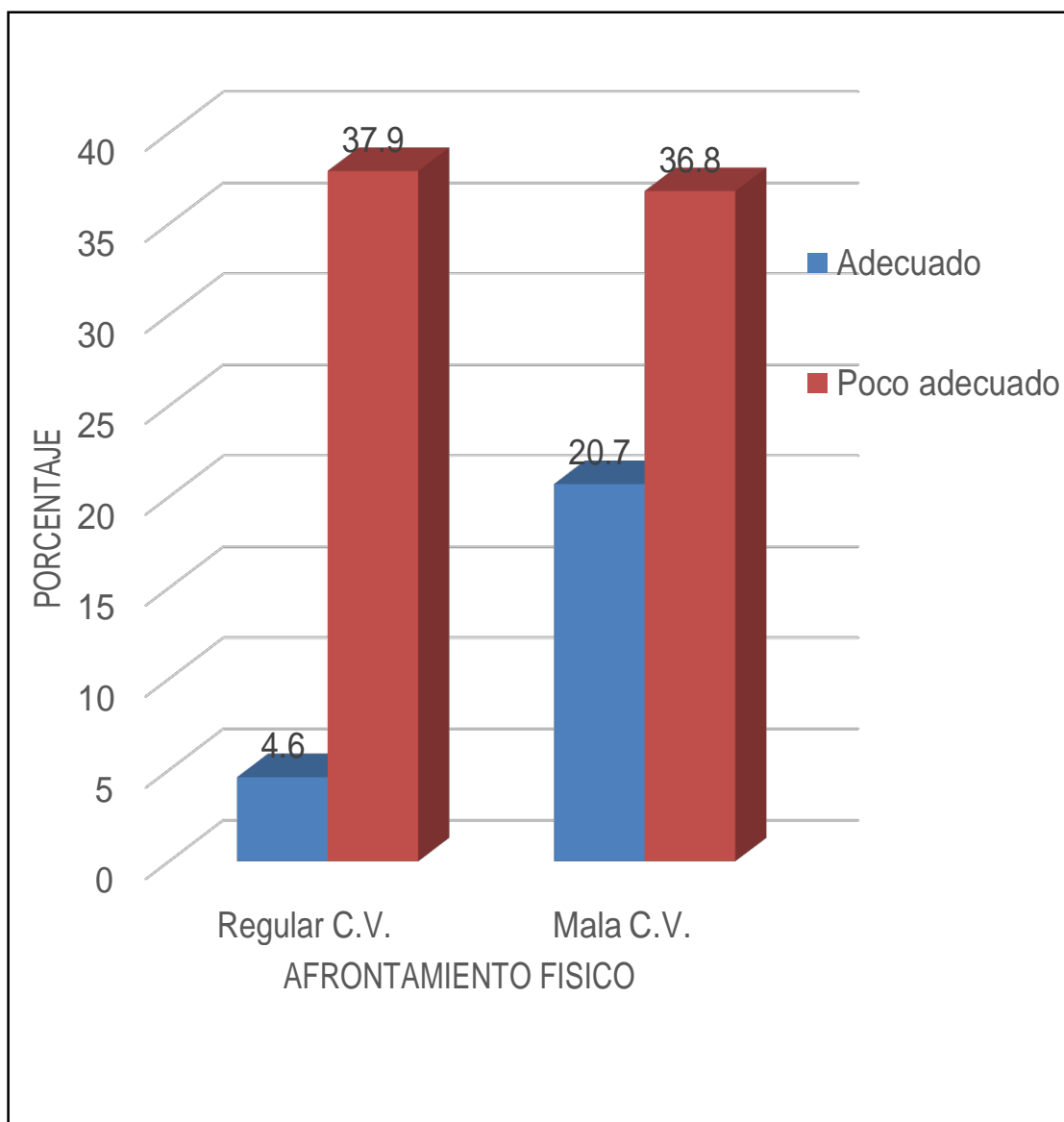
En esta tabla se asocian las variables; estilo de afrontamiento físico según calidad de vida de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que el estilo de afrontamiento físico de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 74,7% de la población y su calidad de vida es regular en el 37,9% porcentaje ligeramente mayor a la calidad de vida mala en el 36,8% de los pacientes.

El estilo de afrontamiento cognitivo es adecuado en el 25,3% de la población investigada de ellos el 20,7% tienen mala calidad de vida.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

### GRÁFICO N° 06

ESTILO DE AFRONTAMIENTO FÍSICO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014



**TABLA N° 07**

**ESTILO DE AFRONTAMIENTO POR INDICADORES PERSONALES  
DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX  
MAYORCA SOTO DE TARMA 2014**

INDICADORES PERSONALES	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO				Total	
	Adecuado		Poco adecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad:</b>						
25-34 años	3	3,5	17	19,5	20	23,0
35-44 años	3	3,5	31	35,6	34	39,1
45-54 años	3	3,4	20	23,0	23	26,4
55-más años	0	0,0	10	11,5	10	11,5
<b>Sexo</b>						
Masculino	2	2,3	17	19,5	19	21,8
Femenino	7	8,0	61	70,2	68	78,2
<b>Escolaridad</b>						
Secundaria	7	8,0	59	67,9	66	75,9
Superior	2	2,3	19	21,8	21	24,1
<b>Ocupación</b>						
Empleado(a)	3	3,4	25	28,8	28	32,2
Obrero(a)	5	5,8	37	42,5	42	48,3
Independiente	1	1,1	16	18,4	17	19,5
<b>Estado civil</b>						
Conviviente	5	5,7	36	41,4	41	47,1
Casado (a)	4	4,6	42	48,3	46	52,9

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

**COMENTARIO:**

En esta tabla se asocian las variables; estilo de afrontamiento según indicadores de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que el estilo de afrontamiento de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 35,6% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo masculino; 70,2%, con escolaridad de nivel secundaria; 67,9%, de ocupación obrero 42,5%, de estado civil casado 48,3%

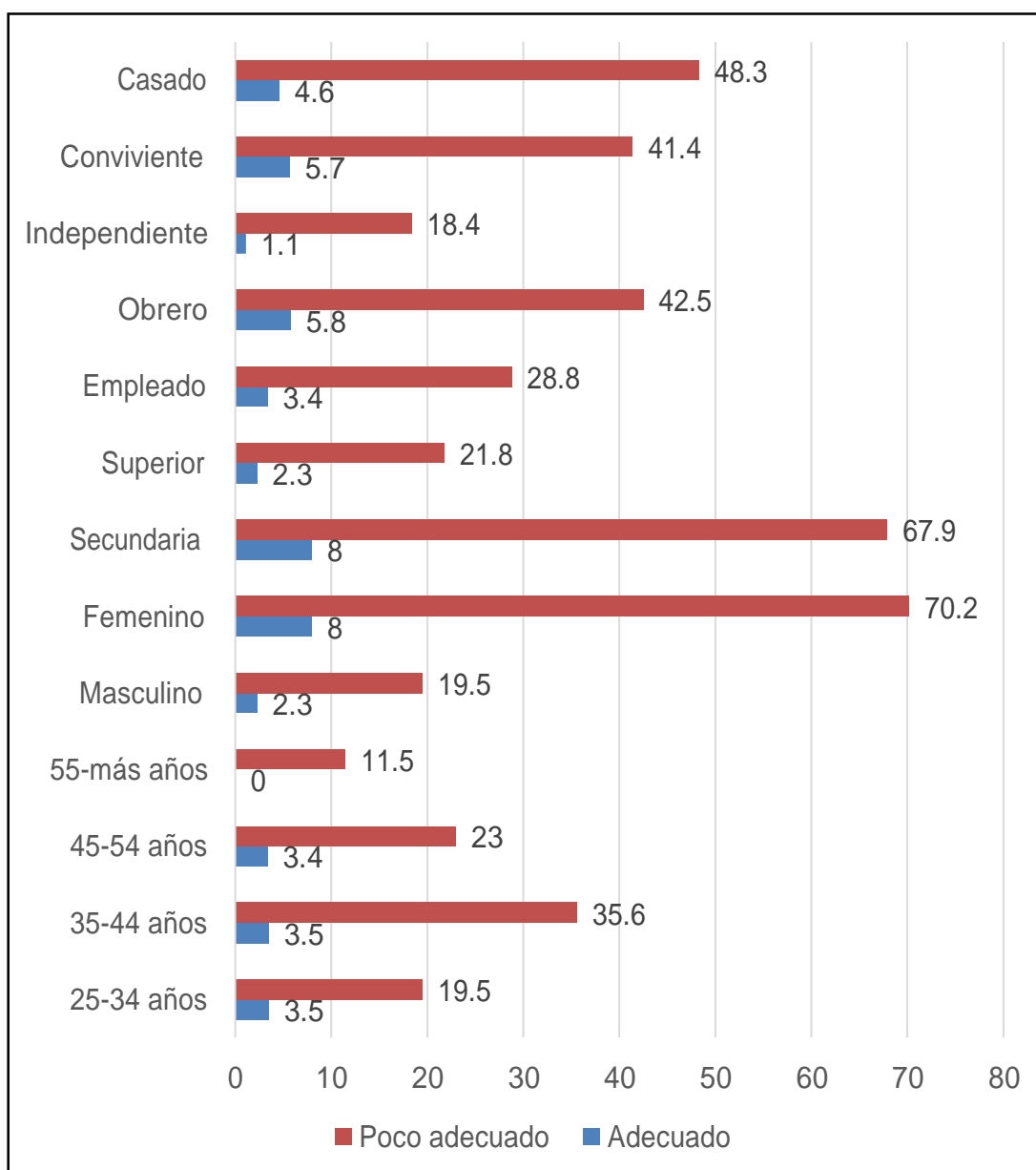
El estilo de afrontamiento de los pacientes con cáncer es adecuado en el 3,5% de pacientes que tienen entre 25-34 años y de 35-44 años de edad, de sexo femenino; 8%, con escolaridad de nivel secundaria; 8%, de ocupación obrero 5,8%%, de estado civil conviviente 4,6%

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.



### GRÁFICO N° 07

#### ESTILO DE AFRONTAMIENTO POR INDICADORES PERSONALES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014



**TABLA N° 08**

CALIDAD DE VIDA POR INDICADORES PERSONALES  
DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL  
FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

INDICADORES PERSONALES	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Regular C.V.		Mala C.V.			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad:</b>						
25-34 años	7	8,0	13	15,0	20	23,0
35-44 años	17	19,5	17	19,6	34	39,1
45-54 años	8	9,2	15	17,2	23	26,4
55-más años	5	5,8	5	5,7	10	11,5
<b>Sexo</b>						
Masculino	10	11,5	9	10,3	19	21,8
Femenino	27	31,0	41	47,2	68	78,2
<b>Escolaridad</b>						
Secundaria	26	29,9	40	46,0	66	75,9
Superior	11	12,6	10	11,5	21	24,1
<b>Ocupación</b>						
Empleado(a)	14	16,1	14	16,1	28	32,2
Obrero(a)	15	17,2	27	31,1	42	48,3
Independiente	8	9,2	9	10,3	17	19,5
<b>Estado civil</b>						
Conviviente	18	20,7	23	26,4	41	47,1
Casado (a)	19	21,8	27	31,1	46	52,9

**Fuente:** Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.

### **COMENTARIO:**

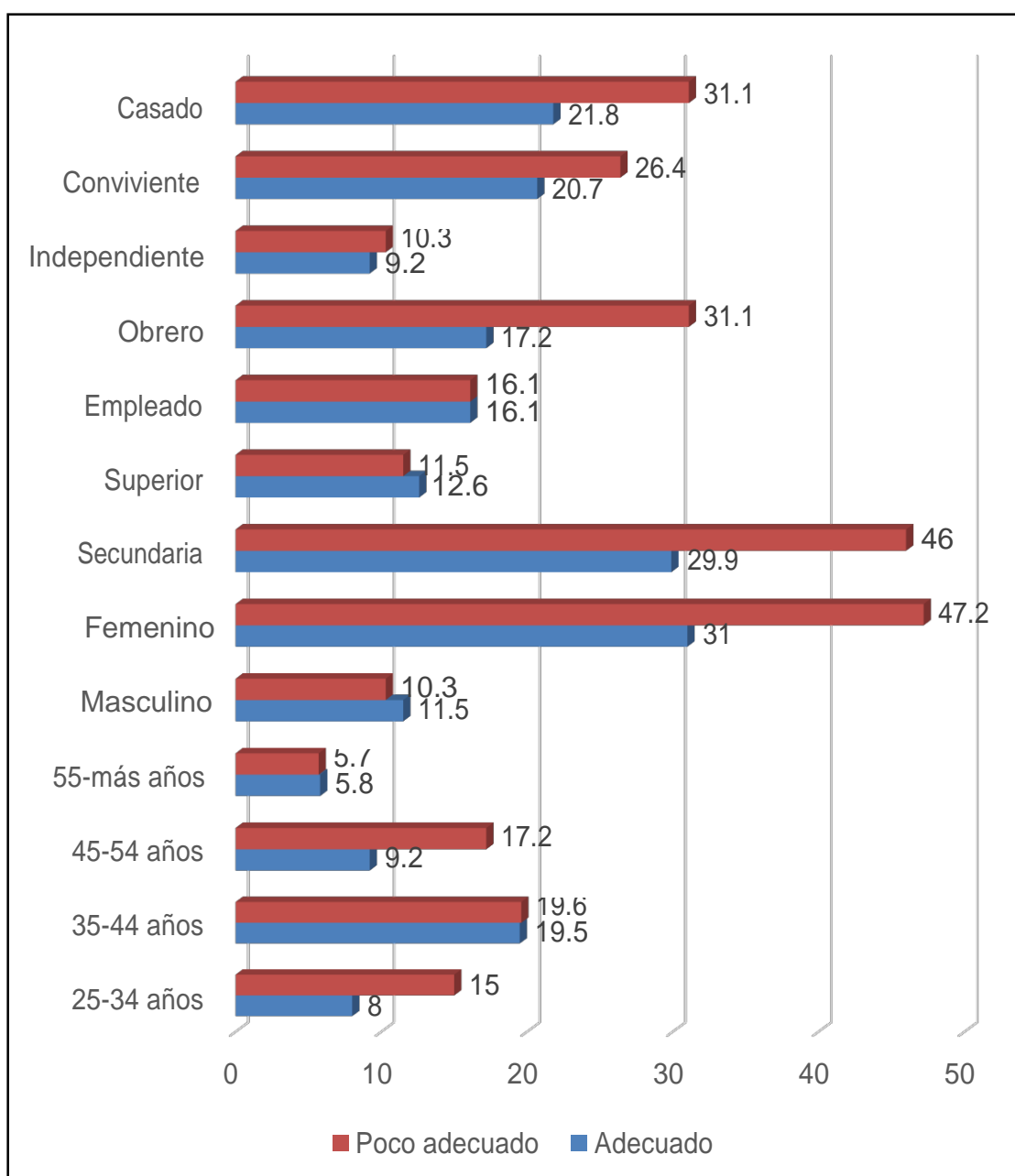
En esta tabla se asocian las variables; Calidad de vida según indicadores de los pacientes con cáncer, en los resultados podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con cáncer es mala en el 19,6% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo femenino; 47,2%, con escolaridad de nivel secundaria; 46%, de ocupación obrero 31,1%, de estado civil casado; 31,1%

La calidad de vida de los pacientes con cáncer es regular en el 19,5% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo femenino; 31%, con escolaridad de nivel secundaria; 29,9%, de ocupación obrero 17,2%, de estado civil casado; 21,8%

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo determinar que existe relación entre ambas variables con un margen de error del 5% y su nivel de significancia alcanza el 95%.

### GRÁFICO N° 08

CALIDAD DE VIDA POR INDICADORES PERSONALES  
DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL  
FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014



### 4.3. Prueba de hipótesis.

**TABLA N° 01**

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS  
PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO  
DE TARMA 2014

**Correlaciones**

			ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	CALIDAD DE VIDA
Rho de Spearman	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Coeficiente de correlación	1,000	-,140
		Sig. (bilateral)	.	,197
		N	87	87
	CALIDAD DE VIDA	Coeficiente de correlación	-,140	1,000
		Sig. (bilateral)	,197	.
		N	87	87

**Coeficiente de correlación es significativo  
Ha se acepta  
Ho se rechaza**

**TABLA N° 02**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO SEGÚN CALIDAD DE  
VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX  
MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

**Correlaciones**

			Recurso Cognitivo	CALIDAD DE VIDA
Rho de Spearman	Recurso Cognitivo	Coeficiente de correlación	1,000	-,041
		Sig. (bilateral)	.	,705
		N	87	87
	CALIDAD DE VIDA	Coeficiente de correlación	-,041	1,000
		Sig. (bilateral)	,705	.
		N	87	87

**Coeficiente de correlación es significativo  
Ha se acepta  
Ho se rechaza**

**TABLA N° 03**  
**ESTILO DE AFRONTAMIENTO SOCIAL SEGÚN CALIDAD DE**  
**VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX**  
**MAYORCA SOTO DE TARMA 2014**

**Correlaciones**

			CALIDAD DE VIDA	Recurso Social
Rho de Spearman	CALIDADDEVIDA	Coefficiente de correlación	1,000	-,051
		Sig. (bilateral)	.	,642
		N	87	87
	Recurso Social	Coefficiente de correlación	-,051	1,000
		Sig. (bilateral)	,642	.
		N	87	87

**Coefficiente de correlación es significativo**  
**Ha se acepta**  
**Ho se rechaza**

**TABLA N° 04**  
**ESTILO DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL SEGÚN CALIDAD DE**  
**VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX**  
**MAYORCA SOTO DE TARMA 2014**

**Correlaciones**

			CALIDAD DE VIDA	Recurso Emocional
Rho de Spearman	CALIDADDEVIDA	Coefficiente de correlación	1,000	,222*
		Sig. (bilateral)	.	,038
		N	87	87
	Recurso Emocional	Coefficiente de correlación	,222*	1,000
		Sig. (bilateral)	,038	.
		N	87	87

**Coefficiente de correlación es significativo**  
**Ha se acepta**  
**Ho se rechaza**

**TABLA N° 05**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX  
MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

Correlaciones			CALIDAD DE VIDA	Recurso Espiritual
Rho de Spearman	CALIDADDEVIDA	Coeficiente de correlación	1,000	-,252*
		Sig. (bilateral)	.	,018
		N	87	87
	Recurso Espiritual	Coeficiente de correlación	-,252*	1,000
		Sig. (bilateral)	,018	.
		N	87	87

**Coeficiente de correlación es significativo**  
**Ha se acepta**  
**Ho se rechaza**

**TABLA N° 06**

ESTILO DE AFRONTAMIENTO FÍSICO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER HOSPITAL FÉLIX  
MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

Correlaciones			CALIDAD DE VIDA	Recurso Físico
Rho de Spearman	CALIDADDEVIDA	Coeficiente de correlación	1,000	-,287**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	87	87
	Recurso Físico	Coeficiente de correlación	-,287**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	87	87

**Coeficiente de correlación es significativo**  
**Ha se acepta**  
**Ho se rechaza**

**TABLA N° 07**  
**ESTILO DE AFRONTAMIENTO POR INDICADORES PERSONALES**  
**DE LOS PACIENTES CON CÁNCER. HOSPITAL FÉLIX**  
**MAYORCA SOTO DE TARMA 2014**

		ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	
Rho de Spearman	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	87
	Edad	Coefficiente de correlación	,085
		Sig. (bilateral)	,433
		N	87
	Sexo	Coefficiente de correlación	,003
		Sig. (bilateral)	,977
	N	87	
	Instrucción	Coefficiente de correlación	,015
		Sig. (bilateral)	,889
		N	87
	Ocupación	Coefficiente de correlación	,042
		Sig. (bilateral)	,696
		N	87
	Estado Civil	Coefficiente de correlación	,057
		Sig. (bilateral)	,598
		N	87

**Coefficiente de correlación es significativo**

**Ha se acepta**

**Ho se rechaza**



**TABLA N° 08**

**CALIDAD DE VIDA POR INDICADORES PERSONALES  
DE LOS PACIENTES CON CÁNCER. HOSPITAL  
FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014**

			CALIDADDEVIDA
Rho de Spearman	CALIDADDEVIDA	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	87
	Edad	Coeficiente de correlación	-,023
		Sig. (bilateral)	,834
		N	87
	Sexo	Coeficiente de correlación	,108
		Sig. (bilateral)	,319
		N	87
	Instrucción	Coeficiente de correlación	-,112
		Sig. (bilateral)	,300
		N	87
	Ocupación	Coeficiente de correlación	,051
		Sig. (bilateral)	,640
		N	87
	Estado Civil	Coeficiente de correlación	,026
		Sig. (bilateral)	,809
		N	87

**Coeficiente de correlación es significativo**

**Ha se acepta**

**Ho se rechaza**

#### **4.4. Discusión de resultados.**

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso <sup>8</sup>. En función de dicha percepción habrá un amplio rango de diferencias individuales en la respuesta ante distintas situaciones estresantes.

Los pacientes con cáncer generalmente se sienten estresados producto de la enfermedad que padecen, en el estudio efectuado en la localidad de Tarma se ha arribado a las conclusiones siguientes: Los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer son poco adecuados en el 89,7% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 49,5% y que el estilo de afrontamiento cognitivo de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 41,4%. En un estudio efectuado por Mera Paulina C. (2012). “La Relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama”. Chile. En el presente estudio se indagó la relación entre calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. Se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento) con CV, y entre las variables independientes. Un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la CV es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50.7% de la varianza de la CV. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de estos resultados en el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias, así como también las limitaciones de este estudio y sugerencias de futuras líneas de investigación.<sup>2</sup>

La reacción ante el estrés de una situación estaría mediada según Lazarus (1986) <sup>8</sup> por evaluaciones cognitivas que hace el sujeto de la misma y que tratarían de contribuir a la autoregulación en dicha situación. En dichas evaluaciones cognitivas se evalúa el significado de una transacción para el bienestar personal y evalúa su valor potencial de cara al manejo del ambiente; estas evaluaciones se realizan en un cambio constante. Para Lazarus (1986) <sup>8</sup> la autoregulación se realizaría mediante dos tipos de procesos: 1) acciones directas para manejar o cambiar el problema, 2) acciones de tipo paliativo (para cuando se siente que no se puede hacer nada para cambiar la situación), entre las que estarían procesos intrapsíquicos para manejar las emociones (como la negación, evitación o retirada de atención de lo que sucede) y actividades dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés (tomando tranquilizantes, mediante técnicas de relajación, etc.). la enfermedad oncológica provoca un conflicto interno y externo en el paciente y su entorno familiar ya que va asociado generalmente a muerte por la enfermedad.

En otro resultado obtenido se menciona que el estilo de afrontamiento social de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 75,9% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 42,6%. Y el estilo de afrontamiento emocional de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 47,2%. Según el estudio de Sebastián Julia, León Magdalena, (2009). "Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasi-prospectivo de la personalidad tipo c". Bogotá Colombia. Los datos muestran que las pacientes con cáncer obtuvieron puntuaciones más altas en ambas escalas que las mujeres con patología benigna o con mamas normales ( $p < .01$ ). Adicionalmente, se identificaron otras asociaciones significativas entre las escalas y las variables de edad, nivel educativo y maternidad. Estos resultados deben ser tomados con precaución, ya que se necesitan más investigaciones controladas para determinar el papel de las características psicosociales en el inicio del cáncer de mama. <sup>5</sup>

Kaplan (1981) <sup>12</sup> define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante e inmediatamente después de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción. Según Lazarus y Folkman, 1986, Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones. En este se utilizan las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias. Dichas estrategias toman habitualmente la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Las que no son estrictamente cognitivas son: conducta emocional (reír, llorar, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc.; actuando como distractores.

Otro resultado fue que el estilo de afrontamiento espiritual de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala y regular en el 36,8% cada uno de ellos respectivamente. El estilo de afrontamiento físico de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 74,7% de la población y su calidad de vida es regular en el 37,9% porcentaje ligeramente mayor a la calidad de vida mala en el 36,8% de los pacientes.

La relación entre afrontamiento y salud mental está implícita en la propia definición de afrontamiento al ser una acción dirigida a manejar el estrés y reducir sus repercusiones en el individuo, como se ha señalado anteriormente. Si dicho estrés no se puede manejar adecuadamente con dichas estrategias sus efectos nocivos repercuten tanto física como psicológicamente en el individuo, pudiendo llegar a generar auténticos síndromes psiquiátricos.

En estrecha conexión con esta idea estaría lo mencionado anteriormente de que hay estrategias adaptativas y no adaptativas ante una situación que resulta estresante. Las no adaptativas son las que serían más ineficaces en manejar el

estrés de la situación y podrían tener como consecuencia la aparición de diversas alteraciones psicopatológicas. En algunos estudios empíricos se ha hallado esta relación, como en el realizado por Carver y colaboradores (1993) con pacientes de cáncer de mama. En dicho estudio se encontró una relación positiva de mayor malestar psicológico con negación y evitación; así como entre menor malestar psicológico y aceptación y uso del humor. En otro estudio también se ha encontrado la relación entre el tipo de afrontamiento del cáncer y las repercusiones psicológicas de tener un cáncer de mama, habiendo más alteraciones psíquicas en las que pacientes que se enfrentaban a su enfermedad mediante “espíritu de lucha” o con “negación” que en las que se enfrentaban mediante “desamparo desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”. Dichas estrategias de afrontamiento se midieron en el citado estudio con el MAC (Mental Adjustment to Cáncer), que mide más bien adaptación a la enfermedad que afrontamiento.

Otro resultado encontrado fue; el estilo de afrontamiento de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 35,6% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo masculino; 70,2%, con escolaridad de nivel secundaria; 67,9%, de ocupación obrero 42,5%, de estado civil casado 48,3%. Y que la calidad de vida de los pacientes con cáncer es mala en el 19,6% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo femenino; 47,2%, con escolaridad de nivel secundaria; 46%, de ocupación obrero 31,1%, de estado civil casado; 31,1%. Carver y colaboradores (1989) <sup>13</sup> señalan que las diferentes respuestas de afrontamiento son beneficiosas para algunas personas en algunas situaciones mientras que las mismas pueden no serlo para otras personas en otras situaciones. Por ello es importante considerar los condicionantes individuales y situacionales de cada evento estresante.

Los motivos y metas determinan qué es importante para el sujeto en influyen en la evaluación cognitiva, modulando la sensibilidad ante señales del ambiente y condicionando el grado de vulnerabilidad del sujeto (según la importancia que dé a sus motivos o el valor de la meta que esté en juego)

(Lazarus y Folkman, 1986).<sup>8</sup>

Las creencias importantes son las relativas al control personal (a mayor control percibido, menor es la amenaza y viceversa) y las creencias existenciales (religiosas, filosóficas, etc.) (Lazarus y Folkman, 1986).<sup>8</sup>

También influirían los recursos que una persona puede tener para afrontar una determinada situación, y son los siguientes: salud, creencias positivas, habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales. Pero dichos recursos no siempre están disponibles e incluso puede haber restricciones al uso de los mismos que podrían ser personales (valores, creencias, impulsividad, miedo al fracaso, etc.), ambientales (presión social) o bien ser consecuencia de un alto nivel de amenaza percibida (Lazarus y Folkman, 1986).<sup>8</sup>

Las diferencias individuales en cómo se afrontan las situaciones estresantes también pueden tener que ver con que puede haber estilos de afrontamiento habituales, que serían las estrategias suele usar una persona para enfrentarse a las situaciones estresantes de su vida (Carver et al., 1989);<sup>13</sup> aunque esta idea es controvertida ya que según Lazarus y Folkman (1986)<sup>8</sup> el proceso de afrontamiento es algo dinámico que va cambiando según se va enfrentando cada uno a la situación estresante y por lo tanto no habría patrones estáticos de respuesta ante el estrés. Si hubiera un estilo único de afrontamiento, esto podría ser contraproducente porque quitaría libertad y flexibilidad a la persona para enfrentarse a los eventos estresantes que se le presenten (Carver et al, 1989).<sup>13</sup>

A la hora de tener en cuenta las influencias de la personalidad de un sujeto en las estrategias de afrontamiento es importante diferenciar las respuestas disposicionales (o habituales ante el estrés) de las situacionales (ante una situación concreta; ante la que se reacciona en función del significado que se le atribuye) (Carver et al, 1989).<sup>13</sup>

Es posible que las estrategias de afrontamiento que elige una persona deriven de ciertas características de su personalidad, pero en general los rasgos de la

personalidad no parecen ser útiles para predecir de una manera exacta las estrategias de afrontamiento, ya que las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y características de personalidad son débiles (Carver et al, 1989; Rowland, 1989b; Singer, 1983). Por otra parte, sí se ha visto que algunas variables de personalidad tienen que ver con las estrategias de afrontamiento que se usan habitualmente (disposicionales); aunque habría que tener en cuenta la influencia de otras variables distintas en las respuestas de afrontamiento disposicionales que no tuvieran que ver con la personalidad. También se ha señalado la posibilidad de que las variables de personalidad influyan en las respuestas de afrontamiento situacionales (Carver et al, 1989).

## CONCLUSIONES

1. Los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer son poco adecuados en el 89,7% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 49,5%.
2. El estilo de afrontamiento cognitivo de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 41,4%.
3. El estilo de afrontamiento social de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 75,9% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 42,6%.
4. El estilo de afrontamiento emocional de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala con mayor frecuencia; 47,2%.
5. El estilo de afrontamiento espiritual de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 73,6% de la población y su calidad de vida es mala y regular en el 36,8% cada uno de ellos respectivamente.
6. El estilo de afrontamiento físico de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 74,7% de la población y su calidad de vida es regular en el 37,9% porcentaje ligeramente mayor a la calidad de vida mala en el 36,8% de los pacientes.
7. El estilo de afrontamiento de los pacientes con cáncer es poco adecuado en el 35,6% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo masculino; 70,2%, con escolaridad de nivel secundaria; 67,9%, de ocupación obrero 42,5%, de estado civil casado 48,3%.
8. La calidad de vida de los pacientes con cáncer es mala en el 19,6% de pacientes que tienen entre 35-44 años de edad, de sexo femenino; 47,2%, con escolaridad de nivel secundaria; 46%, de ocupación obrero 31,1%, de estado civil casado; 31,1%.



## RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al personal de salud que apliquen un mejor acercamiento al paciente que llega a la consulta, ya que todo lo que ellos desconocen y la incertidumbre que causa la respuesta de afirmación o negación de padecimiento de cáncer ocasiona estrés en los pacientes.
2. El personal de salud deberá de apoyar al paciente en cuanto al conocimiento de la enfermedad-paciente-y ambiente, y que la forma gradual de aceptar la enfermedad es una estrategia muy importante para que el paciente asuma con responsabilidad y confianza el tratamiento a seguir para controlar la enfermedad oncológica.
3. Educar a los familiares de los pacientes sobre la necesidad de aceptar la enfermedad de su paciente y darles confianza en que el tratamiento inmediato y oportuno es la alternativa para controlar la enfermedad oncológica, siendo necesario para ello que su ambiente familiar sea el adecuado para fortalecer los cambios emocionales que ocasiona la enfermedad en el paciente.
4. Fortalecer la fe del paciente según la religión que profesan a través de la invitación de los líderes de su iglesia para que puedan apoyarles espiritualmente en su lucha contra la enfermedad oncológica.
5. Apoyar al paciente en cuanto al tratamiento quimioterápico o quirúrgico como medios de enfrentar la enfermedad oncológica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martín, D., Zanier, J., y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8,175-182.
2. Mera Paulina C. (2012). “La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama”. Chile. Disponible en; [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000300007&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300007&lang=pt) visitado en agosto del 2013.
3. Enríquez Villota, María Fernanda. (2010) “Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno”. España. Disponible en; [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072010000100002&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100002&lang=pt) visitado en agosto 2013.
4. Campos Tavares Jeane Saskya; Leny Alves Bomfim Trad. (2009). “Las familias de mujeres con cáncer de mama: desafíos asociados al cuidado y a los factores de afrontamiento”. Brasil. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000200012&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200012&lang=pt) visitado en agosto del 2013.
5. Sebastián Julia, León Magdalena, (2009). “Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasi prospectivo de la personalidad tipo c”. Bogotá Colombia. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342009000300006&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000300006&lang=pt) visitado en agosto del 2013
6. García-Viniegras, Carmen Regina Victoria, González Blanco Maritza. (2007) “Bienestar psicológico y cáncer de mama”. La Habana Cuba. Disponible en; [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242007000100008&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100008&lang=pt) visitado en agosto 2013.
7. Várela Berta, Caporale Bettina, y otros: (2007) “Afrontando la posibilidad de

- tener cáncer de mama”. Uruguay. Disponible en; [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000200005&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200005&lang=pt) visitado en agosto del 2013.
8. Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
  9. Lipowski, Z. (1970): Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
  10. Weisman, A.-Worden, J. (1977): Coping and vulnerability in cancer patients: a re-search report. Cambridge: Shea Nros.
  11. Pearlin, L.- Schooler, C. (1978): The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
  12. Kaplan, Stanley and B. John Garrick (1981) “On the Quantitative Definition of Risk”, *Risk Analysis*, vol. 1, pp.11-27.
  13. Carver, C.S. Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56,267-283. 1989
  14. Rotter, J.B. (1966). *Psicología clínica*. Buenos Aires: UTEHA. MedlinePlus
  15. Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
  16. Dunkel-Schetter y colaboradores (1992). Patterns of coping with cáncer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
  17. . Cáncer de mama. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>. Consulta: 7 de junio de 2008.
  18. Colombia. Ministerio de Salud. Salud mujer: Guía para el diagnóstico temprano de la patología mamaria. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE; 2000.
  19. Serman Felipe. Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. *Perspectivas en Prevención y Tratamiento*. En

- Revista Chilena Obstetricia y ginecología; Volumen 67. No 4. Chile. 2002.  
Pags. 318-323.
20. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Prevención, Detección y Diagnostico. Prevención y detección del Cáncer. Año 2004. Pags. 10 y 17.
  21. Ortiz Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2004 Pags. 148-154.
  22. Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Publica en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Publica y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2002. Pags. 42-52.
  23. Aranda Flores Carlos Eduardo. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. En Revista GAMO. Vol. 8 (1). Año 2009. Pags. 1-4.
  24. Vasallo y Barrios. Actualización Ponderada de los Factores del Cáncer. Montevideo. Año 2003. Pags. 1-3.
  25. Valdés Caravero Rosario. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. En Revista Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 22. Colombia-Bogotá. Año 2004. Pags. 49-59.
  26. DMedicina.com Salud y bienestar. Disponible en; <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-prostata.html> Unidad Editorial Revistas, S.L.U. visitado en julio 2014.
  27. Cardona D, Agudelo HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Fac Nacional de Salud Publica 2005; 23 (1): 79-90.
  28. Rodado C, Grijalba E. La tierra cambia de piel: una visión integral de la calidad de vida. 2ed. Bogotá D.C: Planeta; 2001.
  29. Erikson R. Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En: Sen A, Nussbaum M (comp.). La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.

30. Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar y felicidad, nivel de vida y calidad de vida. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/2activ/seminario/miembros/sison/ii16/default.html>. Consulta: junio 15 de 2008
31. Sen A, Nussbaum M (comp.) La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
32. Moons P, Budas W, de Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. En: García V. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008.
33. García CR. El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. Revista Electrónica de Psicología Iztacala 2005; 8(2).
34. Organización Mundial de la Salud. Programa envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (Supl 2):74-105.
35. Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con cáncer. En: IV Jornadas de jóvenes investigadores Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires; 2007: 1-16.

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ANEXO N° 01**

**INVENTARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
(COPING RESOURCES INVENTORY), CRI**

**I DATOS GENERALES:**

**Edad:**

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. 15-24 años ( ) | 2. 25-34 años ( )   |
| 3. 35-44 años ( ) | 4. 45 a 54 años ( ) |
| 5. 55-más ( )     |                     |

**3Sexo:**

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1. Masculino ( ) | 2. Femenino ( ) |
|------------------|-----------------|

**Grado de instrucción:**

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1. Primaria ( ) | 2. Secundaria ( ) |
| 3. Superior ( ) |                   |

**Ocupación:**

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| 1. Empleado (a) ( )  | 2. Obrero ( )  |
| 3. Independiente ( ) | 4. Ninguno ( ) |

**Estado Civil:**

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. Soltera(o) ( ) | 2. Conviviente ( ) |
| 3. Casada(o) ( )  | 4. Viuda (o) ( )   |

**II DATOS ESPECÍFICOS:**

<b>ITEMS</b>	<b>VALORACION</b>				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
<p><b>Recurso cognitivo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luché por resolver mi enfermedad</li> <li>• Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés</li> <li>• Deseé que la situación nunca hubiera empezado.</li> <li>• Encontré alguien que escuchó mi problema</li> <li>• Me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.</li> <li>• Hablé con una persona de confianza.</li> <li>• Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.</li> <li>• Pedí consejo a un amigo(a) o familiar que respeto.</li> <li>• Me fijé en el lado bueno de las cosas.</li> </ul> <p><b>Recursos sociales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me culpé a mí mismo</li> <li>• Cambié la forma en que veía la situación</li> </ul>					

<p>para que las cosas no parecieran tan malas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traté de olvidar por completo mi enfermedad.</li> <li>• Hice frente al problema que representaba mi enfermedad.</li> <li>• Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.</li> </ul> <p><b>Recursos emocionales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.</li> <li>• Pasé algún tiempo solo</li> <li>• Me esforcé para resolver los problemas de la enfermedad.</li> <li>• Expresé mis emociones.</li> <li>• Evité estar con la gente.</li> <li>• Me critiqué por lo ocurrido.</li> <li>• Deseé no encontrarme nunca más en esta situación.</li> <li>• Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.</li> <li>• Oculté lo que pensaba y sentía.</li> <li>• Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.</li> <li>• Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.</li> <li>• No dejé que nadie supiera cómo me sentía.</li> <li>• Traté de ocultar mis sentimientos.</li> </ul> <p><b>Recursos espirituales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.</li> <li>• Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir.</li> <li>• Quité importancia a la enfermedad y no quise preocuparme más.</li> <li>• Me recriminé por permitir que esto ocurriera.</li> <li>• Pasé algún tiempo con mis amigos (as).</li> <li>• Me comporté como si nada hubiera pasado.</li> <li>• Mantuve mi postura y luché por lo que quería.</li> <li>• Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.</li> </ul> <p><b>Recursos físicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de forma diferente.</li> <li>• Dejé que mis amigos me ayudaran.</li> <li>• Dejé desahogar mis emociones.</li> <li>• Deseé poder cambiar lo que había sucedido.</li> <li>• Evité pensar o hacer nada.</li> <li>• Me consideré capaz de afrontar la situación.</li> </ul>					
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--



**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**CUESTIONARIO**  
**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER**

**DATOS ESPECÍFICOS:**

<b>ITEMS</b>	<b>VALORACION</b>				
	<b>Muy mal</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante bien</b>	<b>Muy bien</b>
<p><b>FÍSICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo calificaría su calidad de vida?</li> <li>• ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?</li> <li>• ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?</li> <li>• ¿Cuánto disfruta de la vida?</li> <li>• ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?</li> <li>• ¿Cuál es su capacidad de concentración?</li> <li>• ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?</li> </ul>					
<p><b>PSICOLÓGICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?</li> <li>• ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?</li> <li>• ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?</li> <li>• ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?</li> <li>• ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?</li> <li>• ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio (tiempo libre)?</li> </ul>					
<p><b>RELACIONES SOCIALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con su sueño?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?</li> </ul>					
<p><b>ENTORNO Y AMBIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?</li> <li>• ¿Cuán satisfecho está con su transporte?</li> <li>• ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?</li> </ul>					

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER. HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL.</b> ¿Cuál es la relación entre estilos de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con cáncer Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de las pacientes con cáncer. Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL.</b> Los estilos de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida de las pacientes con cáncer.</p>	<p><b>Variable 1.</b> Estilos de afrontamiento.</p>	<p>1. Recurso cognitivo. 2. Recursos sociales. 3. Recursos emocionales 4. Recursos espirituales. 5. Recursos físicos.</p>	<p>Inventario de estilos de afrontamiento (coping resources inventory, CRI)</p>
<p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS.</b> ¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recurso cognitivo con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</b> Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recurso cognitivo con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.</p>	<p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.</b> El estilo de afrontamiento en la dimensión recurso cognitivo se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer.</p>	<p><b>Variable 2.</b> Calidad de vida.</p>	<p>1. Física. 2. Psicológica. 3. Relaciones sociales. 4. Entorno ambiente</p>	<p>Cuestionario; Calidad de vida en pacientes con cáncer.</p>
<p>¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos sociales con la calidad de vida de las</p>	<p>Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos sociales con la calidad de vida de las</p>	<p>El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos sociales se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con</p>		<p>y</p>	

<p>pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?</p> <p>¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos emocionales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?</p> <p>¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos espirituales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?</p> <p>¿Cuál es la relación del estilo de afrontamiento en la dimensión recursos físicos con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014?</p>	<p>pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.</p> <p>Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos emocionales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.</p> <p>Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos espirituales con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.</p> <p>Relacionar el estilo de afrontamiento en la dimensión recursos físicos con la calidad de vida de las pacientes con cáncer en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2014.</p>	<p>cáncer.</p> <p>El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos emocionales se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer.</p> <p>El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos espirituales se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer.</p> <p>El estilo de afrontamiento en la dimensión recursos físicos se relaciona con la calidad de vida de las pacientes con cáncer.</p>			
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--