



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Psicología

Escuela Profesional de Psicología

**Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes
oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional
del distrito de San Juan de Miraflores**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Yosselyn Lidia CABRERA BERNALES

ASESOR

Dra. Ana Esther DELGADO VÁSQUEZ

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cabrera, Y. (2021). *Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Hoja de Metadatos complementarios

Código ORCID del autor	—
DNI o pasaporte del autor	46797122
Código ORCID del asesor	https://orcid.org/0000-0002-5649-1262
DNI o pasaporte del asesor	07364955
Grupo de investigación	—
Agencia financiadora	—
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Juan de Miraflores Latitud: -12.1633 Longitud: -76.9636
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2017 - 2019
Disciplinas OCDE	Psicología https://purl.org/perepo/ocde/ford#5.01.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



UNMSM

Firmado digitalmente por PEÑA
TOMAS Betty Giovanna FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.06.2021 08:44:22 -05:00



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Escuela Profesional de Psicología

Calle Germán Amézaga N.º 375, Lima (Ciudad Universitaria)
Central Telefónica 6197000, anexo 3213, fax 3209

ACTA

Siendo las 11:00 horas del día 18 de junio del 2021, se dieron cita al acto académico de sustentación no presencial (virtual) de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia del Mg. **CARLOS MOISES VELASQUEZ CENTENO**, los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y la postulante al Título Profesional de Psicóloga, Bachiller **CABRERA BERNALES, YOSSELYN LIDIA** quien a invitación del Presidente expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: “**CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICAS MASTECTOMIZADAS DE UN HOSPITAL NACIONAL DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES**”, al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Concluido el acto de sustentación el Presidente del Jurado dispondrá que se suspenda el acceso a la videoconferencia a las personas que no forman parte del jurado para dar inicio a la deliberación y calificación, habiendo obtenido el postulante al Título Profesional de Psicóloga el promedio de:

DIECISIETE (17): Aprobado con mención honrosa

Seguidamente, el Presidente del Jurado dispone se permita al público volver a la videoconferencia, tanto al postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia del Examen de Titulación por la modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.



Firmado digitalmente por
VELASQUEZ CENTENO Carlos
Moises FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.06.2021 20:46:42 -05:00

Mg. CARLOS VELÁSQUEZ CENTENO
PRESIDENTE



Firmado digitalmente por DELGADO
VASQUEZ Ana Esther FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.06.2021 20:36:18 -05:00

Dra. ANA ESTHER DELGADO VÁSQUEZ
ASESORA



Firmado digitalmente por PEÑA
TOMAS Betty Giovanna FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.06.2021 08:45:00 -05:00

Mg. BETY GIOVANNA PEÑA TOMAS
MIEMBRO



Firmado digitalmente por VALENCIA
ROMERO Emir German FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.06.2021 17:37:42 -05:00

Mg. EMIR GERMAN VALENCIA ROMERO
MIEMBRO

A mi familia, por estar a mi lado y apoyarme a cumplir mis sueños y metas, sobre todo a mi madre, quien me enseñó a luchar día a día, con perseverancia. Gracias por tu inigualable forma de amarme. Besos al cielo, mi bella.

A las pacientes oncológicas, luchadoras y valientes, quienes me enseñaron a valorar la vida a pesar de las adversidades y me inspiraron a realizar mi investigación. Gracias por su colaboración.

A mi asesora, Dra. Ana Delgado, por su paciencia y comprensión durante todo el proceso de la investigación. Gracias por hacerme amar la ciencia.

ÍNDICE

RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Formulación del problema	15
1.2 Objetivos	19
1.2.1 Objetivo general	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 Justificación e importancia	22
1.4 Limitaciones	24
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	25
2.1 Antecedentes de investigación	25
2.1.1 Investigaciones internacionales	25
2.1.2 Investigaciones nacionales	30
2.2 Bases teórico – científicas	35
2.2.1 Calidad de vida	35
2.2.1.1 Definición	35
2.2.1.2 Calidad de vida relacionada a la salud	36
2.2.1.3 Calidad de vida en pacientes oncológicos	37
2.2.2 Afrontamiento	39
2.2.2.1 Definición	39
2.2.2.2 Estilos de afrontamiento	40

	4
2.2.2.3 Estrategias de afrontamiento	41
2.2.2.4 Eficacia de las estrategias de afrontamiento	43
2.2.2.5 Afrontamiento ante el diagnóstico del cáncer	44
2.2.3 Generalidades sobre el cáncer	48
2.2.3.1 Definición	48
2.2.3.2 Tratamientos oncológicos	49
2.2.3.3 Incidencia y mortalidad del cáncer	51
2.2.4 Cáncer de mama	52
2.2.4.1 Definición	52
2.2.4.2 Tratamiento	53
2.2.4.3 Incidencia y mortalidad del cáncer de mama en el Perú	54
2.2.5 Psicooncología	55
2.2.5.1 Reseña histórica	55
2.2.5.2 Definición	57
2.2.5.3 Intervención del psicooncólogo	58
2.2.5.4 Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama	59
2.3 Definición de términos básicos	62
2.4 Formulación de hipótesis	62
CAPÍTULO III. MÉTODO	66
3.1 Tipo y nivel de investigación	66
3.2 Diseño de investigación	67
3.3 Variables	67
3.4 Población y muestra de estudio	68
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	69
3.5.1 Ficha de registro personal	69

	5
3.5.2 Entrevista	69
3.5.3 Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30	69
3.5.4 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos	74
3.6 Procedimiento de recolección de datos	80
3.7 Procesamiento y análisis de datos	81
CAPITULO IV. RESULTADOS	83
4.1 Análisis Psicométrico del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30	83
4.2 Análisis Psicométrico del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos	84
4.3 Resultados descriptivos de la investigación	85
4.4 Contrastación de hipótesis	89
CAPITULO V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
5.1 Análisis y discusión de resultados	106
5.2 Conclusiones	113
5.3 Recomendaciones	116
Referencias Bibliográficas	117
Anexo A	125
Anexo B	133
Anexo C	138

ÍNDICE DE TABLAS

<p>Tabla 1 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según su estado civil</i></p>	86
<p>Tabla 2 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según su grado de instrucción</i></p>	86
<p>Tabla 3 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según la localización de su lesión</i></p>	87
<p>Tabla 4 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según el tratamiento inicial</i></p>	87
<p>Tabla 5 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según el tipo de cirugía</i></p>	88
<p>Tabla 6 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de los estilos de afrontamiento que utilizan las pacientes oncológicas mastectomizadas</i></p>	88
<p>Tabla 7 <i>Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento</i></p>	89
<p>Tabla 8 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo</i></p>	90
<p>Tabla 9 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento positivo y no definido</i></p>	90
<p>Tabla 10 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo</i></p>	91
<p>Tabla 11 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y no definido</i></p>	91
<p>Tabla 12 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo</i></p>	92

	7
Tabla 13 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo</i>	92
Tabla 14 <i>Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento rol en función a los estilos de afrontamiento</i>	93
Tabla 15 <i>Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento</i>	93
Tabla 16 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo</i>	94
Tabla 17 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento positivo y no definido</i>	94
Tabla 18 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo</i>	95
Tabla 19 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y no definido</i>	95
Tabla 20 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente Negativo</i>	96
Tabla 21 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo</i>	96
Tabla 22 <i>Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento social en función a los estilos de afrontamiento</i>	97
Tabla 23 <i>Prueba Kruskal-Wallis para Funcionamiento Cognitivo en función a los estilos de afrontamiento</i>	97
Tabla 24 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo</i>	98
Tabla 25 <i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento positivo y no definido</i>	98

Tabla 26	99
<i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo</i>	
Tabla 27	99
<i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y no definido</i>	
Tabla 28	100
<i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente Negativo</i>	
Tabla 29	100
<i>Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo</i>	
Tabla 30	101
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma fatiga en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 31	101
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma dolor en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 32	102
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma náuseas y fatiga en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 33	102
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma disnea en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 34	103
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma insomnio en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 35	103
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma insomnio en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 36	104
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma diarrea en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 37	104
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma estreñimiento en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 38	105
<i>Prueba Kruskal-Wallis para síntoma impacto financiero en función a los estilos de afrontamiento</i>	

Tabla 39	105
<i>Prueba Kruskal-Wallis para calidad de vida global en función a los estilos de afrontamiento</i>	
Tabla 40	134
<i>Análisis de contenido del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 a través del criterio de jueces</i>	
Tabla 41	135
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala de Funcionamiento del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores</i>	
Tabla 42	136
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala de Síntomas del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores</i>	
Tabla 43	137
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala de Estado Global y Calidad de Vida del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores</i>	
Tabla 44	139
<i>Análisis de Contenido del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos a través del criterio de jueces</i>	
Tabla 45	141
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos de la muestra</i>	
Tabla 46	141
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos retirando el ítem 15</i>	
Tabla 47	142
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos retirando el ítem 10</i>	
Tabla 48	143
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos retirando el ítem 1</i>	
Tabla 49	144
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos de la muestra</i>	

	10
Tabla 50	145
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 36</i>	
Tabla 51	146
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 30</i>	
Tabla 52	147
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 8</i>	
Tabla 53	148
<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 23</i>	

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-comparativo que permitió analizar las diferencias que existen en la calidad de vida según los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

Se trabajó con una muestra de 62 pacientes, con edades entre 31 y 65 años. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicas (CAEPO). Se realizó el análisis de ítems y se estableció la validez y confiabilidad de ambos instrumentos.

Se encontró que el estilo de afrontamiento predominante en las pacientes es el estilo positivo, cuyas estrategias de afrontamiento son Enfrentamiento y lucha activa, Autocontrol y de control emocional, y Búsqueda de apoyo social.

Asimismo, se encontró diferencias estadísticamente significativas solo en las escalas de Funcionamiento físico, Funcionamiento emocional y Funcionamiento cognitivo de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento, siendo el estilo positivo el que destacó.

Finalmente, al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas de la calidad de vida, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas.

Palabras claves: Calidad de vida, estilos de afrontamiento, cáncer de mama, mastectomía.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (1996), los individuos valoran su calidad de vida en relación a la percepción del lugar que ocupan en la vida con sus metas, objetivos, expectativas, estándares e intereses, teniendo en cuenta el sistema de valores y el contexto cultural.

Desde el campo de la Psicología, es entendida como aquella respuesta particular y social frente a circunstancias cotidianas, centrándose en la percepción y valoración de ese bienestar, analizando los procesos y elementos que conducen a esa satisfacción (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

En cuanto al afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) refieren que son aquellos mecanismos, tanto cognitivos como conductuales, usados por los individuos con el fin de controlar las situaciones percibidas como desbordantes o estresantes, las cuales pueden ser del exterior o del interior del propio sujeto.

Además, se encuentran los estilos y estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo. Los estilos hacen referencia a aquellas conductas generales que utilizan mayormente sin importar las características de la situación problemática. En cambio, las estrategias, son más específicas, pues estas sí cambian en función a las características del evento (Paredes, 2005, citado por Riveros, 2011).

Ante lo expuesto, Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta y Ortiz (2014) refieren que ante las enfermedades, constituyen un importante impacto en el individuo, por lo cual hacen uso de estrategias de afrontamiento para manejar dicha situación. Asimismo, es necesario evaluar la calidad de vida con la finalidad de conocer el grado de interferencia de la enfermedad en la vida cotidiana de la persona.

Es por ello que ante una enfermedad crónica, como el cáncer, resulta ser una situación devastadora tanto para quien lo padece como para su grupo de apoyo, lo cual repercute también en su entorno social y laboral, cambian su forma de verse a sí misma y a su vida, afectando profundamente su autoconcepto, y su adaptación dependerá de diversos factores como la edad, el sexo, el apoyo familiar, las creencias, la personalidad, el estilo de afrontamiento, entre otros. Para luchar con ello, es imprescindible contar con capacidades físicas y psíquicas que le favorezcan sobrellevar dicho padecimiento y que la percepción de su vida no se vea deteriorada.

De tal manera, la labor del psicólogo está alcanzando un mayor reconocimiento en el ámbito oncológico, dando origen a la Psicooncología, la cual estudia la relación entre los aspectos psicológicos y el cáncer, brindando una atención integral de estos pacientes, respondiendo a sus necesidades psicológicas en las diversas fases de la enfermedad, manteniendo o recuperando su calidad de vida.

Con el fin de aproximarse a lo esbozado, la presente investigación está compuesta por cinco capítulos. En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, el planteamiento de objetivos, la importancia del estudio y las limitaciones de la investigación.

El segundo capítulo, aborda el marco teórico conceptual, en el cual se plantean los antecedentes del estudio, las bases teórico-científicas y todos aquellos puntos sustanciales relacionados con los conceptos de calidad de vida y afrontamiento, asociados al cáncer, y la labor del psicólogo en el campo de la oncología. Asimismo, se plantea el sistema de hipótesis.

En el tercer capítulo, se revisan los aspectos metodológicos como el nivel y tipo de investigación, el diseño metodológico, las variables estudiadas, la población y muestra de estudio, las técnicas e instrumentos utilizados, el procedimiento de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y el análisis estadístico de los datos.

En el cuarto capítulo se plasman los resultados encontrados en la investigación. Finalmente, la discusión de los resultados se expone en el quinto capítulo y se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

En 1996, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como aquella percepción que tiene el sujeto acerca del lugar en el que vive en relación a su entorno cultural y sistema de valores. Dicha percepción se encuentra influenciada por sus propios objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones, tomando en cuenta su salud física y mental, grado de autonomía, relaciones interpersonales y sus propias creencias.

Por su parte, Martínez (2009) añade que dicha valoración subjetiva, ya sea positiva y/o negativa, viene influenciado a que si sus necesidades están siendo satisfechas o se le está negando las oportunidades para lograr su autorrealización con independencia.

De tal manera, la calidad de vida cubre aspectos subjetivos y objetivos para la satisfacción vital, la salud y la capacidad funcional, sobre todo con las dos últimas, ya que es entendida como parte de la autonomía humana (Aresca, Birgin y Blum, 2004). Ante ello, en el 2003, Badia y Lizán (citados por Vinaccia et al., 2005) mencionaron que dicha percepción que tiene el sujeto sobre su bienestar acerca de su salud física, mental y social engloba al concepto de calidad de vida relacionada con la salud.

Si bien la calidad de vida abarca varios aspectos de la vida, en el campo oncológico, su prioridad central es la salud del paciente (Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, 2004). En los pacientes oncológicos, se toma en cuenta la percepción de la enfermedad, evolución y pronóstico para demostrar el nivel de bienestar físico, mental y social, por lo tanto, la calidad de vida es analizada desde una perspectiva multidimensional (Saleeba, 1996, citado por Vinaccia et al., 2005). Asimismo, dicha valoración de la calidad de vida puede verse influenciada por factores psicológicos (Arraras et al., 2004).

Específicamente en pacientes con cáncer de mama, Arraras, Illarramendi, Manterola, Salgado y Domínguez (2007) señalan que la apreciación que hacen sobre su calidad de vida puede estar influenciada por variables biológicas como el estadio, tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, síntomas y pronóstico de la enfermedad; y variables psicosociales como su estado anímico, imagen corporal o relación de pareja, afectados por la enfermedad y tratamientos.

En cuanto al afrontamiento, son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para mejorar las demandas específicas, externas y/o internas, percibidas como excesivas a sus recursos (Lazarus y Folkman, 1986). Asimismo Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) mencionan que Pearlin y Schooler en 1978 y Fernández y Díaz en el 2001, señalan que las estrategias de afrontamiento usados por el individuo tiene como fin disminuir el impacto negativo ante situaciones estresantes y que influye en su bienestar psicológico y la salud.

Factores como la evaluación del individuo ante una situación estresante, las experiencias previas y la disponibilidad de sus recursos adecuados van a determinar el estilo de afrontamiento que adopte el individuo y su éxito dependerá de dichos factores. Ante situaciones altamente estresantes, como lo son las enfermedades crónicas, el uso de estrategias de afrontamiento se convierte en la principal variable mediadora para la adaptación del paciente (Contreras et al., 2007; Font y Cardoso, 2009).

En pacientes oncológicos, el afrontamiento dependerá de cómo interprete a la enfermedad y la reacción subsiguiente, es decir, lo que piensa y siente ante el diagnóstico y cómo lo enfrenta para disminuir la amenaza que trae el cáncer. (Castellanos et al., 2010). En 1993, Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig refieren que afrontar la situación del cáncer, por lo general, es una de las actividades de vital importancia para los pacientes, ya que puede determinar el inicio y transcurso de la enfermedad.

En el caso de las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas, Valderrama (2003) menciona que si bien la mastectomía es un tipo de cirugía que tiene por finalidad evitar la proliferación de células cancerígenas y a su vez preservar la vida, que es lo más importante, ello no significa que deje de ser un suceso altamente estresante. Tanto el diagnóstico como la cirugía amenazan la integridad física de la mujer interfiriendo en un afrontamiento adecuado que le permita seguir con el proceso de recuperación y con su vida (Vidal y López, 1999, citado por Valderrama, 2003).

Cada vez se encuentran más investigaciones que relacionan las variables psicológicas con el curso de esta enfermedad, siendo uno de ellos el estrés, específicamente el afrontamiento al estrés (Vinaccia y Orozco, 2005; González, 2004). Cabe resaltar que la enfermedad oncológica está acompañada de repercusiones sociales y psicológicas, en la calidad de vida y en los recursos de afrontamiento que puedan emplear los pacientes (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas, 2008).

Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellos recursos de afrontamiento que favorezcan la calidad de vida del paciente oncológico (Contreras et al., 2007). Sin embargo, se observa que las diversas estrategias de afrontamiento se asocian con las diferentes dimensiones y componentes de la calidad de vida, los cuales suelen verse afectados por la misma enfermedad (Lostanau y Torrejón, 2013).

Este interés por conectar aspectos médicos y psicológicos del cáncer ha originado la disciplina de la Psicooncología, que estudia dicha relación, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas eficaces para tratar la problemática (Alonso y Bastos, 2011).

Debido al incremento de los padecimientos oncológicos, especialmente los de cáncer de mama, y la preocupación por la salud mental de estas pacientes tras pasar por tratamientos de gran impacto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué diferencias existen en la calidad de vida según los estilos de afrontamiento en las pacientes con cáncer de mama después de realizarse una mastectomía en un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Estudiar las diferencias que existe en la calidad de vida según los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar y describir los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden al Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de funcionamiento físico según los estilos de afrontamiento de las pacientes

mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

- Conocer las diferencias que existe en la escala de funcionamiento de rol según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de funcionamiento emocional según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Conocer las diferencias que existe en la escala de funcionamiento social según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de funcionamiento cognitivo según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Conocer las diferencias que existe en la escala de síntoma fatiga según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de síntoma dolor según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas

mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

- Conocer las diferencias que existe en la escala de síntoma náuseas y vómitos según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de síntoma disnea según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Conocer las diferencias que existe en la escala de síntoma insomnio según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de síntoma pérdida de apetito según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Conocer las diferencias que existe en la escala de síntoma diarrea según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de síntoma estreñimiento según los estilos de afrontamiento de las pacientes

oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

- Conocer las diferencias que existe en la escala de impacto financiero según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- Establecer las diferencias que existe en la escala de calidad de vida global según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

1.3 Justificación e importancia

El cáncer es una enfermedad con un compromiso importante y una connotación asociada a una situación “terminal”, la mayoría de los pacientes experimentan este diagnóstico como uno de los acontecimientos más traumáticos y perturbadores, que a pesar del gran avance en el tratamiento y de la difusión pública, sigue siendo en la actualidad una enfermedad muy temida, considerada como una enfermedad incurable, de sufrimiento, incapacidad y muerte (Martínez, 2009 y Cruzado, 2010).

Según los datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017), en Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado un aumento en las tasas de incidencia y mortalidad. Desde el 2015 y por primera vez, el cáncer representa la primera causa de muerte en el país

ocasionando 130 defunciones por cada cien mil habitantes (Ramos, 2019), especialmente en las mujeres que, por el temor y el desconocimiento no acuden a realizarse los chequeos preventivos para detectar a tiempo la enfermedad (Liga contra el cáncer, 2019).

En el Perú, la institución Liga contra el cáncer (2019) señala que el 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad. Los tipos de cáncer más letales en la mujer peruana es el cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, que al año se detectan 11 mil 88 nuevos casos y 3 mil 694 fallecen a causa de estas enfermedades.

La relevancia de estas cifras despertó el interés de múltiples investigadores en estudiar diferentes variables psicológicas que podrían intervenir en el proceso de la enfermedad oncológica. En nuestro medio no hay muchos estudios que se hayan realizado sobre cómo la calidad de vida difiere según los estilos de afrontamiento en pacientes mastectomizadas.

El rol del psicólogo en este proceso es importante en la medida que ayuda a los pacientes a sobrellevar sus dificultades, a recuperarse emocionalmente y físicamente en todas las vicisitudes en las que estuvo expuesto: Resultado positivo de padecer de cáncer, exámenes, internamientos, quimioterapias, entre otros, a través de un trabajo interdisciplinario con la finalidad de reinsertarlos al ámbito familiar, social o laboral (Missiaggia, 2004).

Conocer la calidad de vida y los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama que han sido sometidas a una mastectomía, constituye un hecho relevante porque permitirá orientar la aplicación de técnicas y procedimientos más eficaces, fomentar programas integrales de prevención y promoción de salud, a su vez, incentivar el trabajo multidisciplinario (médico oncólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, etc.) para disminuir la incidencia y mortalidad de dicha enfermedad. Por lo tanto, son importantes estas informaciones para el propósito de plantear alternativas de tratamiento psicológico para una mejor atención a estos pacientes.

Esta investigación permitirá proveer de instrumentos válidos y confiables para la evaluación de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos, específicamente en pacientes con cáncer de mama.

1.4 Limitaciones

El alcance de la investigación se ve limitado por el método de muestreo utilizado, por ser un tipo de muestreo no probabilístico de tipo intencionado, los resultados no podrán ser generalizados a otra población, serán útiles para el ámbito de aplicación del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Los trabajos que anteceden de investigación se presentan en dos apartados: Las investigaciones en el ámbito internacional y las investigaciones en el ámbito nacional, las cuales dan fundamento el marco teórico.

2.1.1 Investigaciones internacionales

Entre las investigaciones internacionales previas y relacionadas al tema de estudio se encuentran las siguientes:

Moreno, Gutiérrez y Zayas (2017) describieron el afrontamiento ante la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Participaron 14 pacientes que asistieron al servicio de oncología del Hospital 10 de Octubre de la

Habana, Cuba. Se utilizó como instrumentos la entrevista semiestructurada al paciente y al familiar, la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud de Wallston. Se halló que las pacientes mostraron predominio por el estilo de afrontamiento centrado en el problema, usando estrategias de búsqueda de apoyo social y planificación, asociadas a creencias positivas de control interno y externo, creencias de optimismo y de religiosidad, y una adecuada percepción de apoyo social en todas sus funciones. Aquellas que mostraron un estilo de afrontamiento centrado en la emoción utilizaron estrategias de distanciamiento y autocontrol, asociadas a creencias negativas de identidad y locus de control externo. La percepción de la salud, energía y recursos materiales no fueron determinantes para la elección del estilo y estrategia de afrontamiento.

Torrecilla, Casari y Rivas (2016) estudiaron el afrontamiento y la calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas, su muestra estuvo conformada por 80 mujeres, entre 21 a 55 años de edad, con tratamiento oncológico, procedentes de un hospital de atención pública de la Provincia de Mendoza, Argentina, se les administró el Cuestionario General de Calidad de Vida para Pacientes con Cáncer EORTC QLQ-C30, en su versión española, y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A). Se halló que las estrategias que mayormente utilizaron fueron las estrategias pasivas o de evitación al problema, específicamente evitación cognitiva y descarga emocional. Para la primera estrategia, se

encontró que correlacionaba negativamente con funcionamiento de rol, emocional y social, mientras que correlacionaba positivamente con la dimensión de insomnio. En cuanto a la segunda estrategia, correlacionó de manera negativa con funcionamiento cognitivo, físico, de rol, emocional y la dimensión fatiga, y correlacionó positivamente con disnea, náuseas y vómitos y la escala de calidad de vida global.

Hidalgo-Troya, Pantoja-Córdoba, Sañudo-Vélez y Rocha-Buelvas (2016) estudiaron la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes oncológicos en diversos estadios de cáncer en una unidad oncológica de Nariño, Colombia. Constituyeron la muestra 120 pacientes, de los cuales 97 eran mujeres y 23 varones, con edades entre 22 y 80 años, de la institución proveedora de servicios Cooemsanar IPS, en Pasto, entre los meses de junio y julio de 2010. Se utilizaron la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (SF-36). Se evidenció que el tipo de afrontamiento que utilizaron con más frecuencia fue la actitud positiva, y la orientación positiva, mientras que los que utilizaron con menor frecuencia fueron la preocupación ansiosa y la desesperanza. En cuanto a la calidad de vida, se evidenció que era favorable, aunque su relación con el afrontamiento difiere en cada estadio del cáncer. Por lo tanto, los pacientes con afrontamiento más adecuado tenían mayor calidad de vida o viceversa.

Moreno (2016) realizó una revisión bibliográfica para conocer las diferentes estrategias de afrontamiento que adoptan los pacientes con cáncer y cómo repercute la elección de las mismas en la calidad de vida de estas personas. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica desde el mes de noviembre de 2015 hasta marzo de 2016, encontrando 25 publicaciones científicas en los últimos 10 años, de las bases de datos de PubMed y de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Encontró que existían una variedad de definiciones propuestas por distintos autores sobre las estrategias de afrontamiento, las cuales podían agruparse en dos grandes grupos: Estrategias de afrontamiento activas o positivas y estrategias de afrontamiento pasivas o negativas. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos influían y tenían una relación directa con su calidad de vida. De tal manera, que el afrontamiento activo o positivo se relacionaba de manera positiva con una mejor calidad de vida, mientras que el afrontamiento pasivo o negativo estaba relacionado con una peor calidad de vida. Además, existían diversas variables que influían en la elección de las estrategias de afrontamiento, tales como el sexo, la edad, las creencias religiosas y el apoyo familiar.

Rodas (2016) estudió la relación entre los estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos hospitalizados en el Instituto del Cáncer de SOLCA Cuenca, Ecuador. La muestra estuvo conformada por 70 personas que acudieron por dos meses a la clínica, de las cuales el 48.6% eran adultos, con edades entre los 40 y 64 años. Se les

administraron el formulario de datos demográficos y características del cáncer, el Inventario de Recursos de Afrontamiento de Hammer y Marting (CRI) y la Escala de Karnofsky para Calidad de vida. Se encontró que cerca del 60% de los pacientes obtuvieron puntajes altos en afrontamiento, quienes utilizaron los recursos emocionales y espirituales para enfrentar a la enfermedad. Asimismo, el 54.3% de la muestra expresaron una calidad de vida buena. Se encontró que existía una relación significativa entre el afrontamiento y la calidad de vida.

Villalta (2016) analizó en su estudio la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, de cirugía conservadora y mastectomía radical modificada, que recibían tratamiento adyuvante. La muestra la conformaron 40 pacientes del Hospital SOLCA Núcleo de Loja, en Ecuador, con un rango de edad de 30 a 80 años, de las cuales el 80% fueron intervenidas con mastectomía radical modificada y un 20% se sometieron a una cirugía conservadora. En cuanto a la terapia adyuvante, el 58% recibieron quimioterapia. Se les aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes con cáncer EORTC QLQ – C30. Los resultados mostraron que no existía diferencia significativa con el tipo de cirugía, ambas refirieron una buena calidad de vida relacionada a la salud. No obstante, la cirugía conservadora proporcionó una mejor puntuación en la medición del EORCT QLQ – C30 a diferencia de la mastectomía radical modificada, predominando las dimensiones funcionales: Física, rol, emocional y social; en cuanto a la sintomatología, manifestó menor fatiga

y dolor, con excepción del insomnio y la anorexia, que se encontrarían presentes en ambas intervenciones.

Bueno (2015) orientó su estudio a los procesos de afrontamiento o ajuste a la enfermedad y al análisis de sus repercusiones sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. La muestra estuvo conformada por 107 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama primario, uni o bilateral, no metastásico, intervenidas quirúrgicamente y con tratamiento adyuvante, en la Unidad de Mama del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, España. Se empleó la Escala de Ajuste Mental (MAC), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (EORTC QLQ-C30) y el módulo específico para el Cáncer de Mama (EORTC QLQ-BR23). Se encontró que el espíritu de lucha predecía buena calidad de vida relacionada con la salud un año después del tratamiento y no se encontró un efecto mediador de la ansiedad y depresión. Se identificaron dos ejes de ajuste a la enfermedad, activo (espíritu de lucha y la minimización) y pasivo (desamparo o indefensión y la reactividad emocional). Asimismo, se halló que los estilos de afrontamiento variaban a lo largo del tiempo y durante el tratamiento. La prevalencia de ansiedad y depresión también variaban a lo largo del tiempo, con mayor incidencia a los seis meses del tratamiento. La calidad de vida se deterioraría durante el primer año de tratamiento de forma significativa.

2.1.2 Investigaciones nacionales

En cuanto a las investigaciones nacionales previas y relacionadas al tema de estudio se encuentran las siguientes:

Chambi (2018) estudió la relación entre la calidad de vida y afrontamiento de los pacientes con cáncer que recibían quimioterapia ambulatoria. La muestra estuvo conformada por 95 pacientes oncológicos que asistieron al tratamiento de quimioterapia ambulatoria en los meses septiembre a diciembre del 2017, del Hospital III Goyeneche-Arequipa. Se les administró el Cuestionario FACT-G y el Cuestionario MAC. Se encontró que existía una correlación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el afrontamiento de los pacientes con cáncer. Con respecto a la calidad de vida global, el 62% de la población se encontraba en la categoría regular. Se evaluó cada dimensión de la calidad de vida, en la dimensión de estado físico el 52% presentaba calidad de vida regular, mientras que en la dimensión del ambiente familiar y social, estado emocional y en la capacidad de funcionamiento personal, más del 60% de la población presentaba calidad de vida deficiente. De igual manera, se evaluó cada estrategia de afrontamiento, donde el 94% mostró un espíritu de lucha regular, el 60% mostró no negación, el 81% presentó un fatalismo regular, el 61% se mostró indiferente frente al desamparo y el 93% presentó preocupación ansiosa.

Terán (2018) en su estudio cualitativo describió las estrategias de afrontamiento que utilizaban las pacientes con cáncer. La muestra estuvo

conformada por 42 pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Essalud – Red Asistencial Chiclayo, de los cuales 21 eran mujeres y 21 eran varones, y 41 familiares que compartían la vivienda con el paciente. Se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada; y como instrumento, una guía semiestructurada dirigida a la persona con cáncer y otra guía de entrevista dirigida al familiar. El análisis de contenido reveló que los pacientes utilizaban estrategias de afrontamiento cognitivo, afectivo y conductual. Ello demostró que los pacientes, ante el gran impacto producido por el diagnóstico del cáncer, se sentían susceptibles, que les generaba reacciones psicológicas, con episodios de tristeza y desesperación, lo que los conllevaban a refugiarse en Dios, apoyados por la familia y redes sociales, e indagaban sobre su diagnóstico y tratamiento, adoptando comportamientos agresivo, pasivo y/o adaptativo.

Barrientos y Gonzáles (2015) estudiaron como se relacionan las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas. La muestra la conformaron 50 mujeres mastectomizadas que conformaban el Club de la Mama. Se empleó como instrumentos la ficha de recolección de datos, la Escala de Estimación de Afrontamiento de COPE y la Escala de Evaluación Funcional de la Calidad de Vida FACT-B. Se halló que la población presentó una calidad de vida regular. En lo que se refiere a las estrategias más utilizadas fueron la planificación (estilo de afrontamiento enfocado al problema), acudir a la religión (estilo enfocado a la emoción) y el

desentendimiento mental (estilo de afrontamiento enfocado a la percepción), pero siendo este último el estilo menos empleado. Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida.

Núñez (2015) estudió la calidad de vida en pacientes con cáncer que recibían quimioterapia ambulatoria según la escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas. La muestra la conformaron 80 pacientes con cáncer que fueron atendidos y sometidos a quimioterapia ambulatoria, en diferentes estadios de cáncer, que residían en el albergue Padre Robuscini. El instrumento utilizado fue el Cuestionario EORTC QLQ-C30. En los resultados se encontró que un porcentaje significativo de pacientes considerando la escala global evidenciaban una baja calidad de vida. En lo que se refiere a la escala funcional, a nivel físico, emocional y social, presentaban baja calidad de vida. En la escala de síntomas, según el ítem dificultad financiera, se observó una calidad de vida baja y el nivel del dolor había afectado la calidad de vida.

Granados y Chanduví (2014) en su estudio buscaron la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 43 pacientes de un hospital de Chiclayo, que asistieron al servicio de oncología entre setiembre y octubre de 2014, con edades que fluctuaron entre los 30 y 60 años. Para la recolección de datos aplicaron el Inventario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y el Inventario de Estimación de Afrontamiento

al Estrés COPE. No se encontró asociación significativa entre la calidad de vida y una estrategia específica de afrontamiento al estrés, pero se observó la predominancia de tres estrategias: El acudir a la religión, reinterpretación positiva y planificación. En cuanto a la calidad de vida, la mayoría de los pacientes alcanzó niveles muy alto (47%) y alto (44%). Asimismo, el cáncer de mama se presentó con mayor prevalencia.

Manrique y Mejía (2014) estudiaron como se relacionaban las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. La muestra estuvo constituida por 70 mujeres del servicio de oncología del Hospital III Goyeneche, con edades entre 46 a 61 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala FACT-B y el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). Se encontró que las estrategias de afrontamiento que predominaron fue el espíritu de lucha y preocupación ansiosa; en cuanto a la calidad de vida global, el 74.29% se encontraba en la categoría regular. Asimismo, se encontró que existía relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida.

Espil (2014) en su estudio determinó la calidad de vida en mastectomizadas, cuya muestra estuvo conformada por 60 pacientes con mastectomía radical modificada tipo Madden por cáncer de mama con o sin tratamiento coadyuvante, libres de enfermedad y que acudían a control en el consultorio de cirugía oncológica del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, Trujillo. Se les administró el Cuestionario de Salud SF-12. Se encontró que la calidad de vida de las pacientes

mastectomizadas sin tratamiento coadyuvante era buena, donde el componente físico y mental era bueno; en el caso de las mujeres mastectomizadas que recibieron quimioterapia, su calidad de vida era mala, tanto en sus componentes físico y mental; en el caso de las pacientes mastectomizadas que recibieron radioterapia y quimioterapia, la calidad de vida en salud también era mala, donde el componente físico alcanzó buena calidad de vida y el componente mental mala calidad de vida; en las pacientes mastectomizadas independientemente si recibieron o no algún tratamiento coadyuvante tuvieron una calidad de vida global mala, donde el componente físico alcanzó buena calidad de vida y el componente mental una mala calidad de vida.

2.2 Bases Teórico – Científicas

2.2.1 Calidad de vida

2.2.1.1 Definición

Salas y Grisales (2010) refieren que otorgarle una definición a la calidad de vida se trata de una tarea compleja, en la que es necesario un amplio debate a nivel mundial debido a la variedad de factores que la determinan y las dimensiones que abarca; la dimensión subjetiva, lo que se percibe (bienestar o felicidad) y la dimensión objetiva, que refiere a las condiciones materiales (estado físico del individuo o nivel de vida).

No obstante, el campo de la Psicología define a la calidad de vida como el tipo de respuesta particular y social que se

manifiesta ante diversas situaciones de la vida diaria; es decir, que, a pesar de recoger componentes del bienestar objetivo, la calidad de vida se centra en la percepción y estimación de tal bienestar que producen su satisfacción (Moreno y Ximénez, 1996).

La ciencia de la salud ha tomado un gran interés por estudiar la calidad de vida por el hecho de que se cuestiona la manera en que los individuos viven luego de someterse a intervenciones o tratamientos con altas probabilidades de causar daños o incapacidades (como avances tecnológicos para prolongar la vida, o la supervivencia de pacientes con enfermedades vistas como incurables). Por lo tanto, resulta relevante valorar la calidad de vida como medida de evaluación.

2.2.1.2 Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) hace referencia a la percepción que posee un individuo con relación a su salud física y psicológica a lo largo del tiempo; asimismo, esta percepción sobre la salud propia es adoptada como un indicador de una necesidad de evaluación de resultados sobre la salud (Romero-Márquez y Romero-Zepeda, 2010; Díaz, 2013).

Missiagia (2004) refiere que autores como Bayés y Aaronson en 1985 y 1988, sostienen que la valoración subjetiva del paciente

sobre su salud involucra aspectos como el estatus funcional, bienestar social y psicológico, y síntomas concernientes a la enfermedad y tratamiento, lo cual da lugar a la calidad de vida asociada a la salud.

Por lo tanto, se define a la CVRS como la medida que considera el paciente que la enfermedad o tratamiento han perjudicado aspectos concretos de su vida: A nivel biológico/fisiológico, conductual, psicológico, laboral, familiar y social (Font, 1994).

Asimismo, Caballo (2006) añade que algunos de los problemas surgidos a partir del proceso de enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos, son las siguientes: Dificultades en la adherencia terapéutica, en las relaciones interpersonales en la familia, con el personal de salud, en la vida social y en el ámbito laboral; así como también problemas en el autoconcepto y autoestima, adaptación a la enfermedad, en la recuperación de la salud, rehabilitación, incapacidad y deterioro o cercanía de la propia muerte.

2.2.1.3 Calidad de vida en pacientes oncológicos

En el campo de la oncología, Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, Duez et al. (1993, citados por Arraras et al., 2011) sostienen que actualmente se considera de gran relevancia

y utilidad a la evaluación de la calidad de vida, a fin de ofrecer los cuidados más óptimos a los pacientes y su entorno.

Missiaggia (2004) señala que Toledo et al., en 1983, refieren que cada vez existen más estudios sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica debido que junto con el tratamiento tiene repercusiones en el funcionamiento del individuo, debido a que traen consigo síntomas y efectos secundarios psicosociales que afectan a su bienestar.

Martínez-Basurto, Lozano-Arrazola, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez y Alvarado-Aguilar (2014) refieren que la enfermedad trae consigo diversas complicaciones, lo cual implica un cambio en los estilos de vida, y con ello diversos conflictos psicológicos que afectan a su desarrollo personal, calidad de vida y posición frente a la enfermedad. Los procedimientos oncológicos, sobre todo la cirugía, conlleva secuelas que limitan y potencializan el desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes.

Por consiguiente, los pacientes oncológicos definen la calidad de vida con base en la comparación de su funcionamiento actual con el anterior, o con las expectativas que poseen sobre su funcionamiento futuro (Portillo-Guerra y Restrepo, 2004).

Respecto a las mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía, Araya y Yáñez (2006) menciona que en un estudio de Velanovich y Szymanski se observó que las pacientes que pasaron por una mastectomía parcial muestran una calidad de vida inferior a una paciente con mastectomía total, pues pese a que su intervención quirúrgica es menos invasiva, ésta se acompaña de la radioterapia.

Villegas (2011, citado por Mendoza, 2017) señala que dependiendo del tipo de la cirugía que se realice, así será su respuesta emocional que experimente, el impacto percibido por la misma y las consecuencias socio laboral, psicológicas, alterando todas las esferas del ser humano. Para la mayoría de las mujeres mastectomizadas representa una crisis personal y difícil de superar, lo cual influye en su calidad de vida.

2.2.2 Afrontamiento

2.2.2.1 Definición

Lazarus y Folkman (1986) lo definen como aquellos esfuerzos de tipo cognitivo y/o de tipo conductual que están orientados a controlar las demandas externas e internas valoradas como estresantes; es decir, se concentra en los cambios que el individuo pone en funcionamiento ante dicha situación, mas no como un rasgo o estilo de respuesta personal (González, 2004).

Según Riveros (2011), para los psicólogos, el afrontamiento es un proceso que implica el esfuerzo del sujeto para manejar las situaciones percibidas como estresantes, tratando de minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones e intentar dominar su entorno. Si el sujeto tiene éxito al solucionar el problema, volverá a utilizar la estrategia ante situaciones similares, de lo contrario usará otra estrategia (Fernández-Abascal, 1997, citado por Riveros, 2011).

2.2.2.2 Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente la situación estresante, responsables de elegir y hacer uso de uno u otro tipo de estrategia (Guevara, Hernández y Flores, 2001).

Según Paredes (2005, citado por Riveros, 2011), los estilos de afrontamiento son tendencias generales que se caracterizan por presentarse con mayor permanencia sin importar la particularidad del evento estresor o las demandas que impone el contexto. Estos tienden a ser comparados con los rasgos de personalidad, pues los individuos actúan de una manera determinada; sin embargo, estos se ajustan y aparecen sólo ante la presencia del estrés.

Cada individuo responde de manera diferente aún si los eventos estresantes son similares para otros; por ejemplo, las enfermedades crónicas o estresores cotidianos. El uso del estilo de afrontamiento conduce a la caracterización e identificación del individuo (Cadena, 2012).

Según Lazarus y Folkman (1986) señalan que el afrontamiento tiene dos tipos de estilos principales:

- *Afrontamiento dirigido al problema*, el sujeto busca modificar la situación o acontecimiento estresante. Este tipo de estilo hace uso de estrategias de resolución de problemas (definir el problema, buscar soluciones alternativas, valorar las alternativas, en base a costo y beneficio, y su aplicación).
- *Afrontamiento dirigido a la emoción*, el sujeto mediante procesos cognitivos busca regular o disminuir el malestar emocional provocado por la situación o acontecimiento estresante. Se introduce estrategias como evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, etc.

2.2.2.3 Estrategias de afrontamiento

Folkman, Lazarus, Dunkel, DeLongis y Gruen (1986, citados por González, 2004) establecen, mediante análisis factorial,

ocho formas o estrategias habituales de afrontar las situaciones de estrés:

- *Confrontación*: Actuaciones y esfuerzos directos y agresivos para modificar la situación.
- *Distanciamiento*: Esfuerzos para alejarse o ignorar el problema.
- *Autocontrol*: Esfuerzos para autorregular sus sentimientos y acciones.
- *Búsqueda de apoyo social*: Acciones en busca de soporte y comprensión, en busca de consejo e información.
- *Aceptación de la responsabilidad*: Reconocer el problema e intentar solucionarlo.
- *Huida – evitación*: Conductas dirigidas a evadir la situación (dormir, comer, beber, etc.).
- *Planificación*: Esfuerzos dirigidos a modificar la situación, de manera analítica, para solucionar el problema.
- *Revaluación positiva*: Esfuerzos por darle un significado positivo al problema, tomando como centro el desarrollo personal

Las respuestas que ejecute el individuo ante el control de situaciones estresantes dependerán de las conductas que disponga, de manera estructurada o no en una “pauta

comportamental” (estrategia), la cual incluye la capacidad y habilidad para llevarlas a cabo. Asimismo, tales conductas o recursos dependerán del contexto social y cultural (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

2.2.2.4 Eficacia de las estrategias de afrontamiento

Según Valderrama (2003) autores como Conway, Terry, Carver, Scheier, Spiriro et al., Vitaliano et al., Forsythe y Compas consideran que la eficacia de las estrategias de afrontamiento dependerá en la medida que el sujeto controla la situación problemática, haciendo uso ya sea de las estrategias dirigidas al problema o a la emoción, la que más se adapte a la situación.

Por consiguiente, si el individuo considera que posee la capacidad de modificar la situación, predominaría el afrontamiento centrado en el problema; de lo contrario, si opta convivir con dicha situación, estaría haciendo uso de estrategias centrado en la emoción (Ornelas et al., 2013).

Según Lazarus y Folkman (1986) las estrategias de afrontamiento no son buenas ni malas, debido a que una estrategia puede resultar efectiva en una situación determinada pero no en otra. Por lo tanto, resulta relevante que, para evaluar la eficacia del afrontamiento se deba considerar el contexto, las

características del individuo y las interacciones de éste y su entorno (Valderrama, 2003).

Como señala Lazarus en 1993, independientemente de los resultados por los esfuerzos en afrontar la situación, éstos pueden ser adecuados cuando se logra regular el estrés y las emociones, o inadecuados cuando el estrés se mantiene y se altera el bienestar emocional. Por ello, es importante mencionar que no existen respuestas de afrontamiento mejores que otras, sino funcionales o no, en la medida que sean útiles para la adaptación del individuo (Ornelas et al., 2013).

2.2.2.5 Afrontamiento ante el diagnóstico del cáncer

Lipowsky (1970, citado por González, 2004) sostiene que una persona que se encuentra con alguna enfermedad afronta su situación haciendo uso de actividades cognitivas y motoras con el objetivo de preservar su salud física y mental, recuperar su funcionalidad que han sido deterioradas de forma reversible y, finalmente, compensar cualquier deterioro irreversible.

De la misma manera, Gonzáles (2004) señala que Moos en 1988 y Moos y Schaefer en 1984 y 1993 refieren que el proceso de afrontamiento ante una enfermedad física empieza desde que el sujeto le otorga un significado a la enfermedad (evaluación cognitiva), pues esta supone una “crisis vital”, determinando así

tareas de adaptación (metas u objetivos) mediante el uso de estrategias de afrontamiento.

Asimismo, los pacientes oncológicos emiten respuestas cognitivas y conductuales para afrontar la enfermedad, comprendiendo la valoración que le da al cáncer y las reacciones subsiguientes para reducir la amenaza que ésta supone (Watson y Greer, 1998, citados por Soriano, 2002).

Ante lo anteriormente expuesto, Fernández (2004) señala que el sufrimiento emocional se debe a la valoración o significado que cada paciente le dé a su enfermedad, mediada por las creencias que tiene con respecto a la imagen corporal y de sí mismo; y la intensidad de éstas va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad.

Las formas en que el individuo afronta la enfermedad oncológica son muy diversas. Los esfuerzos de afrontamiento están centrados, por un lado, en el problema (cómo hacer frente al cáncer y los cambios de vida que conlleva) y por otro, en la emoción (cómo controlar los sentimientos, estados afectivos y gozar del mayor bienestar). Igualmente, pueden emplear estrategias activas, que involucran buscar información, los mejores tratamientos, ayudas instrumentales, etc.; o bien, estrategias evitativas o pasivas como tratar de distraerse, evitar

informaciones que producen ansiedad, delegar las decisiones en otro, etc. Las primeras suelen producir resultados más positivos a medio y largo plazo, mientras las otras suelen ser eficaces a corto plazo, pero que pueden impedir resolver problemas, delegar a otros la aceptación de la situación y dificultar la adaptación a largo plazo (Cruzado, 2010).

En 1989, Moorey y Greer realizaron diversos estudios sobre las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, encontrando cinco tipos: Espíritu de lucha, fatalismo o aceptación estoica, evitación o negación, preocupación ansiosa y desamparo-desesperanza. Además, encontraron que la manera en cómo el paciente enfrenta su diagnóstico influye en el tiempo de supervivencia, de modo que fue más favorable en aquellos pacientes que utilizaban la estrategia de espíritu de lucha y negación, mientras que los que utilizaban la aceptación estoica y desamparo-desesperanza tenían un peor diagnóstico (Alonso y Bastos, 2011).

Según Rodríguez (1995, citado por Calizaya, 2005), afrontar una enfermedad implica realizar tareas, las cuales se pueden dividir en seis categorías:

- a. Reconocer sus síntomas y prevenir las secuelas posteriores (afronte activo).

- b. Aceptar el tratamiento, independientemente de sus secuelas (aceptación, negación, supresión de otras actividades).
- c. Conservar el equilibrio emocional (acudir a la religión, focalizarse en la emoción y liberarla, renuncia conductual o emocional al afrontamiento).
- d. Conservar el sentido de control/competencia satisfactorios y de las relaciones familiares y amigos (búsqueda de apoyo social por razones emocionales).
- e. Prepararse para un futuro incierto, acostumbrándose a vivir con la enfermedad (planificación, postergación del afrontamiento, reinterpretación positiva y crecimiento personal).
- f. Mantener relaciones adecuadas con el personal de salud (búsqueda de apoyo emocional por razones instrumentales).

Se sabe que tanto el diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad oncológica traen consigo un impacto psicológico, no obstante, muchas personas logran adaptarse a la situación y su estado psicológico no difiere de las personas sanas, excepto de los casos depresivos, y es mejor que de aquellas personas con problemas de salud mental. En este sentido, los pacientes oncológicos manifiestan que han mejorado otros aspectos de su vida tras el cáncer, como en la satisfacción en sus relaciones personales (en mujeres) y el crecimiento personal (en varones) (Amigo, 2012).

En el caso de las pacientes mastectomizadas, Martínez-Basurto et al. (2014) señalan que el impacto que causa la mastectomía produce diferentes emociones, y la intensidad con la que se presenten va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuentan. En este sentido, aquellas mujeres que poseen mejores estilos de afrontamiento tendrán un mayor bienestar psicológico.

La instauración, readaptación o adquisición de un nuevo equilibrio funcional constituirán factores de riesgo o de protección que incidirán sobre la calidad de vida del paciente, entendiéndose esto como el resultado de diferentes respuestas que emite el paciente ante la enfermedad, el tratamiento y sus consecuencias (Calizaya, 2005).

2.2.3 Generalidades sobre el cáncer

2.2.3.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (2018) menciona que el cáncer (tumor o neoplasia maligna) designa a un vasto grupo de enfermedades que afecta cualquier parte del cuerpo, debido a que su principal característica es la proliferación acelerada de células anormales que logran extenderse más allá de sus límites, invadiendo partes aledañas del cuerpo o proliferando a otros

órganos, este proceso se conoce con el nombre de metástasis y es la causa principal de muerte.

El cáncer es una enfermedad con un compromiso importante y una connotación asociada a una situación “terminal”, la mayoría de los pacientes experimentan este diagnóstico como uno de los sucesos más traumáticos y perturbadores, que a pesar del gran avance en el tratamiento y de la difusión pública, sigue siendo en la actualidad una enfermedad muy temida, considerada como una enfermedad incurable, de sufrimiento, incapacidad y muerte (Martínez, 2009; Cruzado, 2010).

2.2.3.2 Tratamientos oncológicos

Existen una variedad de tratamientos para combatir el cáncer.

Según Missiaggia (2004) refiere que existen dos métodos:

- Tratamientos locales: La radioterapia y la cirugía, cuyo fin es controlar, destruir o extirpar las células cancerígenas de una zona específica.
- Tratamientos sistémicos: La quimioterapia y la hormonoterapia, cuyo fin es destruir o controlar las células cancerígenas en cualquier parte del cuerpo.

El tipo de tratamiento más adecuado se determinará en función a los objetivos planteados. Dependiendo del tipo de cáncer, el

estado de la enfermedad y las condiciones del individuo, ciertos pacientes pueden recibir un tratamiento en específico o la combinación de estos (Cajaraville, Carreras, Massó y Tamés, 2002).

Los principales tratamientos son los siguientes (Cruzado, 2010):

- Cirugía: Utilizada principalmente para tumores sólidos. Radica en la extirpación del tumor y resección de la zona afectada a fin evitar mayor deterioro del paciente. Además, puede utilizarse para trasplantes, implantes, etc.
- Quimioterapia: Utilización de un fármaco o la combinación de varios con el objetivo de destruir las células neoplásicas; no obstante, este tratamiento puede afectar también a las células sanas. Se puede administrar antes de la cirugía (neoadyuvante) para reducir el tumor o después de la cirugía (adyuvante) para evitar la aparición de tumores nuevos. Los efectos más frecuentes son: Pérdida de cabello (alopecia), fatiga, pérdida de apetito, infecciones, diarreas, náuseas, vómitos y llagas.
- Radioterapia: Se emplea radiaciones para destruir o disminuir las células cancerígenas. Cabe mencionar que no causa dolor, pero produce efectos secundarios temporales como fatiga y quemaduras en la piel.

- Hormonoterapia: Administración de fármacos para aquellos tumores dependientes de las hormonas de crecimiento, bloqueando el crecimiento de células neoplásicas.

2.2.3.3 Incidencia y mortalidad del cáncer

El cáncer constituye uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en el Perú, debido a que genera deterioro en la funcionalidad del individuo y a la alta mortalidad (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

La International Agency for Research on Cancer (IARC) publicó en el 2018 las cifras de incidencia y mortalidad de cáncer a nivel mundial, según la base de datos de las Globocan, encontrándose aproximadamente 18 millones de nuevos casos y 9 millones de muertes por cáncer, tanto para ambos sexos y de todas las edades.

En el Perú, cada año se diagnostican más de 66 mil casos nuevos de cáncer y fallecen más de 32 mil personas a causa de esta enfermedad. Es probable que este aumento se manifieste gracias a factores sociales de la salud, como la pobreza, educación y urbanización; así como a factores de riesgo como consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, bajo consumo de frutas y verduras, sobrepeso y obesidad. Asimismo, se realizan diagnósticos tardíamente, siendo los cánceres de más alta

mortalidad los de próstata, estómago, mama, colorrectal y de cérvix (Ramos, 2019).

Según los Registros Hospitalarios de Cáncer, en el año 2017 se registraron más de 10 mil casos de cáncer, casos procedentes de 47 establecimientos de institutos especializados y hospitales con capacidad diagnóstica, principalmente del MINSA. Asimismo, se encontró que predominan los casos de cáncer (66%) a temprana edad (45 a 69 años) en las mujeres que en los varones. La detección de la enfermedad oncológica se realiza de manera tardía, pues se diagnostica cuando el paciente presenta ya síntomas clínicos (Ramos, 2018).

Por lo tanto, la OMS (2018) refiere que la prevención y control del cáncer tiene como objetivo reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad; asimismo, mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos.

2.2.4 Cáncer de mama

2.2.4.1 Definición

El cáncer de mama se produce cuando las células en el seno empiezan a desarrollarse de manera descontrolada, formando un

tumor maligno. Si bien esta enfermedad oncológica se presenta con mayor frecuencia en mujeres, hay pacientes del sexo masculino quienes la padecen (American Cancer Society, 2019).

La Asociación Española Contra el Cáncer (2018) señala que este tumor puede crecer de tres maneras:

- *Crecimiento local:* Cuando el cáncer crece hacia estructuras próximas como la pared torácica y piel.
- *Diseminación linfática:* Afecta a los grupos ganglionares situados a nivel axilar, en la zona central del tórax y supraclavicular.
- *Diseminación hematológica:* Por medio de los vasos sanguíneos hacia el pulmón, la piel, los huesos y el hígado.

2.2.4.2 Tratamiento

Lendechy (2004) menciona que el tratamiento se determina por el tamaño del tumor y si ha habido extensión en los ganglios u otras zonas del cuerpo:

- Si el tumor mide menos de 1.5 centímetros de diámetro:
Solo cirugía, sin quimioterapia.
- Si el tumor es mayor a 6 centímetros: Quimioterapia posterior a la cirugía (quimioterapia adyuvante).

- Si el tumor mide más de 9 centímetros: Quimioterapia anterior a la cirugía (quimioterapia neoadyuvante).

Missiaggia (2004) refiere que la cirugía es el tratamiento habitual para estas pacientes (también conocida como Mastectomía), la cual se puede ejecutar de diferentes maneras: Mastectomía radical o clásica (extirpación del tumor y de la mama, de los músculos pectorales subyacentes, de la grasa y de los ganglios axilares), mastectomía radical modificada (extirpación de toda la mama, algunos ganglios axilares, grasa y una pequeña sección del musculo pectoral) y mastectomía de conservación o tumorectomía (extirpación del tumor con márgenes sanos del tejido mamario, conservando la mama).

La mastectomía presenta secuelas físicas, dependiendo del tipo de cirugía, tales como: Infección, sangrado, dolor o sensibilidad en el lugar de la cirugía, hinchazón, acumulación de sangre en la herida (hematoma), acumulación de líquido transparente en la herida (seroma), movimiento limitado del brazo o del hombro, entumecimiento en el pecho o el brazo, dolor en las terminales nerviosas (neuropático) de la pared torácica, axila o brazo, y si se extirparon los ganglios linfáticos axilares, el linfedema (American Cancer Society, 2017).

2.2.4.3 Incidencia y mortalidad del cáncer de mama en el Perú

En América Latina, el cáncer de mama es una de las enfermedades oncológicas más frecuentes en las mujeres. Según la International Agency for Research on Cancer, en el 2018 se encontró en nuestro país más de 6 mil nuevos casos de cáncer de mama y el número de muertes por esta enfermedad fueron más de mil personas. En el último registro publicado por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017) detectaron más de mil nuevos casos de mujeres con cáncer de mama.

Como refiere Luna-Abanto (2019), en el Registro de cáncer de base poblacional de Lima Metropolitana, este tipo de neoplasia es la primera causa de muerte en las mujeres peruanas, resultado similar reportado a nivel mundial.

2.2.5 Psicooncología

2.2.5.1 Reseña histórica

La palabra “cáncer” produce gran impacto sobre el paciente y su entorno socio-familiar, llegando a causar graves problemas psicológicos. Ante ello, se requiere que el equipo médico trabaje de manera conjunta con expertos en este tipo de problemáticas; es decir, los psicólogos. (Cirera, 1997, referido por Prieto, 2004). Es así que la psicología ingresa al ámbito Oncológico desde la década de los 70 en Estados Unidos y en los últimos años en Europa, España (Sanz y Modelell, 2004).

Gil y Sirgo (2000) señalan al psiquiatra Arthur Sutherland como referente histórico, quien en 1950 estableció la primera Unidad Psiquiátrica en un hospital oncológico, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York. Es a partir de este punto –y gracias a la labor asistencial, docente y de investigación desarrollada por la doctora Jimmie Holland y su equipo– donde la Psicooncología ha alcanzado un mayor reconocimiento como parte de la atención integral al paciente.

En 1977, Jimmie Holland se convirtió en jefa del Servicio de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) y creó la primera Unidad de Psicooncología. Ella definió los aspectos psiquiátricos, sociales, psicológicos y comportamentales del cáncer; de ahí que su imagen sea transcendental en el desarrollo de la Psicooncología como una subespecialidad clínica que cada vez tiene mayor resonancia en el mundo entero (Die Trill, 2004).

La Psicooncología tras haberse enfocado, casi exclusivamente, en el cuidado del paciente en su tratamiento oncológico, Almanza-Muñoz y Holland (2000) mencionan que su expansión va orientada a la prevención, al riesgo genético, a los aspectos de supervivencia y a la adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y la comunicación médico-paciente.

En el Perú, Ruda (2013) refiere que la Psicooncología es aún poco conocida como área de especialización dentro de las instituciones de salud y educativa. La Sociedad Peruana de Psicooncología se fundó en el 2006, orientada a la capacitación a través de cursos y seminarios; y en el 2009, un grupo de profesionales conformaron la Asociación Peruana de Psicología Oncológica, con el interés de promover y estimular el conocimiento y formación en el área de la Psicooncología.

2.2.5.2 Definición

La aparición de la Psicooncología surge por el interés de estudiar la relación existente entre los aspectos médicos con los psicológicos ante una enfermedad neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas ante su diagnóstico y tratamiento (Alonso y Bastos, 2011).

Cruzado (2010) añade que la Psicooncología actúa en la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y origen del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción del personal médico; además, optimizar los recursos para promover servicios oncológicos de manera eficaz y de calidad.

Enfrentarse al diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, estresantes y temidas por la sociedad, generando malestar psicológico ante situaciones como: La cronicidad, la incertidumbre ante la evolución, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer. Por consiguiente, el interés de la Psicooncología se centra en estudiar los modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas eficaces para la mejora de la calidad de vida del paciente (Alonso y Bastos, 2011).

2.2.5.3 Intervención del psicooncólogo

Die Trill (2013) señala que la figura del Psicooncólogo cada vez cobra mayor relevancia, tanto con los pacientes como con sus familiares, pues requieren una atención especializada durante y después de la enfermedad; de la misma manera, la atención al personal sanitario oncológico resulta importante debido a que muestran mayor interés por integrar aspectos psicológicos en la práctica asistencial y así adoptar un modelo biopsicosocial que contribuya a facilitar la recuperación del paciente. Así, pues, el objetivo vendría a ser la optimización de la calidad de vida y el afrontamiento al cáncer, la muerte o supervivencia de la manera menos dolorosa posible.

Resulta importante mencionar que actualmente es necesaria la atención psicológica en el campo oncológico, pues aún es visto

como una enfermedad con poca o ninguna posibilidad de curación, generando gran impacto emocional (Prieto, 2004). Al ser un impacto negativo para el paciente, la manera de su afrontación repercutirá en su calidad de vida, por ello es necesario el soporte psicológico especializado (Estapé, 2004).

Si bien es cierto, existe aún la controversia de si el apoyo psicológico contribuye o no a mejorar la supervivencia del cáncer, se busca responder a las necesidades psicológicas de los pacientes en las diferentes fases de la enfermedad (Font, 2003).

Por lo tanto, el cáncer –al estar asociado al sufrimiento y vulnerabilidad– afecta no solo a la calidad de vida, sino también a la supervivencia del paciente. De tal manera, la intervención psicológica ha de orientarse a disminuir el sufrimiento, amortiguar el impacto psicológico y facilitar el proceso de adaptación del enfermo y su familia (Arranz, 2006).

2.2.5.4 Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama

La mama es un órgano con connotación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja para las mujeres, Rojas-May (2006) refiere que padecer cáncer en esta zona es percibido y “vivido” de una manera singularmente delicada por las pacientes, siendo uno de los problemas psicológicos más importante la sensación de pérdida real o potencial de la mama.

Asimismo, el autor menciona que estas pacientes se formulan preguntas como: ¿Me voy a morir?, ¿perderé o conservaré mi seno?, ¿seguiré siendo atractiva?, ¿mi familia soportará esta situación?, ¿mi pareja me apoyará?, ¿qué secuelas tendré con los tratamientos médicos en mi cuerpo y en mi estado de ánimo?, ¿qué implicancias económicas va tener mi familia con mi enfermedad?, ¿cómo les digo a mis seres queridos lo que me ocurre?, ¿me están diciendo la verdad o me están ocultando algo?, ¿por qué me enfermé?, entre otras.

Para una mujer, la mastectomía se convierte en una experiencia traumática. Se ha encontrado que aproximadamente un 30% de las mujeres sufren problemas psicológicos, entre ellos: Sentimientos de mutilación y alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, ansiedad, depresión, indefensión, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono (Olivares, 2007).

De tal manera, Font y Rodríguez (2007) señalan que las intervenciones psicológicas en cáncer de mama deben ser consideradas como medidas de soporte complementario, no sustitutivas de los procedimientos médicos, e integradas en

equipos multidisciplinarios. Los beneficios de la intervención psicológica pueden clasificarse en tres enfoques terapéuticos:

- Intervenciones educativo-informativas (counseling): Brindar información necesaria sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontarlo, buscar apoyo, etc.
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales: De acuerdo a la situación y necesidades del paciente se les aplica diversas técnicas terapéuticas, siendo las de mayor utilización las correspondientes al enfoque cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva, terapia de solución de problemas, entrenamiento en destrezas de afrontamiento, relajación, etc.).
- Intervenciones grupales: Facilitar que las pacientes compartan sus experiencias y movilizar procesos de aprendizaje vicario, además de proporcionar información o educar sobre la salud.

El objetivo de los tratamientos psicológicos es ayudar a las pacientes a enfrentar los cambios físicos, emocionales y estilos de vida relacionados a la enfermedad, y los tratamientos médicos. Además, se pueden beneficiar de ello los familiares y amistades involucrados en su soporte. Es recomendable que el tratamiento sea proporcionado de forma individual para la modificación de esquemas de pensamiento y conducta; no

obstante, el tratamiento psicológico es orientado también a nivel grupal, con ello resulta accesible que los pacientes que padecen la misma enfermedad brinden y reciban apoyo emocional de sus pares (American Psychological Association, 2019).

2.3 Definición de términos básicos

- Calidad de vida referida a la salud: Valoración del paciente sobre los diferentes aspectos de su vida con relación a su salud.
- Estilo de afrontamiento: Es el modo en cómo las personas afrontan una situación estresante o difícil en su vida.
- Cáncer de mama: Tumor o bulto maligno, que se caracteriza por el crecimiento anormal de células, de multiplicación incontrolada localizado en la mama.
- Quimioterapia: Uno de los tratamientos de mayor uso que hace uso de fármacos para destruir o controlar el crecimiento de las células cancerígenas.
- Mastectomía: Intervención quirúrgica realizada a pacientes con cáncer de mama, siendo uno de los tratamientos frecuentemente utilizados, que consiste en la extirpación total o parcial de la mama.
- Psicooncología: Especialidad dentro de la psicología de la salud dirigido a pacientes oncológicos, familiares y personal sanitario.

2.4 Formulación de hipótesis

Hipótesis general

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida según los estilos de afrontamiento en las pacientes mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

Hipótesis específicas

- H_{1,1}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de funcionamiento físico según los estilos de afrontamiento de las pacientes mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,2}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de funcionamiento de rol según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,3}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de funcionamiento emocional según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,4}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de funcionamiento social según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,5}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de funcionamiento cognitivo según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

H_{1,6}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma fatiga según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

H_{1,7}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma dolor según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

H_{1,8}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma náuseas y vómitos según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional de San Juan de Miraflores.

H_{1,9}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma disnea según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

H_{1,10}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma insomnio según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

- H_{1,11}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma pérdida de apetito según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,12}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma diarrea según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,13}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntoma estreñimiento según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,14}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de impacto financiero según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.
- H_{1,15}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de calidad de vida global según los estilos de afrontamiento de las pacientes oncológicas mastectomizadas que acuden a un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de investigación

El trabajo puede ser clasificado como una investigación de tipo sustantiva descriptiva, pues se orienta a describirla realidad, con lo cual busca dar principios y leyes generales para organizar una teoría científica (Sánchez y Reyes, 2015).

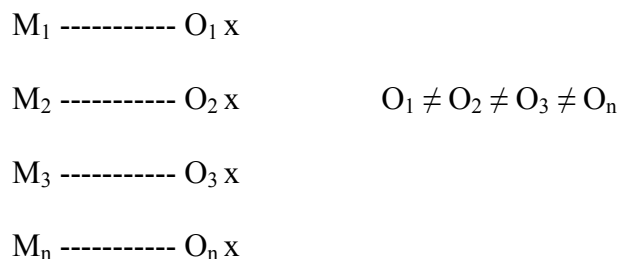
El nivel de investigación es descriptivo, pues tiene por finalidad describir, un fenómeno o situación en una circunstancia témporo-espacial determinada (Sánchez y Reyes, 2015). Esta investigación está orientada a conocer cómo difiere la calidad de vida según los estilos de afrontamiento.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación corresponde al descriptivo comparativo pues se orienta a recoger datos relevantes en dos o más muestras en relación a un determinado fenómeno para luego señalar las características del fenómeno basados en la comparación de la información recopilada, pudiéndose realizar dicha comparación en los datos generales o en una categoría de ellos (Sánchez y Reyes, 2015).

Para Ato, López y Benavente (2013) corresponde a un estudio comparativo de corte transversal pues se analiza las diferencias existentes entre dos o más grupos en un determinado tiempo específico.

El diagrama de este diseño es el siguiente:



M: Muestras de pacientes mastectomizadas según los estilos de afrontamiento

O: Observaciones obtenidas en cada muestra con respecto a su calidad de vida

O_1 a O_n : Comparaciones entre cada una de las muestras, en este trabajo se plantea diferencias (\neq) en la calidad de vida según el estilo de afrontamiento

3.3 Variables

Dado que se trata de un estudio comparativo, las variables a estudiar fueron las siguientes:

Variables de comparación:

- Calidad de Vida: Evaluado con los puntajes del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC-QLQ-C30.
- Estilos de Afrontamiento: Evaluados a través de los puntajes del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos.

Variables Controladas:

- Tipo de cáncer: Cáncer de mama
- Grado de estadio: Los cuatro estadios clínicos, excepto fase terminal.
- Tratamiento: Sometidas a una mastectomía

3.4 Población y muestra de estudio

La población considerada para la investigación estuvo conformada por pacientes oncológicas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores, que asisten al servicio de Oncología, diagnosticadas con cáncer de mama. Anualmente el promedio de pacientes diagnosticadas con cáncer en ese Hospital es de 300 pacientes.

Para determinar los participantes en la investigación se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo intencionado, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, depende de los objetivos del estudio, del

esquema de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella. En este tipo de muestreo quien selecciona la muestra lo que busca es que ésta sea representativa de la población de donde es extraída (Sánchez y Reyes, 2015; Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La muestra está conformada por 62 pacientes del Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores con un diagnóstico clínico de cáncer de mama, quienes ya fueron sometidas a una mastectomía y que asistían a consulta externa.

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Ficha de Registro Personal:

Su aplicabilidad tiene como objetivo el registro de datos básicos de los pacientes, como edad, lugar de nacimiento, ocupación, etc.

3.5.2 Entrevista

La entrevista se utilizó como un medio para establecer el rapport con las pacientes e invitarles a participar en la investigación a realizarse. Adicionalmente, se aprovechó la ocasión para escuchar a las pacientes atentamente sin la pretensión de alguna intervención.

3.5.3 Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC-QLQ-C30

a. Ficha Técnica

Autor : Organización Europea para la
Investigación y Terapia del Cáncer
(EORTC)

Año	:	2002
Versión	:	3.0, adaptación española
Ámbito de aplicación	:	Aplicable a pacientes con cáncer.
Administración	:	Individual
Duración	:	20 minutos aproximadamente
Finalidad	:	Medir y evaluar como el cáncer y tratamiento pueden estar afectando su calidad de vida, en relación a sus diversas áreas de funcionamiento.
Puntuación	:	28 ítems se evalúan mediante escalas Likert de respuesta ordinal con 4 categorías y los ítems 29 y 30 que tienen 7 opciones de respuesta.

b. Descripción

El cuestionario fue creado específicamente para enfermos con cáncer. Tiene una estructura multidimensional y puede ser utilizado en estudios multinacionales por ser un instrumento cuya característica principal es que se ha estandarizado en diferentes países (Juan, 2003).

El QLQ-C30 contiene áreas que están relacionadas con la salud general y el funcionamiento físico, social y emocional que pueden verse afectadas por la enfermedad y los tratamientos. Además, incluyen ítems que valoran síntomas y efectos secundarios de los

tratamientos, pensados para evaluar la calidad de vida en ensayos clínicos y descubrir cómo afectan algunos tratamientos a la calidad de vida de los enfermos.

El cuestionario consta de 30 ítems que se agrupan en cinco escalas funcionales (física, social, emocional, cognitiva y rol); tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos); una escala global de calidad de vida; e ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea e impacto financiero).

Núñez (2015) señala que las escalas se agrupan en 3 áreas:

- Área de estado global de la salud y CVRS: Se refiere a la percepción que el paciente tiene de su estado de salud y de su calidad de vida.
- Área de funcionamiento: Hace referencia a la capacidad del paciente para manejarse cotidianamente, pues tras los tratamientos pueden presentar secuelas físicas que modifiquen la capacidad motora (caminar, lavarse, levantar peso, comer o vestirse) o impidan la realización de sus actividades (a nivel profesional, doméstica o de ocio) debido a que sienta dolor, se sienta cansado o se perturbe su estado de ánimo (ansiedad, depresión, cólera, etc.). Asimismo, se evalúa la capacidad de concentración y memoria, que podrían alterarse a consecuencia

del diagnóstico o tratamientos. Finalmente, se busca conocer cómo la enfermedad afecta a sus relaciones personales, en el ámbito laboral, sentimental, familiar o amical.

- Área de síntomas: Tiene que ver con la sintomatología que puede presentar el paciente, podría sentir náuseas, fatiga, insomnio, dolor, etc. Asimismo, se valora cómo afecta la enfermedad o los tratamientos médicos a la capacidad económica.

En cuanto a la capacidad económica, el tratamiento resulta costoso, lo cual genera estrés y ansiedad tanto para el paciente como para la familia, pues además de ello, presentan gastos adicionales y no previstos, impidiendo que sigan o completen su plan de tratamiento, poniendo en riesgo su salud y generando mayores costos en el futuro (American Society of Clinical Oncology, 2018).

c. Confiabilidad

Arraras (1998, citado por Juan, 2003) menciona que en cuanto a la fiabilidad del instrumento, se observó que siete escalas presentaron coeficientes de alpha de Cronbach entre .65 y .85. Dos escalas presentaron valores inferiores a .60.

En el Perú, Núñez (2015) realizó la confiabilidad de la prueba en una muestra de pacientes oncológicos que recibían quimioterapia

ambulatoria en el albergue Padre Robusccini mediante el coeficiente alpha de Cronbach encontrándose el valor de .94.

d. Validez

Según Arraras y cols. (2002, citado por Juan, 2003) refieren que la validez se comprobó de cuatro formas:

- Se obtuvieron correlaciones moderadas y significativas entre las escalas, lo que indicaba que eran áreas independientes pero que estaban relacionadas.
- En la validez discriminante, se observó que algunas escalas e ítems del cuestionario permitieron diferenciar grupos de pacientes considerando diversas variables clínicas, como estadio tumoral, pérdida de peso, tipo de tratamiento y nivel de toxicidad.
- Asimismo, algunas escalas e ítems del cuestionario diferenciaron entre grupos de pacientes cuyo estado funcional había mejorado entre ambas mediciones.
- El análisis factorial evidenció una estructura similar a la de la mayoría de las escalas.

e. Normas de aplicación

Juan (2003) señala que las respuestas dadas a los ítems refieren a la semana anterior, excepto en la escala de funcionamiento físico del paciente, cuyo marco temporal es el presente. Todos los ítems presentan un formato de escala tipo Likert de cuatro categorías de

respuesta ordinal con excepción de los ítems 29 y 30, que corresponden a la escala global de calidad de vida y que tienen siete opciones de respuesta.

f. Normas de corrección e interpretación

Según el Manual de puntuación de la EORTC QLQ - C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001), la forma de corregir las diferentes escalas es mediante fórmulas, donde primero se calcula el puntaje bruto y con ello obtener las puntuaciones por escalas.

Asimismo, señalan que una puntuación alta en las escalas funcionales indica un alto nivel saludable de funcionamiento, una puntuación alta para el estado de salud global representa una alta calidad de vida, pero una alta puntuación en las escalas de síntomas, representa un alto nivel de sintomatología o problemas.

3.5.4 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO)

a. Ficha Técnica

Autor : María Teresa González Martínez

Año : 2004

Versión : Original en idioma castellano

Ámbito de aplicación : Adultos que padezcan de cáncer u otra enfermedad orgánica con diferentes

grados de gravedad o cronicidad.

Administración	:	Individual
Duración	:	Variable, aproximadamente 25 minutos
Finalidad	:	Evaluación del afrontamiento al estrés mediante 7 dimensiones o escalas.
Puntuación	:	40 ítems se evalúan mediante escalas Likert de respuesta ordinal con 4 categorías.

b. Descripción

El cuestionario recoge información sobre las estrategias de afrontamiento que usa un individuo ante situaciones estresantes a causa del diagnóstico del cáncer, así como por los tratamientos y otras situaciones socio-familiares con relación a la enfermedad (González, 2004).

Asimismo, se compone de 40 ítems distribuidos en siete escalas, que corresponden a una determinada estrategia de afrontamiento. Se dividen en escalas positivas y negativas con 20 ítems cada uno.

Las escalas son:

- a. Escalas positivas: Son aquellas conductas y pensamientos adaptativos, positivos y activos, que enfrentan y/o buscan

soluciones para mejorar la situación o el desequilibrio emocional causado por la enfermedad. Entre ellas se tiene:

- a.1 *Escala de enfrentamiento y lucha activa (ELA)*: El individuo responde ante una situación, valorada como grave y difícil, con los recursos que cuenta.
 - a.2 *Escala de autocontrol y de control emocional (ACE)*: El individuo conduce sus conductas a que desaparezcan o disminuyan los estados afectivos desagradables ocasionados por la enfermedad y lo que ésta implica.
 - a.3 *Escala de búsqueda de apoyo social (BAS)*: La persona considera que es importante para su recuperación el apoyo físico, afectivo y moral de las personas cercanas a él.
- b. Escalas negativas: Son aquellas conductas y pensamientos no adaptativos al valorar la situación como amenazantes, incapaz de enfrentarlo, generando un desequilibrio emocional y excesiva ansiedad, lo cual conlleva a eludir el problema, aceptarlo de manera estoica sin luchar o negarlo de modo pasivo. Entre ellas se tiene:
- b.1 *Escala de ansiedad y preocupación ansiosa (APA)*: El individuo considera la situación como grave y muy amenazante, tiene incertidumbre acerca de la evolución y el futuro de su enfermedad.
 - b.2 *Escala de pasividad y resignación pasiva (PRP)*: El individuo ve su futuro de manera pesimista y fatalista ante

la enfermedad, considera que tiene pocas posibilidades para superar la situación grave.

b.3 *Escala de huida y distanciamiento (HD)*: El individuo intenta escapar o evadir la situación real, actuando de manera pesimista en extremo respecto a su pronóstico.

b.4 *Escala de negación (N)*: El individuo niega la enfermedad y la realidad de la situación.

c. Confiabilidad

La confiabilidad del cuestionario se calculó mediante el coeficiente alpha de Cronbach en las 7 escalas, cuyos coeficientes son elevados y plenamente satisfactorios. Se encuentran distribuidas de la siguiente manera (González, 2004):

- Escala de enfrentamiento y lucha, tiene 9 ítems, confiabilidad de .92.
- Escala de autocontrol emocional, tiene 7 ítems, confiabilidad de .90.
- Escala de búsqueda de apoyo social, tiene 4 ítems, confiabilidad de .89.
- Escala de ansiedad y preocupación, tiene 6 ítems, confiabilidad de .91.
- Escala de pasividad y resignación pasiva, tiene 5 ítems, confiabilidad de .88.

- Escala de huida o distanciamiento, tiene 6 ítems, confiabilidad de .91.
- Escala de negación, tiene 3 ítems, confiabilidad de .78.

Díaz y Yaringaño (2010), realizaron la confiabilidad del cuestionario con pacientes oncológicos, hombres y mujeres con diversos tipos de diagnóstico de cáncer, que acuden al Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM) en Lima, mediante los coeficientes de consistencia interna del alfa de Cronbach para cada una de las escalas. Para el caso del afrontamiento preferentemente positivo, el alfa fue de .64 y en el caso del afrontamiento preferentemente negativo fue de .71.

d. Validez

Se realizó la validez en pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer de cara y cuello procedentes de los hospitales Clínico de Salamanca y Virgen de la Concha de Zamora, España.

d.1 Validez de constructo: Se llevó a cabo a través del análisis factorial exploratorio (siendo los principales componentes con criterio de Kaiser y rotación varimax), en el cual se precisan siete dimensiones en el CAEPO. Asimismo, los valores de las saturaciones factoriales se encuentran entre .64 y .87, ello significa que son muy satisfactorios y permiten confirmar la

validez de las escalas y la estructura factorial del cuestionario CAEPO (González, 2008).

d.2 Validez de criterio: Se utilizó como criterio externo de afrontamiento la información obtenida de los propios pacientes mediante entrevista clínica, no solo en el momento de la aplicación del cuestionario, sino en otros momentos cercanos a dicha evaluación; mediante informaciones de otros profesionales (médicos y enfermeras) y familiares más allegados al paciente. La correlación entre el modo de afrontamiento encontrado mediante el cuestionario u la proporcionada por el criterio fue de 0.69, lo cual indica que la validez criterial resulta satisfactoria (González, 2008).

De igual manera, Díaz y Yaringaño (2010) realizaron la validez del cuestionario en el Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins, en Lima-Perú, en el cual se realizó la validez discriminativa, por lo que se realizó una exploración de las correlaciones entre los modos de afrontamiento y las diversas escalas. Asimismo, se evidencia que con el modo de afrontamiento positivo al estrés correlacionaron directa y significativamente las subescalas autocontrol y control emocional (ACE), enfrentamiento y lucha activa (ELA) y búsqueda y apoyo social (BAS), y con el modo de afrontamiento negativo al estrés correlacionaron de manera directa y significativa las escalas ansiedad y preocupación ansiosa (APA), pasividad y resignación pasiva (PRP), huida y distanciamiento (HD) y negación

(N), datos que concuerdan con lo reportado en el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO).

e. Normas de aplicación

González (2004) menciona que los pacientes deben contestar valorando en qué medida los ítems del cuestionario se ajusta a su manera de pensar y actuar ante su situación. Los ítems se muestran en formato de escala tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta de tipo ordinal.

f. Normas de corrección e interpretación

El afrontamiento se va a determinar en función de las siete escalas de afrontamiento, mediante puntuaciones directas. A partir de estos valores se obtiene dos puntuaciones subtotales; una a las escalas positivas y la otra a las escalas negativas. Para llegar a una única puntuación global con el estilo de afrontamiento predominante, es necesario transformar cada uno de los subtotales en puntuaciones decatipo para que luego obtener las diferencias, se compare el rango y se dé a conocer el tipo de afrontamiento; positivo, no definido y negativo (González, 2004).

3.6 Procedimiento de recolección de datos

Se realizó las coordinaciones necesarias con el Jefe del Departamento de Oncología del Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores. Dada la autorización se procedió a la aplicación de las pruebas seleccionadas y en las

fechas seleccionadas a las pacientes con cáncer de mama que han sido sometidas a una mastectomía, las cuales fueron informadas sobre el fin de las evaluaciones, mediante el consentimiento informado.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

El proceso y análisis de la información recolectada se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

3.7.1 Análisis estadísticos:

Se utilizó estadísticos descriptivos como las frecuencias y el porcentaje para representar las observaciones de manera resumida.

3.7.2 Análisis de contrastación de hipótesis:

- Kruskal-Wallis: Prueba no paramétrica que permite contrastar si la relación entre una variable categórica y una ordinal es estadísticamente significativa (independientemente del número de modalidades de la variable categórica). Si existen diferencias estadísticamente significativas, no significa que esto se den entre todos los pares de subgrupos. Para ello, se realiza un análisis adicional mediante la prueba de Mann-Whitney (Molina y Rodrigo, 2014).

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(N+1)$$

Dónde:

k: Número de muestras o grupos

n_i : Número de puntaje en la muestra i

N: Número de puntaje en todas las muestras combinadas

R_i : Suma de rangos para la muestra i

- La prueba de U de Mann-Withney: Prueba no paramétrica que permite conocer entre qué pares de los subgrupos de una variable categórica dicotómica con una variable ordinal hay diferencias estadísticamente significativa (Molina y Rodrigo, 2014), para ello se comparan las medias de dos grupos independientes (Laguna, 2014).

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Dónde:

U_1 y U_2 : valores estadísticos de U Mann-Whitney

n_1 : Tamaño de la muestra del grupo 1

n_2 : Tamaño de la muestra del grupo 2

R_1 : Sumatoria de los rangos del grupo 1

R_2 : Sumatoria de los rangos del grupo 2

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis psicométrico del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30

4.1.1 Validez

Se estudió la validez de contenido utilizando el método de criterio de jueces, siendo 8 los jueces expertos para que validaran el cuestionario. Los resultados arrojan que los valores en el coeficiente V de Aiken alcanzaron un valor de 1.00. Por lo tanto, se puede señalar que la prueba tiene validez de contenido por el método de criterio de jueces (Escrura, 1989) (Ver anexo B).

4.1.2 Análisis de ítems y confiabilidad

Se realizó el análisis de ítems del inventario para evaluar la consistencia de cada una de sus reactivos utilizando el método de

correlación ítem-test corregida por cada área. Para esta prueba se tuvo que realizar 3 análisis; el primero para analizar los ítems de la escala de funcionamiento, el segundo para la escala de síntomas y el tercero para la escala de estado global y calidad de vida.

En el primer caso, al analizar la escala de funcionamiento se halló que todos los ítems correlacionan cumpliendo los criterios empíricos y se obtiene una confiabilidad de .80. Para el segundo caso, se analizó la escala de síntomas encontrándose que la mayoría de ítems correlacionaban cumpliendo los criterios empíricos establecido (.20, según Delgado, Ecurra y Torres, 2006), a excepción del ítem 16, pero se decide mantener para no alterar la estructura de la prueba, obteniéndose un alfa de Cronbach de .84. Por último, se analizó la escala de estado global y calidad de vida, observándose que obtienen una correlación ítem-test corregida mayor a .20, con una fiabilidad de .76 (Ver anexo B).

4.2 Análisis psicométrico del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO)

4.2.1 Validez

Se estudió la validez de contenido empleando el método de criterio de jueces, siendo 8 los jueces expertos quienes participaron voluntariamente. Los resultados arrojan que los valores en el coeficiente V de Aiken alcanzaron un valor de 1.00. Por lo tanto, se puede señalar

que la prueba tiene validez de contenido por el método de criterio de jueces (Escurra, 1989) (Ver anexo C).

4.2.2 Análisis de ítems y confiabilidad

Se realizó el análisis de ítems del inventario para evaluar la consistencia de cada una de sus reactivos utilizando el método de correlación ítem-test corregida por escala. Para esta prueba se tuvo que realizar 2 análisis; el primero para analizar los ítems de la escala positiva y el segundo para la escala negativa.

Para el primer caso, al analizar la escala positiva se encontró ítems con valores menores al coeficiente de valor empírico establecido (.20, según Delgado, Escurra y Torres, 2006) y con signo negativo, por lo cual no cumplen con los criterios y son eliminados (10,15 y 1) alcanzando una fiabilidad de .82. Con relación a la escala negativa, también se encontró ítems que no cumplían con los criterios y fueron eliminados (36, 30, 8 y 23) obteniéndose un alfa de Cronbach de .73 (Ver anexo C).

4.3 Resultados descriptivos de la investigación

En la tabla 1 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según su estado civil, donde se puede apreciar que la mayoría de las pacientes, 20 (32.3%), son casadas, seguido por las pacientes solteras que son 18 (29.0%), mientras que solo 1 paciente (1,6%) es divorciada.

Tabla 1
Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según su estado civil

Estado civil	f	%
Soltera	18	29.0
Casada	20	32.3
Separada	5	8.1
Divorciada	1	1.6
Viuda	7	11.3
Conviviente	11	17.7
Total	62	100

En la tabla 2 se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según su grado de instrucción. Se observa que 33 pacientes (53.2%) han estudiado hasta el nivel secundaria, seguido por las pacientes que tienen estudios hasta el nivel primaria, 17 (27.4%), mientras que solo 3 de las pacientes (4.8%) no tienen ningún estudio.

Tabla 2
Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según su grado de instrucción

Grado de instrucción	f	%
Ninguno	3	4.8
Primaria	17	27.4
Secundaria	33	53.2
Superior	9	14.5
Total	62	100

En cuanto a la distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según la localización de su lesión o tumor, en la tabla 3 se observa que de la muestra total de pacientes, 36 de ellas (58.1%)

presentaron su lesión en la mama derecha, mientras que las 26 pacientes restantes (43.5%) presentaron su lesión en la mama izquierda.

Tabla 3
Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según la localización de su lesión

Localización de lesión	f	%
Derecha	36	58.1
Izquierda	26	43.5
Total	62	100

En la tabla 4, al analizar la distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según el tratamiento inicial que recibieron, se encontró que solo 35 pacientes (56.5%) recibieron quimioterapia neoadyuvante, mientras que las 27 restantes (43.5%) fueron sometidas a una cirugía.

Tabla 4
Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según el tratamiento inicial

Tratamiento inicial	f	%
Quimioterapia Neoadyuvante	35	56.5
Cirugía	27	43.5
Total	62	100

El análisis de la distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas considerando el tipo de cirugía que se les realizó se presentan en la tabla 5, en la cual se puede apreciar que 49 de las pacientes

(79.0%) fueron sometidas a una cirugía radical, mientras que las pacientes que fueron sometidas a una cirugía de conservación fueron 13 (21.0%).

Tabla 5
Distribución de frecuencias y porcentajes de las pacientes oncológicas mastectomizadas según el tipo de cirugía

Tipo de cirugía	f	%
Radical	49	79.0
De Conservación	13	21.0
Total	62	100

Por otro lado, con respecto al análisis de distribución de frecuencias y porcentajes de los estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes oncológicas mastectomizadas se presentan en la tabla 6, donde se observa que 25 de las pacientes (40.3%) utilizan el estilo de afrontamiento positivo, seguidamente, se observa que hay igual cantidad de pacientes para los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo, 14 pacientes para cada estilo (22.6%).

Tabla 6
Distribución de frecuencias y porcentajes de los estilos de afrontamiento que utilizan las pacientes oncológicas mastectomizadas

Estilos de afrontamiento	f	%
Positivo	25	40.3
Preferentemente Positivo	14	22.6
No definido	9	14.5
Preferentemente Negativo	14	22.6
Total	62	100

4.4 Contrastación de hipótesis

Se hizo el análisis de las comparaciones a través de la prueba Kruskal-Wallis y U de Mann-Withney. A continuación se presentan los resultados obtenidos en las de las hipótesis específicas y con ello se logra deducir la hipótesis general.

Al comparar los 4 estilos de afrontamiento en la escala funcionamiento físico, se encontró que existen diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 10.357 que es estadísticamente significativo. Asimismo, se obtiene un tamaño del efecto grande (Tabla 7). Por lo tanto, se valida la hipótesis H_{1.1}.

Tabla 7
Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Funcionamiento físico	Positivo	25	39.04	10.357*	3	.17
	Preferentemente positivo	14	26.18			
	No definido	9	33.83			
	Preferentemente negativo	14	21.86			

n = 62, *p < .05

Al compararse el estilo de afrontamiento positivo y el preferentemente positivo se observa una diferencia estadísticamente significativa para la escala de funcionamiento físico porque el valor de la U de Mann-Whitney es 99.500 y el Z es -2.296 que son estadísticamente significativos, con un tamaño del efecto mediano (Tabla 8).

Tabla 8
Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento físico	Positivo	25	23.02	575.50	99.500	-2.296*	.38
	Preferentemente positivo	14	14.61	204.50			

n = 39, *p < .05

Cuando se compara los estilos de afrontamiento positivo y el no definido (Tabla 9), se observa un valor de la U de Mann-Whitney de 91.000 y un Z de -.876 que no es estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 9
Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento positivo y no definido

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento físico	Positivo	25	18.36	459.00	91.000	-.876	.15
	No definido	9	15.11	136.00			

n = 34, *p < .05

En la tabla 10, se compara los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo, observándose un valor de la U de Mann-Whitney de 83.500 y un Z de -2.766, por lo que se encuentra diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto mediano.

Tabla 10

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento físico	Positivo	25	23.66	591.50	83.500	-2.766*	.45
	Preferentemente negativo	14	13.46	188.50			

n = 39, *p < .05

Al compararse los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y el no definido (Tabla 11), se observa que el valor de la U de Mann-Whitney es de 45.000 y un Z de -1.174 lo cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, se obtiene un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 11

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y no definido

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento físico	Preferentemente positivo	14	10.71	150.00	45.000	-1.174	.26
	No definido	9	14.00	126.00			

n = 23, *p < .05

Se comparó los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y el preferentemente negativo, se observa que el valor de la U de Mann-Whitney es de 79.000 y el Z de -.905 que no es estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto pequeño (Tabla 12).

Tabla 12

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento físico	Preferentemente positivo	14	15.86	222.00	79.000	-.905	.18
	Preferentemente negativo	14	13.14	184.00			

n = 28, *p < .05

Por último, se comparó los estilos de afrontamiento no definido y el preferentemente negativo (Tabla 13), se observa que el valor de la U de Mann-Whitney es de 38.500 y el Z es de -1.581 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto mediano.

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento físico en función a los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento físico	No definido	9	14.72	132.50	38.500	-1.581	.35
	Preferentemente negativo	14	10.25	143.50			

n = 23, *p < .05

En lo que se refiere al funcionamiento rol, se encontró que no existen diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 0.824 que no es estadísticamente significativo, el tamaño del efecto es nulo, por lo que no se valida la hipótesis H_{1,2} (Tabla 14).

Tabla 14
Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento rol en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ε^2
Funcionamiento rol	Positivo	25	33.56	0.824	3	.01
	Preferentemente positivo	14	29.46			
	No definido	9	31.83			
	Preferentemente negativo	14	29.64			

n = 62, *p < .05

En cuanto al funcionamiento emocional, se encontró que existen diferencias porque el valor de Chi-cuadrada es 9.857 que es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto grande, lo que indica existen diferencias significativas en el funcionamiento emocional entre los estilos de afrontamiento, validándose la $H_{1,3}$ (Tabla 15).

Tabla 15
Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ε^2
Funcionamiento emocional	Positivo	25	38.28	9.857*	3	.16
	Preferentemente positivo	14	34.04			
	No definido	9	21.28			
	Preferentemente negativo	14	23.43			

n = 62, *p < .05

Al compararse el estilo de afrontamiento positivo y el preferentemente positivo se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas para la escala

de funcionamiento emocional porque el valor de la U de Mann-Whitney es 147.000 y el Z es -.847 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto pequeño (Tabla 16).

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento emocional	Positivo	25	21.12	528.00	147.000	-.847	.14
	Preferentemente positivo	14	18.00	252.00			

n = 39, *p < .05

Cuando se compara los estilos de afrontamiento positivo y el no definido (Tabla 17), se observa que existen diferencias estadísticamente significativas para la escala de funcionamiento emocional, con un valor de U de Mann-Whitney de 49.000 y un Z de -2.540 que es estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto mediano.

Tabla 17

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento positivo y no definido

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento emocional	Positivo	25	20.04	501.00	49.000	-2.540*	.45
	No definido	9	10.44	94.00			

n = 34, *p < .05

Se comparó los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas para la escala de funcionamiento emocional, con un valor de U de Mann-Whitney de 97.000 y un Z de -2.327 que es estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto mediano (Tabla 18).

Tabla 18

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento emocional	Positivo	25	23.12	578.00	97.000	-2.327*	.38
	Preferentemente negativo	14	14.43	202.00			

n = 39, *p < .05

Al compararse el estilo de afrontamiento preferentemente positivo y no definido se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas para la escala de funcionamiento emocional porque el valor de la U de Mann-Whitney es de 34.500 y el Z es -1.835 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto mediano (Tabla 19).

Tabla 19

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y no definido

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento emocional	Preferentemente positivo	14	14.04	196.50	34.500	-1.835	.40
	No definido	9	8.83	79.50			

n = 23, *p < .05

Se comparó el estilo de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo (Tabla 20) observándose que no hay diferencias significativas para la escala de funcionamiento emocional porque el valor de la U de Mann-Whitney es de 63.000 y el Z es -1.631 que no es estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto mediano.

Tabla 20

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento emocional	Preferentemente positivo	14	17.00	238.00	63.000	-1.631	.32
	Preferentemente negativo	14	12.00	168.00			

n = 28, *p < .05

En la tabla 21, se muestra la comparación entre los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas para la escala de funcionamiento emocional ya que el valor de la U de Mann-Whitney es de 63.00 y el Z de 0, siendo el tamaño del efecto nulo.

Tabla 21

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento emocional en función a los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento emocional	No definido	9	12.00	108.00	63.00	0	0
	Preferentemente negativo	14	12.00	168.00			

n = 23, *p < .05

En relación a la escala de funcionamiento social, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 1.091 que no es estadísticamente significativo. Asimismo, el tamaño del efecto es pequeño. Por lo tanto, no se valida la hipótesis H_{1.4}. (Tabla 22).

Tabla 22

Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento social en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de Afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Funcionamiento Social	Positivo	25	31.18	1.091	3	.02
	Preferentemente positivo	14	29.96			
	No definido	9	36.78			
	Preferentemente negativo	14	30.21			

n = 62, *p < .05

En cuanto al funcionamiento cognitivo, se encontró que existen diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 8.239 que es estadísticamente significativo. El tamaño del efecto es mediano. Por lo cual, se valida la hipótesis H_{1.5}. (Tabla 23).

Tabla 23
Prueba Kruskal-Wallis para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ε^2
Funcionamiento cognitivo	Positivo	25	37.72	8.239*	3	.14
	Preferentemente positivo	14	30.57			
	No definido	9	30.94			
	Preferentemente negativo	14	21.68			

n = 62, *p < .05

Se comparó el estilo de afrontamiento positivo y preferentemente positivo (Tabla 24) observándose que no hay diferencias significativas para la escala de funcionamiento cognitivo porque el valor de la U de Mann-Whitney es de 135.000 y el Z es -1.299 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto pequeño.

Tabla 24
Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento cognitivo	Positivo	25	21.60	540.00	135.000	-1.299	.21
	Preferentemente positivo	14	17.14	240.00			

n = 39, *p < .05

Al compararse el estilo de afrontamiento positivo y el no definido se observa que no hay diferencias significativas para la escala de funcionamiento cognitivo porque el valor de la U de Mann-Whitney es 84.000 y el Z es -1.247 que no es

estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto pequeño (Tabla 25).

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento positivo y no definido

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento cognitivo	Positivo	25	18.64	466.00	84.000	-1.247	.22
	No definido	9	14.33	129.00			

n = 34, *p < .05

Cuando se compara los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo (Tabla 26), se observa que existen diferencias significativas para la escala de funcionamiento cognitivo, con un valor de U de Mann-Whitney de 88.000 y un Z de -2.741 que es estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto mediano.

Tabla 26

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento cognitivo	Positivo	25	23.48	587.00	88.000	-2.741*	.45
	Preferentemente negativo	14	13.79	193.00			

n = 39, *p < .05

Se comparó los estilos de afrontamiento positivo y no definido, se observa que no existen diferencias significativas para la escala de funcionamiento cognitivo

porque el valor de U de Mann-Whitney es de 61.000 y el Z de -.135 que no es estadísticamente significativo, y el tamaño del efecto es nulo (Tabla 27).

Tabla 27

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y no definido

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento cognitivo	Preferentemente positivo	14	11.86	166.00	61.000	-.135	.03
	No definido	9	12.22	110.00			

n = 23, *p < .05

En la tabla 28, se muestra la comparación entre los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas para la escala de funcionamiento cognitivo ya que el valor de la U de Mann-Whitney es de 69.000 y el Z de -1.390, siendo el tamaño del efecto pequeño.

Tabla 28

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento preferentemente positivo y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento cognitivo	Preferentemente positivo	14	16.57	222.00	69.000	-1.390	.27
	Preferentemente negativo	14	12.43	184.00			

n = 28, *p < .05

Cuando se compara los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo (Tabla 29), se observa que no existen diferencias significativas para la

escala de funcionamiento cognitivo, el valor de la U de Mann-Whitney es de 41.500 y el Z es de -1.431 que no es estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto mediano.

Tabla 29

Prueba U de Mann-Whitney para funcionamiento cognitivo en función a los estilos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Funcionamiento cognitivo	No definido	9	14.39	129.50	41.500	-1.431	.31
	Preferentemente negativo	14	10.46	146.50			

n = 23, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma fatiga, no se encontró diferencias porque se obtiene una Chi-cuadrada de 6.422 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto mediano, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.6}. (Tabla 30).

Tabla 30

Prueba Kruskal-Wallis para síntoma fatiga en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ε ²
Síntoma fatiga	Positivo	25	25.12	6.422	3	.10
	Preferentemente positivo	14	32.57			
	No definido	9	39.89			
	Preferentemente negativo	14	36.43			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma dolor, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 6.170 que no es estadísticamente

significativo, observándose un tamaño del efecto mediano. No se valida la hipótesis H_{1.7}. (Tabla 31).

Tabla 31
Prueba Kruskal-Wallis para síntoma dolor en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Síntoma dolor	Positivo	25	27.98	6.170	3	.10
	Preferentemente positivo	14	26.54			
	No definido	9	35.28			
	Preferentemente negativo	14	40.32			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma náuseas y vómitos, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 0.760 que no es estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto nulo, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.8}. (Tabla 32).

Tabla 32
Prueba Kruskal-Wallis para síntoma náuseas y vómitos en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Síntoma náuseas y vómitos	Positivo	25	30.00	0.760	3	.01
	Preferentemente positivo	14	31.50			
	No definido	9	34.50			
	Preferentemente negativo	14	32.25			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma disnea, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 6.235 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto mediano; por lo que no se valida la hipótesis H_{1.9}. (Tabla 33).

Tabla 33
Prueba Kruskal-Wallis para síntoma disnea en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ε^2
Síntoma disnea	Positivo	25	30.02	6.235	3	.10
	Preferentemente positivo	14	27.50			
	No definido	9	34.06			
	Preferentemente negativo	14	36.50			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma insomnio, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 4.191 que no es estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto mediano. No se valida la hipótesis H_{1.10}. (Tabla 34).

Tabla 34
Prueba Kruskal-Wallis para síntoma insomnio en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ε^2
Síntoma insomnio	Positivo	25	29.36	4.191	3	.07
	Preferentemente positivo	14	31.36			
	No definido	9	27.00			
	Preferentemente negativo	14	38.36			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma pérdida de apetito, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 2.619 que no es estadísticamente significativo, observándose un tamaño del efecto pequeño, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.11}. (Tabla 35).

Tabla 35

Prueba Kruskal-Wallis para síntoma pérdida de apetito en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Síntoma pérdida de apetito	Positivo	25	29.82	2.619	3	.04
	Preferentemente positivo	14	28.14			
	No definido	9	35.94			
	Preferentemente negativo	14	35.00			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma diarrea, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 2.574 que no es estadísticamente significativo y el tamaño del efecto es pequeño, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.12}. (Tabla 36).

Tabla 36

Prueba Kruskal-Wallis para síntoma diarrea en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Síntoma diarrea	Positivo	25	29.20	2.574	3	.04
	Preferentemente positivo	14	32.54			
	No definido	9	34.67			
	Preferentemente negativo	14	32.54			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma estreñimiento, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 3.257 que no es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto pequeño, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.13}. (Tabla 37).

Tabla 37

Prueba Kruskal-Wallis para síntoma estreñimiento en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Síntoma estreñimiento	Positivo	25	27.86	3.257	3	.05
	Preferentemente positivo	14	32.39			
	No definido	9	33.33			
	Preferentemente negativo	14	35.93			

n = 62, *p < .05

En cuanto a la escala de síntoma impacto financiero, no se encontró diferencias porque se obtiene un valor de Chi-cuadrada de 0.910 que no es estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto nulo, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.14}. (Tabla 38).

Tabla 38
Prueba Kruskal-Wallis para síntoma impacto financiero en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Síntoma impacto financiero	Positivo	25	33.06	0.910	3	.01
	Preferentemente positivo	14	33.07			
	No definido	9	28.39			
	Preferentemente negativo	14	29.14			

n = 62, *p < .05

Finalmente, en cuanto a la escala de calidad de vida global, no se encontró diferencias porque se obtiene una Chi-cuadrada de 1.558 que no es estadísticamente significativa, con un tamaño del efecto pequeño, por lo que no se valida la hipótesis H_{1.15}. (Tabla 39).

Tabla 39
Prueba Kruskal-Wallis para calidad de vida global en función a los estilos de afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	ϵ^2
Calidad de vida global	Positivo	25	34.58	1.558	3	.02
	Preferentemente positivo	14	27.57			
	No definido	9	29.44			
	Preferentemente negativo	14	31.25			

n = 62, *p < .05

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Análisis y discusión de resultados

El principal objetivo de la investigación fue estudiar las diferencias existentes en la calidad de vida según los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas. Para ello, se realizó el análisis por cada escala que conforma la escala de calidad de vida con los estilos de afrontamiento.

En los resultados de la distribución de la muestra total de las pacientes oncológicas mastectomizadas según los estilos de afrontamiento (Tabla 6), se aprecia que el estilo positivo alcanza un mayor porcentaje (40.3%) a los demás estilos, lo que caracteriza que el sujeto tiende a afrontar y buscar soluciones que le permitan mejorar su situación o el desequilibrio emocional causado por la enfermedad. A pesar que la situación es valorada como grave y difícil, muestran

ser optimistas sobre sus posibilidades de lucha y ante el pronóstico (González, 2004). Cabe señalar que este estilo de afrontamiento se encuentra conformado por las estrategias de enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional y búsqueda de apoyo social. Estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados por Moreno, Gutiérrez y Zayas (2017) en pacientes con cáncer de mama del Hospital 10 de Octubre de la Habana, Cuba, e Hidalgo-Troya et al. (2016), en pacientes oncológicos de diferentes tipos de cáncer que acudieron a una unidad de oncología de Nariño, Colombia, en donde predominaron estrategias de afrontamiento positivas que favorecían su adaptación ante la enfermedad.

Al analizar la escala de funcionamiento físico, en función a las diferencias en los estilos de afrontamiento (Tabla 7), los resultados permiten aceptar la primera hipótesis específica ($H_{1.1}$), donde se indica que existen diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento, específicamente entre el estilo positivo con el estilo preferentemente positivo (Tabla 8) y el estilo positivo con el estilo preferentemente negativo (Tabla 10). Como mencionan Martínez-Basurto et al. (2014), los procedimientos oncológicos, sobre todo los procedimientos quirúrgicos, causan secuelas que van a limitar y potencializar el desgaste a nivel conductual, por lo que las pacientes presentan alteraciones en su capacidad motora, tales como caminar, levantar peso, lavarse, comer o vestirse (Núñez, 2015). Ante ello, aquellas pacientes que poseen un estilo de afrontamiento positivo evalúan su situación física y harán uso de sus recursos con el fin de poder realizar sus actividades cotidianas con precaución, evitando complicaciones en su operación que perjudiquen su recuperación. De tal

manera, aquellas pacientes que logran continuar con sus actividades básicas, o esforzándose en realizarlo, tendrán una mejor percepción de su calidad de vida, caso contrario, aquellas pacientes que se dejan vencer por la situación, mostrándose incapaces de afrontar su situación y continuar con su vida, tendrán una peor percepción de su calidad de vida.

Sin embargo, para la escala de funcionamiento rol (Tabla 14) los resultados indican que no se acepta la segunda hipótesis específica ($H_{1.2}$), por lo que no se evidencian diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento. Esto debido a que la mastectomía impide que las pacientes realicen sus actividades cotidianas con normalidad, pues tras la cirugía pasan por un periodo de recuperación, que puede durar semanas o meses. Debido a los cuidados de la cirugía, se restringen en realizar sus rutinas con la misma intensidad y frecuencia con que lo hacían anteriormente, y de esta manera evitar mayores secuelas físicas que perjudiquen su salud.

En cuanto a la escala de funcionamiento emocional, se encuentran diferencias entre los estilos de afrontamiento (Tabla 15), correspondiente a la tercera hipótesis específica ($H_{1.3}$), por lo que es factible aceptarla, siendo el estilo positivo el que sobresale sobre el estilo no definido (Tabla 17) y el estilo preferentemente negativo (Tabla 18). Es de esperar que ante una intervención quirúrgica, como lo es la mastectomía, genere gran impacto emocional, pues es una experiencia permanente e irreversible, que altera su imagen corporal, creando sentimientos de minusvalía, baja autoestima, ansiedad, disminución del atractivo y función sexual, pérdida de sensación de feminidad, depresión, culpa,

indefensión, temor a la recaída y al abandono (Olivares, 2007). Por ello, es importante respetar el ritmo de adaptación ante la nueva situación, permitiéndoles experimentar, y expresar, sus emociones. Aquellas pacientes con estilo de afrontamiento positivo sabrán manejar y sobrellevar la situación, buscando soluciones para su equilibrio emocional, recuperando su bienestar, dándole otra perspectiva a la enfermedad y con ello mejorar su calidad de vida.

Al realizarse la comparación entre la escala de funcionamiento social con los estilos de afrontamiento (Tabla 22), los hallazgos indican que se rechaza la cuarta hipótesis específica ($H_{1.4}$), no encontrándose diferencias significativas entre ellas. Como señala Núñez (2015), la enfermedad afecta sus relaciones personales, en el ámbito laboral, sentimental, familiar o amical. Como se mencionó anteriormente, una intervención quirúrgica implica que las pacientes dediquen tiempo total o parcial para sus cuidados necesarios y con ello su pronta recuperación. Por lo tanto, la interacción con sus pares pueden verse afectadas para dedicar mayor tiempo a ellas. Sin embargo, a medida en que se dé la recuperación y adaptación ante su nuevo aspecto físico, las pacientes vuelven a retomar sus actividades sociales y con ello sus relaciones interpersonales, por lo tanto, la percepción sobre su calidad de vida será mejor. Asimismo, esta escala hace referencia al apoyo que reciben de su entorno social, por lo que es entendible que ante una situación de tal magnitud, las pacientes, en la situación en la que se encuentre, contarán con el apoyo necesario en personas cercanas a ellas, de sus pares, del personal de la salud o inclusive de pacientes que pasan por la misma situación.

Los resultados de la comparación de los estilos de afrontamiento según la escala de funcionamiento cognitivo (Tabla 23), permiten aceptar la quinta hipótesis específica ($H_{1.5}$). Al compararse entre qué estilos difieren, se encontró que el estilo positivo difiere del estilo preferentemente negativo (Tabla 26). Ante la enfermedad, el sujeto le otorga un significado (evaluación cognitiva), pues esta supone una “crisis vital”, determinando así tareas de adaptación (metas u objetivos) mediante el uso de estrategias de afrontamiento (González, 2004). La valoración o significado que se le dé a la enfermedad, estará determinada por las creencias que tiene la paciente con respecto a su imagen corporal y de sí misma. Por ello, mientras que para algunas pacientes la mastectomía es vista como amenaza, deformidad de su imagen corporal, para otras puede ser símbolo de vida, de un nuevo comienzo, perseverancia y lucha.

Con respecto a la escala de síntoma fatiga (Tabla 30) se rechaza la sexta hipótesis específica ($H_{1.6}$), pues no se encuentran diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento. Lo mismo ocurre para las escalas de síntoma dolor (Tabla 31), síntoma náuseas y vómitos (Tabla 32), síntoma disnea (Tabla 33), síntoma insomnio (Tabla 34), síntoma pérdida de apetito (Tabla 35), síntoma diarrea (Tabla 36), síntoma estreñimiento (Tabla 37), de tal manera que se rechazan las hipótesis específicas desde la séptima hasta la décimo tercera. Si bien la mastectomía es uno de los procedimientos oncológicos más frecuentes, ello trae consigo efectos secundarios como dolor, sensibilidad, entumecimiento, movimientos limitados del brazo o del hombro, entre otros (American Cancer Society, 2017) a diferencia de los efectos de la quimioterapia, como las náuseas, vómitos, estreñimiento, pérdida de apetito, entre otros, por lo tanto, en

las pacientes mastectomizadas no se presentan dichos síntomas. Sin embargo, cabe resaltar que los síntomas inciden sobre las pacientes sin distinción del tipo de afrontamiento que posea, pues los síntomas son propios del tratamiento.

En cuanto al síntoma impacto financiero y sus diferencias en los estilos de afrontamiento (Tabla 38), no se encontró diferencias significativas, por lo que se rechaza la décima cuarta hipótesis ($H_{1.14}$). Ante una enfermedad como lo es el cáncer, además del impacto emocional que se genera, también surge un impacto a nivel económico, pues el tratamiento resulta ser costoso, además de ello, se presentan gastos adicionales y no previstos, como el traslado a su centro de salud, la misma alimentación o gastos en el hogar, lo cual pueden impedir que sigan o completen su plan de tratamiento, poniendo en riesgo su salud y generando mayores costos en el futuro (American Society of Clinical Oncology, 2018).

Por último, se analizó la escala de calidad de vida global con los estilos de afrontamiento (Tabla 39), no encontrándose diferencias significativas, con lo cual se rechaza la décimo quinta hipótesis ($H_{1.15}$). Tal como refiere Núñez (2015), la calidad de vida global es aquella valoración subjetiva que hace el sujeto respecto a su estado de salud y de la calidad de vida, esto se basa en las escalas de funcionamiento y de síntomas.

Por lo tanto, tras los análisis de las hipótesis específicas, se rechaza la hipótesis general debido a que las diferencias entre cada escala que conforma la calidad de vida con los estilos de afrontamiento, no se da para todos los casos, pues

solo se encuentran diferencias significativas en las escalas de funcionamiento físico, emocional y cognitivo de la calidad de vida, predominando el estilo de afrontamiento positivo. Estos resultados coinciden con lo planteado por Martínez-Basurto et al. (2014) pues refieren que la enfermedad trae consigo diversas complicaciones, cambio en su estilo de vida y diversos problemas psicológicos, obstaculizando su desarrollo individual, su calidad de vida y su afrontamiento. Asimismo, los procedimientos relacionados a la enfermedad oncológica, sobre todo la cirugía, implica consecuencias que van a limitar y potencializar el desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes. La mayoría de las mujeres mastectomizadas considera que su situación representa una crisis personal difícil de vencer, lo cual influye en su calidad de vida (Villegas, 2011, citado por Mendoza, 2017). El impacto causado por la mastectomía produce diversas emociones, cuya intensidad con la que pueden manifestarse se encontrará mediada por los estilos de afrontamiento con los que cuentan las pacientes y asimismo, influirán en el significado que le den a su enfermedad. De tal manera, tanto el aspecto cognitivo como emocional, van a intervenir en el actuar de las pacientes, pues le permitirán realizar o no sus actividades cotidianas básicas en medida en la que puedan. En este sentido, aquellas mujeres mastectomizadas que posean estilos de afrontamiento favorables, tendrán mejor bienestar psicológico (Martínez-Basurto et al., 2014).

Si bien las pacientes oncológicas enfrentan situaciones estresantes desde el momento en que recibieron el diagnóstico de cáncer, los exámenes médicos y los tratamientos a seguir, llevándolas a vivir prácticamente en los centros de salud; y del impacto psicológico que genera ello, resulta sorprendente ver en

ellas sus ganas de luchar, de salir adelante, dándole nueva perspectiva a la enfermedad y a la vida, manejando sus estados afectivos displacenteros, buscando apoyo emocional tanto de su entorno familiar como de pacientes que pasan por la misma situación, y a su vez informarse de su enfermedad y lo que trae consigo. Esto coincide con la propuesta teórica de Amigo en el 2012, donde señala que, a pesar de que el cáncer genera gran impacto psicológico, los pacientes oncológicos logran adaptarse a tal situación, apreciando aquellos detalles de su vida, que hasta entonces habían sido ignorados , generando satisfacción en diversos aspectos de su vida.

5.2 Conclusiones

1. El Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 presenta validez de contenido por el método de criterio de jueces.
2. El Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 presenta confiabilidad para las pacientes oncológicas mastectomizadas de la muestra.
3. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) tiene validez de contenido por el método de criterio de jueces.
4. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) es un instrumento confiable para las participantes del estudio.
5. El estilo de afrontamiento positivo fue el que predominó entre las pacientes oncológicas mastectomizadas.

6. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala funcionamiento físico de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento, destacando el estilo positivo frente al preferentemente positivo y preferentemente negativo.
7. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la escala de funcionamiento rol de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
8. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala funcionamiento emocional de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento, destacando el estilo positivo frente al no definido y preferentemente negativo.
9. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala funcionamiento social de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
10. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala funcionamiento cognitivo de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento, destacando el estilo positivo frente a al estilo preferentemente negativo.
11. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma fatiga de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.

12. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma dolor de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
13. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma náuseas y vómitos de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
14. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma disnea de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
15. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma insomnio de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
16. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma pérdida de apetito de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
17. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma diarrea de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
18. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma estreñimiento de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.

19. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala síntoma impacto financiero de la calidad de vida con los estilos de afrontamiento.
20. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala calidad de vida global con los estilos de afrontamiento.
21. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida con los estilos de afrontamiento en las pacientes oncológicas mastectomizadas.

5.3 Recomendaciones

1. Realizar estudios relacionados con la calidad de vida y los estilos de afrontamiento con otras poblaciones oncológicas poco estudiadas o de otras instituciones públicas o privadas.
2. Realizar estudios con un mayor número de muestra que puedan replicar la presente investigación.
3. Realizar estudios que relacionen la calidad de vida y el afrontamiento con otras variables psicológicas que intervengan en los pacientes oncológicos, tales como autoestima, depresión, ansiedad, entre otras.

4. Propiciar la realización de estudios comparativos con pacientes oncológicos de diferentes diagnósticos y estudios que relacionen variables psicológicas con variables médicas que influyen en la salud del paciente.
5. Programar talleres psicoeducativos para las pacientes oncológicas con el objetivo de mejorar la calidad de vida, mediante el uso de recursos de afrontamiento que favorezcan su adaptación a la enfermedad.
6. Crear espacios de escucha y apoyo, a cargo de un facilitador (Psicólogo/Psicooncólogo) donde las pacientes puedan expresar sus inquietudes, sentimientos, frustraciones, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Almanza-Muñoz, J. y Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 6(3), 196-206. Recuperado de https://www.academia.edu/16524769/Psico-oncologia_estado_actual_y_perspectivas_futuras
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/articulo.php?articulo=20110728100305828000>
- American Cancer Society (2017). *Mastectomía*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>
- American Cancer Society (2019). *¿Qué es el cáncer de seno?* Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>
- American Psychological Association (2019). *Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo*. Washington, EEUU. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/cancer-de-mama.aspx>
- American Society of Clinical Oncology (2018). *Cáncer de mama: Cómo sobrellevar los efectos secundarios*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/c%C3%B3mo-sobrellevar-los-efectos-secundarios>
- Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Araya, P. y Yáñez, A. (2006). *Evaluación de la Calidad de Vida de Pacientes Mastectomizadas, Tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer entre los años 2003 y 2005*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Kinesiología). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf
- Arranz, P. (2006). *Intervención psicológica en cáncer*. España: Infocop Online. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=521
- Arraras, J., Arias, F., Illarramendi, J., Manterola, A., Salgado, E., Domínguez, M. y Vera, R. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los Servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 9-20. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/colaboracion.pdf>
- Arraras, J., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110087A/16333>

- Arraras, J., Illarramendi, J., Manterola, A., Salgado, E. y Domínguez, M. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*, 4(2-3), 367-384. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0707220367A/15617>
- Aresca, L., Birgin, D. y Blum, S (2004). *Psicooncología: Diferentes Miradas*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Asociación Española Contra el Cáncer (2018). *Cáncer de mama ¿Qué es?* Recuperado de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043
- Barrientos, K. y Gonzáles, K. (2015). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama Mastectomizadas, Club de la mama Essalud, Arequipa 2015*. (Tesis para obtener el Título Profesional de Enfermera). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/345>
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI
- Bueno, M. (2015). *Cuidando a las Mujeres con Cáncer de Mama: El Afrontamiento como predictor de la Calidad de Vida*. (Tesis Doctoral en Psicología Social). Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39125>.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Cadena, S. (2012). *Estilos de Afrontamiento en Mujeres Diagnosticadas con Cáncer de Mama*. (Informe final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1752/1/T-UCE-0007-51.pdf>
- Cajaraville, G., Carreras, M., Massó, J. y Tamés, M. (2002). Oncología. En Fundación Española de Farmacia Hospitalaria (Ed.), *Farmacia Hospitalaria (1171-1226)*. Madrid, España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Recuperado de <https://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=24>
- Calizaya, J. (2005). *Ansiedad, Afrontamiento del estrés y Calidad de Vida en Pacientes con Tuberculosis*. (Tesis para optar el Grado de Magíster en Psicología Clínica con mención en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Castellanos, I., Velásquez, D., Rodríguez, K., Ortiz, Y., Jerez, J, Buitrago, L. y Moreno, Y. (2010). Afrontamiento frente a la Enfermedad en Pacientes Oncológicos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 7(1), 61-70. Consultado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717314>
- Chambi, M. (2018). *Calidad de Vida y Afrontamiento de los Pacientes con Cáncer que reciben Quimioterapia Ambulatoria en el Hospital III Goyeneche – Arequipa 2017*.

- (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7606>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. y Gómez, V. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Tratamiento de Hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179. Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810216>
- Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery-Huerta, P. y Ortíz, V. (2014). Calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer y Sida de Paraguay. *Salud y Sociedad*, 5(1), 82-96. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4778346>
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Delgado, A., Ecurra, M. y Torres, W. (2006). *La Medición en Psicología y Educación: Teoría y aplicaciones*. Lima: Editorial Hozlo S.R.L.
- Díaz, C. (2013). *Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el "Hospital Santa Rosa", 2012*. (Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Pública). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2721/1/Diaz_Ledesma_Carne_n_Rosa_2013.pdf
- Díaz, G. y Yaringaño, J. (2010). Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos. *Revista IIPSI*, 13(1), 69-86. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n1/pdf/a04.pdf
- Die Trill, M. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*, 1(1), 185-186. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110185A/16368>
- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 119-133. Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/20130719132515453000>
- Ecurra, L. (1989). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111.
- European Organisation for Research and Treatment of Cancer (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. Consultado en https://wiki.nci.nih.gov/download/attachments/167543767/EORTC_QLQ_C30%20_scoring_Manual.pdf?version=1&modificationDate=1412301929000&api=v2.
- Espil, M. (2014). *Calidad de Vida en Mastectomizadas*. Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo Enero 2014. (Tesis para optar el Título de Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/510>
- Estapé, T. (2004). El Perfil de Psico-Oncólogo. *Psicooncología*, 1(2-3), 291-292. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120291A>

- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A>
- Font, A (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61119/88853>
- Font, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (Ed.), *Guía de tratamiento psicológicos eficaces II: Psicología de la salud* (pp. 57-92). Madrid, España: Ediciones Pirámide
- Font, A y Cardoso, A (2009). Afrontamiento en Cáncer de Mama: Pensamientos, Conductas y Reacciones Emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A/15260>
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 4(2-3), 423-446. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A>
- Gil, F. y Sirgo, A. (2000). El modelo interconsulta en Psico-Oncología: Evaluación e intervención. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología* (1-13). España: Nova Sidonia Oncología.
- González, M. (2004). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)*. Madrid: TEA Ediciones.
- González, M. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(25), 35-49. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R25/R252.pdf
- Guevara, G., Hernández, H. y Flores, T. (2001). Estilos de Afrontamiento al Estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 53-65. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf
- Granados, F. y Chanduví, L. (2014). *Asociación entre Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos de un Hospital en Chiclayo*. (Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología). Universidad Juan Mejía Baca, Chiclayo, Perú. Recuperado de <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/23>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Hidalgo-Troya, A., Pantoja-Córdova, A., Sañudo-Vélez, P. y Rocha-Buelvas, A. (2016). Coping and Quality of Life in Oncologic Patients of the Province of Nariño, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 181-188. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/52409/56405>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017). *Datos epidemiológicos*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>

- International Agency for Research on Cancer (2018). *Cancer Today*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/home>
- International Agency for Research on Cancer (2018). *Globocan 2018*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/.../604-peru-fact-sheets.pdf>
- Juan, E. (2003). Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico. En Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. y Deus, J. (Eds). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud* (183-210). Madrid, España: Alianza Editorial
- Laguna, C. (2014). *Inferencia no paramétrica* [Material del aula]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España. Recuperado de www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M2T09.pdf
- Lazarus, R y Folkman, S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Liga Contra el Cáncer (2019). *Conoce 6 datos sobre los tipos de cáncer más letales que afectan a las peruanas*. Recuperado de <https://www.blog.ligacancer.org.pe/2019/04/25/conoce-6-datos-sobre-los-tipos-de-cancer-mas-letales-que-afectan-a-las-peruanas/>
- Lendechy, C. (2004). *Cáncer de mama*. (Monografía para obtener el título de Licenciada en Enfermería). Universidad Veracruzana, Xalapa-Enríquez, México. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35599/1/lendechyacosta.pdf>
- Lostanau, A. y Torrejón, C. (2013). *Estrés, Afrontamiento y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Pacientes con Cáncer de Mama*. (Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Psicología Clínica de la Salud). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Consultado en http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTAUNAU_CALERO_TORREJON_SALMON_ESTRES_CANCER.pdf?sequence=1
- Luna-Abanto, J. (2019). Cáncer de mama en mujeres adultas mayores: Análisis del Registro de cáncer de base poblacional de Lima Metropolitana. *Acta Medica Peruana*, 36(1), 72-3. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100012&lng=es&nrm=iso
- Manrique, E. y Mejía, K. (2014). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama, Servicio de Oncología. Hospital III Goyeneche. Arequipa 2014*. (Tesis para obtener el Título Profesional de Enfermeras). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2321>
- Martínez, M (2009). *Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos*. (Tesis para acreditar experiencia recepcional de la Licenciatura en Enfermería). Universidad Veracruzana, Xalapa-Enríquez, México. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/624/1/AFRONTAMIENTOCALVIDAPACONCOLO.pdf>
- Martínez-Basurto, A., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez-Velázquez, A., Galindo-Vázquez, O. y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58. Recuperado de

- <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>
- Mendoza, G. (2017). *Calidad de Vida de las Pacientes Mastectomizadas en el Área Oncológica de un Hospital Nacional Marzo – Julio 2017*. (Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Enfermero en Oncología). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3551?show=full>
- Ministerio de Salud del Perú (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013*. Lima: Dirección General de Epidemiología. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Missiaggia, E. (2004). *Calidad de Vida y Hostilidad/Cólera en Pacientes con Cáncer de Mama con Quirugía Radical y de Conservación*. (Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Molina, J. y Rodrigo, M. (2014). Tema 5: Pruebas no paramétricas [Material del aula]. Open Course Ware, Universitat de València, Valencia, España. Recuperado de ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/estadistica-ii/est2_t5.pdf
- Moreno, C. (2016). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en el Paciente Oncológico*. (Trabajo de Fin de Grado en Enfermería). Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España. Recuperado de <https://recercat.cat/handle/2072/263843>
- Moreno y Ximénez (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela, V. Caballo y C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (1045-1070). Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/.../evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
- Moreno, M., Gutiérrez, D. y Zayas, R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>
- Núñez, S. (2015). *Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer que reciben Quimioterapia Ambulatoria. Albergue Padre Robuscini, 2014*. (Tesis para el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/364>
- Olivares, M. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2), 447-464. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220447A>
- Organización Mundial de la Salud (1996). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre Calidad de Vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

- Ornelas, R., Tufiño, M., Vite, A., Tena, O., Riveros, A. y Sánchez, J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Rosa%20Elena%20Ornelas%20Mejorada.pdf>
- Portillo-Guerra, C. y Restrepo, M. (2004). Evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 dentro de un Estudio con Pacientes Adultos en Centros de Oncología de la Ciudad de Bogotá. *Avances en Medición*, 2(1), 51-61. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/6614/0241/7026/EVALUACION_D_EL_CUESTIONARIO_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EORTC_QLQ_C-30_DENTRO_DE_UN_ESTUDIO_CON_PACIENTES_ADULTOS_DE_CENTROS_DE_ONCOLOGIA_DE_BOGOTA.pdf
- Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120. Recuperado de <https://www.kimerius.es/emociones/>
- Ramos, W. (2018). Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. Enero-diciembre 2017. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 27(31), 703-705. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=649
- Ramos, W. (2019). Día mundial contra el cáncer. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 28(5), 109-110. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/05.pdf>
- Riveros, I. (2011). *Relación entre los niveles de depresión y estilos de afrontamiento al estrés en madres con hijos hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño*. (Tesis para optar el título profesional de Psicólogo). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. y Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604007>
- Rodas, M. (2016). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA*. (Tesis previa la obtención del título de Psicóloga Clínica). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6354>
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínicas Las Condes*, 17(4), 194-197. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-453208>
- Romero-Márquez, R. y Romero-Zepeda H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 91-102. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im101r.pdf>

- Ruda, L. (2013). *Memoria de las jornadas de psicooncología 2009-2012*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú
- Salas, C. y Grisales, H. (2010). Calidad de Vida y Factores asociados en Mujeres con Cáncer de Mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28 (1), 9-18. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños de Investigación*. Lima: Business Support Aneth.
- Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110003A/16302>
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el Concepto de Afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Terán, J. (2018). *Estrategias de Afrontamiento del Paciente Oncológico. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2017*. (Informe de tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería Oncológica). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/2236>
- Torrecilla, M., Casari, L. y Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(3), 1-16. Recuperado de <http://www.psiencia.org/8/3/21>
- Valderrama, E. (2003). *Relación entre la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Mastectomizadas*. (Tesis para optar el Título Profesional de Psicólogo). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/584/Valderrama_te.pdf?sequence=1
- Villalta, F. (2016). Calidad de Vida de Pacientes Mastectomizadas que reciben tratamiento adyuvante en Solca núcleo de Loja, periodo 2015. (Tesis previa a la obtención del título de Médico General). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17336>
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos Psicosociales Asociados con la Calidad de Vida de Personas con Enfermedades Crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de Vida, Personalidad Resistente y Apoyo Social Percibido en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer Pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220. Consultado en http://www.researchgate.net/publication/26472717_Calidad_de_vida_personalidad_resistente_y_apoyo_social_percibido_en_pacientes_con_diagnostico_de_cncer_pulmonar

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la investigación titulada “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicas Mastectomizadas del Hospital de Apoyo María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores” en la cual se manejará los siguientes cuestionarios: CAEPO y EORTC QLQ-C30.

Mi participación consiste en responder dichos cuestionarios relacionado con los temas: Afrontamiento y Calidad de Vida. Es de mi conocimiento que los datos proporcionados serán confidenciales y también que en dado caso si así lo deseo, puedo denegar mi participación en esta investigación.

La estudiante de Psicología Yosselyn Lidia Cabrera Bernal responsable de la investigación, aclaró mis dudas con respecto al manejo de la información, así como también que el antes mencionado estudio es parte de su formación profesional.

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2018

Nombre completo de la participante:

_____ D.N.I.: _____

Firma _____

Firma de la investigadora responsable

FICHA DE REGISTRO PERSONAL

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Iniciales del Paciente: _____

2. Edad: _____

3. Fecha de nacimiento: ____/____/____

4. Lugar de Nacimiento: _____

5. Estado civil actual:

	Soltera		Casada
	Separada		Divorciada
	Viuda		Conviviente

6. Grado de instrucción:

	Primaria		Secundaria
	Superior		Ninguno

7. Lugar de residencia: _____

8. Ocupación: _____

II. DATOS CLÍNICOS:

1. Localización de la tumoración:

	Derecha		Izquierda
--	---------	--	-----------

2. Estadio clínico inicial: _____

3. Tratamiento inicial:

	Quimioterapia Neoadyuvante		Cirugía
--	----------------------------	--	---------

4. Tipo de cirugía:

	Radical		De conservación
--	---------	--	-----------------

**CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS (CAEPO)**

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, marcando con un aspa “x”, con cuál de dichas formas se identifica más su manera de comportarse en esta situación. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considere más conveniente. Procure contestar con la mayor seriedad.

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Habitualmente cuando me siento nerviosa, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.				
2. Estoy dispuesta a enfrentar esta situación, aunque esté preocupada o nerviosa.				
3. Cuando estoy preocupada como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.				
4. Si estoy preocupada suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.				
5. He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.				
6. Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud				
7. Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.				
8. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.				
9. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.				
10. Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.				

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
11. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.				
12. Trato de convencerme a mí misma de que todo va a salir bien.				
13. Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.				
14. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.				
15. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar mi enfermedad.				
16. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.				
17. Estoy dispuesta a luchar para que todo salga bien.				
18. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.				
19. Intento compartir mis emociones con algunas personas.				
20. Creo que los demás exageran y que en realidad lo que sucede carece de importancia.				
21. Procuero ser fuerte y enfrentar mi problema de salud.				
22. Siempre que estoy sola, pienso en lo que me está sucediendo ahora.				
23. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.				
24. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.				
25. Procuero controlar mis emociones.				

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
26. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.				
27. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.				
28. Intento mostrarme serena y animada.				
29. Pienso constantemente lo que sería de mi vida si no me hubiera enfermado.				
30. Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.				
31. Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.				
32. Creo que aunque supere esta situación, quedare muy afectada y nada será como antes.				
33. Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante personas importantes para mí.				
34. Me doy por vencida en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.				
35. Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.				
36. La verdad es que estoy muy preocupada por mi salud.				
37. Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.				
38. Procuo evadirme y no pensar en lo que me pasa.				
39. Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.				
40. Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.				

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EORTC QLQ-C30

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, marcando con un aspa “x” la opción que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones “acertadas” o “desacertadas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, ponga sus iniciales: ____|____|____|____|

Su fecha de nacimiento (día, mes, año): ____/____/____.

Fecha de hoy (día, mes, año): ____/____/____.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?				
2. ¿Tiene dificultad para dar un paseo largo?				
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?				
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?				
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?				

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?				
8. ¿Tuvo asfixia?				
9. ¿Ha tenido dolor?				
10. ¿Necesitó parar para descansar?				
11. ¿Has tenido dificultad para descansar?				

ANEXO B

Análisis Psicométrico del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30

- Validez

En la tabla 40 se presentan los resultados de la evaluación del cuestionario a través del método de validez de contenido por criterio de jueces, siendo 8 los jueces competentes y calificados que participaron. Se les solicitó que aprobaran o desaprobaran la inclusión de un ítem en la prueba. Asimismo, se incluyó en la tabla un casillero si en caso era necesaria alguna observación.

Se puede observar que el total de acuerdos entre los jueces alcanza valores en el coeficiente V de Aiken de 1.00 lo cual permite señalar que la prueba tiene validez de contenido por el método de criterio e jueces (Escrura, 1989).

- Análisis de ítems y confiabilidad

En la tabla 41 se presenta el resultado del análisis de ítems correspondientes a la Escala de Funcionamiento del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30, observándose que los ítems obtienen una correlación ítem-test corregida mayor a .20 (Delgado, Escurra y Torres, 2006). El coeficiente de alfa de Cronbach alcanza un valor de .80, que permite indicar que la escala funcional de calidad de vida es confiable.

Tabla 41

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala de Funcionamiento del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
FF_1	19.85	21.208	.418	.794
FF_2	20.37	21.188	.493	.786
FF_3	20.73	23.776	.421	.795
FF_4	20.71	24.144	.258	.802
FF_5	20.82	24.738	.267	.803
FR_6	20.42	22.247	.422	.792
FR_7	20.55	22.547	.411	.792
FE_21	20.35	21.938	.451	.789
FE_22	20.15	22.323	.420	.792
FE_23	20.40	23.031	.348	.797
FE_24	20.26	20.949	.536	.782
FC_20	20.50	22.287	.447	.790
FC_25	20.32	21.402	.519	.784
FS_26	20.42	22.346	.386	.794
FS_27	20.34	21.900	.438	.790
Coeficiente alfa de Cronbach = .80				

Del mismo modo se realizó el análisis de ítems para la Escala de Síntomas del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30, observándose que la mayoría de los ítems obtienen una correlación ítem-test corregida mayor a .20 (Delgado et

al., 2006) con excepción del ítem 16 ($r_{\text{itc}} = .141$) pero se decidió mantenerlo para no alterar la estructura de la prueba. El coeficiente de alfa de Cronbach alcanza un valor de .84 (Tabla 42), lo que permite indicar que la escala síntomas de calidad de vida es confiable.

Tabla 42

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala de Síntomas del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
FA_10	17,84	20,826	,581	,819
FA_12	17,95	19,391	,786	,803
FA_18	17,81	22,060	,415	,830
NV_14	18,19	20,749	,615	,817
NV_15	18,48	24,155	,209	,840
DO_9	17,63	19,844	,600	,817
DO_19	17,85	19,634	,679	,810
DIS_8	18,34	21,965	,510	,825
IN_11	18,08	20,403	,553	,821
PA_13	18,08	20,141	,575	,819
ES_16	18,11	22,856	,168	,851
DIA_17	18,42	23,526	,277	,837
FI_28	17,60	21,163	,368	,837
Coeficiente alfa de Cronbach = .84				

Por último, se presenta la tabla 43 con los resultados del análisis de ítems correspondientes a la Escala de Estado Global y Calidad de Vida del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30, observándose que la mayoría de los ítems obtienen una correlación ítem-test corregida mayor a .20. El coeficiente de alfa de Cronbach alcanza un valor de .76, que permite indicar que la escala global de calidad de vida es confiable.

Tabla 43

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala de Estado Global y Calidad de Vida del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
CVG_29	5.76	1.662	.619	.
CVG_30	5.55	1.530	.619	.
Coeficiente alfa de Cronbach = .76				

ANEXO C

Análisis Psicométrico del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes
Oncológicos

- Validez

En la tabla 44 se presentan los resultados de la evaluación del cuestionario a través del método de validez de contenido por criterio de jueces, siendo 8 los jueces competentes y calificados que participaron. Se les solicitó que aprobaran o desaprobaran la inclusión de un ítem en la prueba. Asimismo, se incluyó en la tabla un casillero si en caso era necesaria alguna observación.

Se puede observar que el total de acuerdos entre los jueces alcanza valores en el coeficiente V de Aiken de 1.00 lo cual permite señalar que la prueba tiene validez de contenido por el método de criterio e jueces (Escurra, 1989).

- Análisis de ítems y confiabilidad

En la tabla 45 se presenta los resultados del análisis de ítems correspondientes a la escala positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos, algunos ítems obtienen una correlación ítem-test corregida menor a .20 (Delgado et al., 2006) por lo que se tuvieron que eliminar realizando consecutivas veces el análisis; en el primer análisis se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .76. De acuerdo a lo observado en la tabla 45 se tiene que eliminar el ítem 15.

Tabla 45

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos de la muestra

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
ELA_1	42.73	43.907	.152	.770
ELA_2	42.00	43.705	.345	.753
ELA_13	42.45	42.022	.405	.748
ELA_16	42.40	41.490	.461	.744
ELA_17	41.98	43.262	.517	.747
ELA_21	42.13	42.442	.569	.742
ELA_24	42.15	44.028	.326	.755
ELA_31	42.08	43.354	.397	.750
ELA_39	42.16	41.646	.585	.739
ACE_3	42.32	41.927	.417	.747
ACE_7	42.19	42.946	.424	.749
ACE_12	42.18	41.394	.591	.738
ACE_19	42.82	43.001	.247	.761
ACE_25	42.53	42.056	.324	.754
ACE_28	42.31	40.937	.532	.739
ACE_40	42.19	41.241	.563	.738
BAS_5	43.15	43.765	.169	.768
BAS_10	42.87	45.590	.034	.778
BAS_15	43.31	45.593	.014	.783
BAS_33	42.61	43.684	.177	.767

Coeficiente alfa de Cronbach = .763

Al eliminar el ítem 15 (Tabla 46) se observa que el siguiente ítem que debe ser eliminado es el ítem 10 porque su correlación ítem-test corregida es menor a .20.

El alfa de Cronbach para los 19 ítems es de .78.

Tabla 46

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos retirando el ítem 15

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
ELA_1	41.37	42.696	.143	.792
ELA_2	40.65	42.495	.332	.776
ELA_13	41.10	40.712	.407	.770
ELA_16	41.05	40.112	.471	.766
ELA_17	40.63	41.844	.535	.768
ELA_21	40.77	41.030	.587	.764
ELA_24	40.79	42.824	.311	.777
ELA_31	40.73	42.137	.385	.773
ELA_39	40.81	39.962	.638	.758
ACE_3	40.97	40.261	.456	.767
ACE_7	40.84	41.416	.452	.769
ACE_12	40.82	39.820	.628	.758
ACE_19	41.47	41.728	.244	.783
ACE_25	41.18	40.575	.340	.776
ACE_28	40.95	39.621	.537	.761
ACE_40	40.84	40.006	.558	.761
BAS_5	41.79	42.595	.157	.791
BAS_10	41.52	44.942	-.021	.804
BAS_33	41.26	42.063	.201	.787

Coeficiente alfa de Cronbach = .78

Se continuó con el análisis y al eliminar el ítem 10 los resultados muestran que el ítem 1 obtiene una correlación ítem-test corregida menor a lo establecido (Tabla 47), por lo que debe eliminarse. En cuanto a la confiabilidad para este grupo de ítems, obtiene un alfa de Cronbach .80.

Tabla 47

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos retirando el ítem 10

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
ELA_1	39.58	42.116	.139	.815
ELA_2	38.85	41.700	.353	.796
ELA_13	39.31	40.347	.381	.795
ELA_16	39.26	39.506	.471	.789
ELA_17	38.84	41.219	.535	.790
ELA_21	38.98	40.278	.606	.785
ELA_24	39.00	42.066	.328	.798
ELA_31	38.94	41.373	.403	.794
ELA_39	39.02	39.196	.658	.780
ACE_3	39.18	39.591	.462	.789
ACE_7	39.05	40.899	.439	.792
ACE_12	39.03	39.179	.632	.781
ACE_19	39.68	41.107	.243	.805
ACE_25	39.39	39.749	.359	.797
ACE_28	39.16	38.924	.546	.784
ACE_40	39.05	39.358	.563	.784
BAS_5	40.00	41.836	.167	.812
BAS_33	39.47	41.466	.199	.810

Coeficiente alfa de Cronbach = .80

Finalmente, luego de eliminar el ítem 1 (Tabla 48), los resultados indican que los 17 ítems deben permanecer en la prueba porque alcanzan correlaciones ítem-test superiores a .20. Se obtuvo una confiabilidad final de .81 que permite señalar que las puntuaciones obtenidas son confiables.

Tabla 48

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Positiva del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos retirando el ítem 1

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
ELA_2	36.92	38.993	.349	.809
ELA_13	37.37	37.778	.368	.808
ELA_16	37.32	36.779	.478	.801
ELA_17	36.90	38.482	.539	.801
ELA_21	37.05	37.424	.633	.796
ELA_24	37.06	39.504	.303	.811
ELA_31	37.00	38.393	.439	.804
ELA_39	37.08	36.633	.647	.793
ACE_3	37.24	37.006	.453	.802
ACE_7	37.11	38.167	.443	.804
ACE_12	37.10	36.581	.626	.793
ACE_19	37.74	38.326	.248	.818
ACE_25	37.45	37.334	.335	.812
ACE_28	37.23	36.047	.573	.795
ACE_40	37.11	36.495	.589	.795
BAS_5	38.06	38.914	.181	.824
BAS_33	37.53	38.712	.200	.823

Coeficiente alfa de Cronbach = .81

Seguidamente se analizó la confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos. Se observa que algunos ítems obtienen una correlación ítem-test corregida negativa y menor a .20 por lo que se tuvieron que eliminar realizando consecutivas veces el análisis. En el primer análisis se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .65. De acuerdo a lo observado en la tabla 49 se tiene que eliminar el ítem 36.

Tabla 49
Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos de la muestra

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
APA_4	26.55	46.285	.257	.639
APA_6	25.39	40.667	.456	.607
APA_14	25.63	42.631	.364	.622
APA_22	25.58	41.133	.472	.607
APA_26	26.39	44.340	.305	.631
APA_32	25.87	42.901	.319	.627
PRP_11	25.35	42.364	.344	.623
PRP_23	24.98	44.934	.185	.644
PRP_34	26.50	45.795	.186	.643
PRP_35	25.63	44.368	.253	.636
PRP_37	25.00	43.311	.343	.625
HD_8	24.85	45.634	.136	.649
HD_9	25.61	44.700	.164	.647
HD_18	25.55	42.121	.351	.622
HD_29	25.52	44.090	.235	.638
HD_30	24.29	47.390	.089	.650
HD_38	25.48	43.893	.215	.641
N_20	25.81	44.814	.199	.642
N_27	26.27	44.137	.343	.628
N_36	25.21	53.677	-.418	.713
Coeficiente alfa de Cronbach = .65				

Al eliminar el ítem 36 (Tabla 50) se observa que el siguiente ítem que debe ser eliminado es el ítem 30 porque su correlación ítem-test corregida es menor a .20.

El alfa de Cronbach para los 19 ítems es de .71.

Tabla 50

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 36

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
APA_4	24.84	51.515	.254	.706
APA_6	23.68	45.370	.472	.681
APA_14	23.92	47.092	.408	.690
APA_22	23.87	45.557	.512	.678
APA_26	24.68	49.206	.328	.699
APA_32	24.16	47.351	.363	.694
PRP_11	23.65	47.446	.340	.696
PRP_23	23.27	50.235	.176	.712
PRP_34	24.79	50.562	.226	.707
PRP_35	23.92	49.223	.275	.703
PRP_37	23.29	48.373	.344	.696
HD_8	23.15	51.372	.097	.719
HD_9	23.90	49.695	.176	.714
HD_18	23.84	47.515	.324	.698
HD_29	23.81	47.995	.323	.698
HD_30	22.58	52.838	.067	.716
HD_38	23.77	49.292	.197	.712
N_20	24.10	50.187	.183	.711
N_27	24.56	49.102	.356	.697

Coefficiente alfa de Cronbach = .71

Se continuó con el análisis y al eliminar el ítem 30 los resultados muestran que el ítem 8 obtiene una correlación ítem-test corregida menor a lo establecido (Tabla 51), por lo que debe eliminarse. En cuanto a la confiabilidad para este grupo de ítems, obtiene un alfa de Cronbach .72.

Tabla 51
Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 30

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
APA_4	22.21	50.627	.262	.709
APA_6	21.05	44.440	.483	.683
APA_14	21.29	46.177	.418	.692
APA_22	21.24	44.875	.504	.682
APA_26	22.05	48.211	.345	.700
APA_32	21.53	46.351	.378	.695
PRP_11	21.02	46.869	.324	.701
PRP_23	20.65	49.675	.156	.717
PRP_34	22.16	49.449	.254	.708
PRP_35	21.29	48.537	.265	.707
PRP_37	20.66	47.736	.330	.701
HD_8	20.52	50.844	.075	.725
HD_9	21.27	48.760	.184	.716
HD_18	21.21	46.627	.331	.700
HD_29	21.18	46.837	.350	.698
HD-38	21.15	48.749	.180	.717
N_20	21.47	49.532	.171	.716
N_27	21.94	48.225	.363	.699
Coeficiente alfa de Cronbach = .72				

Posteriormente, al eliminar el ítem 8 (Tabla 52) se observa que es necesario eliminar el ítem 23. El alfa de Cronbach para este grupo de ítems es de .725.

Tabla 52

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 8

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
APA_4	20.15	48.388	.292	.716
APA_6	18.98	42.508	.480	.692
APA_14	19.23	43.948	.449	.698
APA_22	19.18	42.804	.525	.690
APA_26	19.98	45.983	.364	.707
APA_32	19.47	44.417	.380	.705
PRP_11	18.95	45.489	.290	.715
PRP_23	18.58	47.952	.140	.729
PRP_34	20.10	47.040	.303	.714
PRP_35	19.23	46.374	.289	.715
PRP_37	18.60	46.409	.282	.715
HD_9	19.21	46.759	.184	.726
HD_18	19.15	44.979	.317	.712
HD_29	19.11	44.692	.372	.706
HD-38	19.08	46.862	.180	.727
N_20	19.40	47.851	.149	.727
N_27	19.87	46.377	.360	.709
Coeficiente alfa de Cronbach = .725				

Por último, en la tabla 53 se observa que los 16 ítems que conforman la escala alcanzan correlaciones ítem-test corregidas mayores a .20, y un coeficiente alfa de Cronbach de .73 que indica que la prueba permite obtener puntuaciones confiables.

Tabla 53

Análisis de ítems y confiabilidad de la Escala Negativa del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos eliminando el ítem 23

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
APA_4	18.21	45.480	.314	.720
APA_6	17.05	39.588	.509	.694
APA_14	17.29	41.390	.433	.704
APA_22	17.24	40.121	.523	.694
APA_26	18.05	43.260	.370	.712
APA_32	17.53	41.696	.382	.709
PRP_11	17.02	42.737	.286	.720
PRP_34	18.16	44.236	.300	.718
PRP_35	17.29	43.816	.266	.721
PRP_37	16.66	43.703	.276	.720
HD_9	17.27	43.678	.207	.729
HD_18	17.21	42.660	.282	.721
HD_29	17.18	41.493	.406	.707
HD-38	17.15	44.290	.160	.735
N_20	17.47	45.007	.152	.732
N_27	17.94	43.373	.379	.712
Coeficiente alfa de Cronbach = .73				