

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION
MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD



ESTRES, APOYO SOCIAL, OPTIMISMO, AUTOESTIMA Y
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA

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

PRESENTA

LIC. DEHISY MARISOL JUAREZ GARCIA

DIRECTOR DE TESIS

DR. RENE LANDERO HERNANDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2009.



1080212625

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN

PSICOLOGIA DE LA SALUD



ESTRES, APOYO SOCIAL, OPTIMISMO, AUTOESTIMA Y
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA

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

PRESENTA

LIC. DEHISY MARISOL JUAREZ GARCIA

DIRECTOR DE TESIS

DR. RENE LANDERO HERNANDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON OPCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada "Estrés, Apoyo Social, Optimismo, Autoestima y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama" presentada por Lic. Dehisy Marisol Juárez García ha sido aprobada por el comité de tesis.

A mis padres por su esfuerzo, cariño y apoyo.

A Dios. Nunca olvidaremos lo que somos y que a Ti te lo debemos...

Dr. René Landero Hernández
Director de tesis

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Revisor de tesis

Dr. Benito Estrada Aranda
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Diciembre de 2009

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las siguientes personas:

A todas las mujeres con cáncer de mama que participaron en este proyecto, por su disposición y colaboración.
A mi esposo, por impulsarme a este proyecto y por su gran apoyo...

A mi director de tesis el Dr. René Landero Hernández por su profesionalismo y

asesoría por el camino del desarrollo de este proyecto.
A mis hermanos Jazmín y José, deseando que sus logros sean aun mayores...

Al M.C. Arnolde Téllez López ex director de la Facultad de Psicología por todo el apoyo y las facilidades brindadas.
A mis padres por su esfuerzo, cariño y apoyo...

A mis revisores la Dra. Mónica González y el Dr. Benito Estrada por las valiosas aportaciones realizadas a este proyecto.

A Dios, Nunca olvidaremos lo que somos y que a Ti te lo debemos...

A mis profesores de maestría por su interés de desarrollar en nosotros las habilidades de un investigador.

Asimismo agradezco al Dr. Manuel García Solís, al Dr. David Hernández y a la Lic. Verónica Vázquez por abrirme las puertas de su área de trabajo, por su interés y gran apoyo para llevar a cabo este proyecto.

Al Dr. Salvador Valdovinos presidente del Comité de Investigación y Ética del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico que me brindó al otorgarme la beca para la realización de mis estudios.

A todos los que directa o indirectamente me apoyaron al cursar esta maestría: familia, amigos, compañeros, personal de las instituciones a las que asistí, maestros y administración de la Facultad y del Posgrado de Psicología UANL.

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS

El cáncer de mama es la causa principal de muerte en mujeres entre 40 y 50 años en los países desarrollados. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las siguientes personas:

A todas las mujeres con cáncer de mama que participaron en este proyecto, por su disposición y tiempo.

A mi director de tesis el Dr. René Landero Hernández por su profesionalismo y asesorías; por el interés, el apoyo y la disponibilidad en cada etapa de este proyecto.

Al M.C. Arnoldo Téllez López ex director de la Facultad de Psicología por todo el apoyo y las facilidades brindadas para la realización de este posgrado.

A mis revisores la Dra. Mónica González y el Dr. Benito Estrada por las valiosas aportaciones realizadas a este proyecto.

A mis profesores de maestría por su interés de desarrollar en nosotros las habilidades de un investigador.

Asimismo agradezco al Dr. Manuel García Solís, al Dr. David Hernández y a la Lic. Verónica Vázquez por abrirme las puertas de su área de trabajo, por su interés y gran apoyo para llevar a cabo este proyecto.

Al Dr. Salvador Valdovinos presidente del Comité de Investigación y Ética del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico que me brindó al otorgarme la beca para la realización de mis estudios.

A todos los que directa o indirectamente me apoyaron al cursar esta maestría: familia, amigos, compañeros, personal de las instituciones a las que asistí, maestros y administración de la Facultad y del Posgrado de Psicología UANL.

RESUMEN

El cáncer de mama es la causa principal de muerte en mujeres entre 40 y 50 años en los países desarrollados; en México es la segunda causa de muerte entre las mujeres de 25 y más años de edad. Las características del cáncer de mama como enfermedad afectan la calidad de vida de las mujeres que la padecen, la calidad de vida también puede ser afectada por variables psicológicas y sociales. El objetivo de esta investigación es conocer los niveles y la relación entre el estrés, el apoyo social, el optimismo y la autoestima, así como la calidad de vida y sus dimensiones en mujeres con cáncer de mama del área metropolitana de Nuevo León. Se realizó un estudio no experimental transversal con una muestra no probabilística en 79 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Los resultados indican un nivel moderado de estrés, un nivel alto de apoyo social, optimismo y autoestima; y un nivel moderado de calidad de vida. Se encontraron relaciones significativas entre: calidad de vida y estrés ($r = -.421, p < .01$), calidad de vida y optimismo ($r = .363, p < .01$) y calidad de vida y autoestima ($r = .306, p < .01$); entre estrés y optimismo ($r = -.420, p < .01$), estrés y apoyo social ($r = -.419, p < .01$) y estrés y autoestima ($r = -.453, p < .01$); entre optimismo y autoestima ($r = .406, p < .01$) y entre autoestima y apoyo social ($r = .420, p < .01$). Las variables predictoras de la calidad de vida y sus dimensiones usando regresión múltiple fueron estrés y optimismo, estas variables explican el 20.5% de la varianza en calidad de vida. La variable de mayor impacto en la calidad de vida es el estrés, seguida por el optimismo por lo que se considera importante realizar intervenciones para disminuir el estrés e incrementar el optimismo y la autoestima, y a su vez reforzar el apoyo social de las mujeres con cáncer de mama para así mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: cáncer de mama, calidad de vida, variables psicosociales.

ABSTRACT

INDICE

Breast cancer is the leading cause of death in women between ages 40 to 50 in developed countries, in Mexico it is the second leading cause of death among women aged 25 and older. The characteristics of breast cancer as a disease affect the quality of life of women who suffer from it; quality of life can also be affected by psychological and social variables. The objective of this research is to ascertain the levels and the relationship between stress, social support, optimism and self-esteem, as well as quality of life and its dimensions in women with breast cancer in the metropolitan area of Nuevo Leon. We performed a cross-sectional non-experimental study with a non-probabilistic sample of 79 women diagnosed with breast cancer. The results indicate a moderate level of stress, a high level of social support, optimism and self-esteem and a moderate level of quality of life. Significant relationships were found between: quality of life and stress ($r = -.421, p < .01$), quality of life and optimism ($r = .363, p < .01$) and quality of life and self-esteem ($r = .306, p < .01$); between stress and optimism ($r = -.420, p < .01$), stress and social support ($r = -.419, p < .01$) and stress and self-esteem ($r = -.453, p < .01$), between optimism and self-esteem ($r = .406, p < .01$) and between self-esteem and social support ($r = .420, p < .01$). The predictors of quality of life and its dimensions, using multiple regression, were stress and optimism, these variables explain 20.5% of the variance in quality of life. The variable of greatest impact on quality of life is stress, followed by optimism; thus we consider important to perform interventions to reduce stress and increase optimism as well as self-esteem and to as well reinforce the social support of the women with breast cancer in order to improve its quality of life

Key words: breast cancer, quality of life, psychosocial variables.

2.3. CALIDAD DE VIDA	31
2.3.1. Evaluación de la Calidad de Vida	32
2.4. ESTRÉS	33
2.4.1. Estrés Fisiológico	33
2.4.2. Estrés Psicosocial	34
2.4.3. Estrés Psicológico	35

INDICE

Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
CAPÍTULO 3.....	43
MÉTODO.....	43
CAPÍTULO 1.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. ANTECEDENTES.....	10
1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.4. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.6. HIPOTESIS.....	21
1.7. LIMITACIONES.....	22
CAPÍTULO 2.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. CÁNCER.....	23
2.1.1. Epidemiología.....	23
2.1.2. Tipos de cáncer más comunes.....	24
2.2. CÁNCER DE MAMA.....	25
2.2.1. Causas y/o Factores de riesgo.....	25
2.2.2. Tratamiento Médico.....	27
Cirugía.....	28
Radioterapia.....	28
Quimioterapia.....	29
Terapéutica Hormonal.....	29
2.2.3. Aspectos Psicológicos.....	29
2.3. CALIDAD DE VIDA.....	31
2.3.1. Evaluación de la Calidad de Vida.....	32
2.4. ESTRÉS.....	33
2.4.1. Estrés Fisiológico.....	33
2.4.2. Estrés Psicosocial.....	34
2.4.3. Estrés Psicológico.....	35

2.5. APOYO SOCIAL	36
2.5.1. Apoyo social y salud.....	37
2.6. OPTIMISMO	39
2.6.1. Teoría de Estilo explicativo pesimista- optimista.....	40
2.6.2. Teoría del Optimismo Disposicional.....	40
2.7. AUTOESTIMA.....	41
CÁPITULO 3	43
MÉTODO	43
3.1. PARTICIPANTES.....	43
3.2. INSTRUMENTOS	43
3.2.1. Escala de Estrés Percibido.....	43
3.2.3. Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC.....	44
3.3.3. QLQ-C30 3.0 EORTC Calidad de Vida	44
3.3.4. Optimismo Life Orientation Test.....	45
3.3.5. Escala de Autoestima de Rosenberg	45
3.3. PROCEDIMIENTO.....	45
3.3.1. Diseño utilizado:	46
3.3.2. Recolección de Datos:.....	46
3.3.3. Análisis de Datos:.....	46
3.3.4. Aspectos éticos:	47
CÁPITULO 4	47
RESULTADOS	47
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	47
4.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES.....	48
4.2.1. Confiabilidad de los instrumentos.....	48
4.3. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES.....	54
4.4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN	55
CÁPITULO 5	58
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
ANEXOS	79

CÁPITULO 1

INTRODUCCIÓN

Índice de Tablas

Tablas

Tabla 1.	Características Sociodemográficas de las Participantes.	47
Tabla 2.	Descripción de Variables Psicosociales	48
Tabla 3.	Consistencia Interna de las Escalas y Subescalas	49
Tabla 4.	Descripción de los ítems de la escala de Estrés	49
Tabla 5.	Descripción de ítems de la escala de Apoyo Social	50
Tabla 6.	Descripción de ítems de la escala de Optimismo	51
Tabla 7.	Descripción de ítems de la escala de Autoestima	52
Tabla 8.	Descripción de ítems de la subescala de Funcionamiento	52
Tabla 9.	Descripción de ítems de la subescala de Síntomas	53
Tabla 10.	Correlaciones	55
Tabla 11.	Análisis de Regresión Calidad de Vida	56
Tabla 12.	Análisis de Regresión Funcionamiento	56
Tabla 13.	Análisis de Regresión Síntomas	57
Tabla 14.	Análisis de Regresión Salud General	58

CÁPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2007) el cáncer de mama es la causa principal de muerte en mujeres entre 40 y 50 años de edad en los países desarrollados; en México es la segunda causa de muerte entre las mujeres mayores de 25 años de edad.

En los últimos años la conceptualización de la salud ha tomado un enfoque biopsicosocial, dejando atrás la percepción de salud como la ausencia de enfermedad y definiéndose, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el completo bienestar físico, psicológico y social.

El creciente aumento de las enfermedades crónicas y sus efectos en las diferentes áreas: física, psicológica y social, ha incrementado el interés por la calidad de vida y los factores biopsicosociales que la afectan, esto, en un intento por mejorar las condiciones en las que viven las personas que padecen alguna de estas enfermedades tales como diabetes, enfermedades coronarias, VIH y cáncer por mencionar algunas (Vinaccia & Orozco, 2005).

Según Vera-Villarroel y Buela-Casal (1999) cada vez hay más datos en los que se relacionan las variables psicológicas con el curso de la enfermedad de cáncer.

El cáncer de mama es una enfermedad muy temida debido a sus características como padecimiento (dolor, recaídas, muerte) y a los efectos secundarios de los tratamientos utilizados para combatirla (Ehrenzweig, 2007).

Se han realizado estudios en los que observa que el percibirse vulnerable hacia el cáncer de mama es considerado como una situación estresante. Esto se observa en la investigación realizada por Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005) en la cual señalan que el proceso de estrés comienza desde el momento en que la persona se da cuenta de que tiene alta probabilidad de padecer cáncer o cuando ya es una certeza.

Dettenborn, James, Valdimarsdottir, Montgomery y Bovbjerg, (2006) realizaron un estudio sobre la percepción de riesgo, los pensamientos intrusivos de padecer cáncer de mama y la respuesta biológica y psicológica del estrés, los resultados obtenidos indican que las mujeres que tenían pensamientos intrusivos acerca del cáncer de mama mostraban un aumento de estrés diario y de cortisol.

Se he encontrado que las situaciones interpretadas como estresantes pueden generar diferentes sentimientos negativos como miedo, ira y depresión, estas emociones activan mecanismos bioquímicos a nivel del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, que a su vez suprimen la respuesta inmune (Gómez & Escobar, 2002).

La interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales altera la respuesta inmunológica facilitando la aparición de enfermedad (Klinger et al., 2005) además, diferentes comportamientos influyen en las células inmunes aumentando o disminuyendo su actividad, durante periodos prolongados (Pereyra, 2006).

Kirschbaum et al. (1995) señalan que la exposición continua a situaciones estresantes eleva los niveles de cortisol lo que indica la activación de la corteza suprarrenal.

La alteración del sistema inmune se ha vinculado con la activación, el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas (Sirera, Sánchez & Camps,

2006), sin embargo esta relación no es planteada como causal sino como facilitadora de su aparición, curso o posible remisión (Vera-Villarroel & Buela-Casal, 1999).

Arbizu (2000) menciona que el efecto del estrés en el inicio o curso del cáncer, se puede presentar a través de cambios biológicos y conductuales que predisponen a la enfermedad. En el primer caso, el estrés altera la dinámica neuroendocrina, afectando la función inmunológica; en el segundo, los efectos del estrés pueden llevar a las personas a conductas o estilos de vida poco saludables como consumo de alcohol o tabaco.

El análisis de la participación del estrés en el desarrollo de la enfermedad, es un tema que ha generado muchas investigaciones (Seegerstrom & Miller, 2004) ya que es parte del enfoque que la psicología ha tenido durante muchos años dirigido hacia los modelos patógenos de la salud y al abordaje de las debilidades del ser humano (González, 2004).

Sin embargo, durante los últimos años ha crecido el interés en las distintas formas en que las personas hacen frente a las situaciones difíciles y estresantes que abordan en sus vidas (Chico, 2002); esto ha aumentando el interés en los recursos psicológicos que mejoran la salud, ya que estos funcionan como factores de protección psicológica relacionándose positivamente con la salud y el bienestar, y aumentan la resistencia a la adversidad facilitando una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios y dificultades de los sucesos vitales de la vida (Remor, Amorós & Carrobles, 2006).

Existen diferentes variables que se han estudiado debido a sus efectos positivos en la salud, entre las cuales se encuentran el apoyo social, la autoestima y actualmente el optimismo.

Helgeson y Cohen (1996) revisaron estudios que examinaban el impacto del entorno social en la progresión de la enfermedad; los resultados indicaron que el apoyo social emocional es el más valorado por las personas con cáncer y que indica un mejor ajuste psicológico, entendiéndose este, como adaptación a la enfermedad sin trastornos psicológicos; además encontraron que la intervención de apoyo social con enfoque educativo tenía mayores efectos en el ajuste psicosocial debido a que tiene efectos de mejora de la autoestima, restauración de la percepción de control, generar optimismo sobre el futuro, proveer un sentido para la experiencia, y el fomentar el procesamiento emocional.

En el 2000 Helgeson, Cohen, Schulz y Yasko, encontraron que las personas con cáncer que no cuentan con el apoyo de su pareja o su medio social son las más beneficiadas con las intervenciones de apoyo social ya que el grupo de apoyo compensa el déficit del mismo, mejorando el funcionamiento físico, la autoestima y la imagen corporal.

Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer y Spiegel (2000) analizaron la relación entre apoyo social y la función neuroendocrina en mujeres con cáncer de mama metastásico, concluyendo que un mayor apoyo social percibido disminuye la concentración de cortisol, lo que podría indicar una influencia del apoyo social sobre la disminución del estrés.

Alferi, Carver, Antoni, Weiss y Durán (2001) señalan que el apoyo emocional e instrumental disminuye el distrés en mujeres con cáncer de mama después de una cirugía; Trunzo y Pinto (2003) investigaron el efecto del apoyo social (afectivo y confidencial) en la relación del optimismo y el distrés emocional, los resultados señalaron que el apoyo social afectivo media una asociación negativa entre el optimismo y el distrés.

Cannella (2006) examinó la relación entre el apoyo social y las practicas positivas de salud utilizando la percepción de la salud y el optimismo como

variables mediadoras, los resultados indicaron una influencia positiva entre el apoyo social y la percepción del estado de salud, y entre apoyo social y las practicas positivas de salud, además encontraron una relación positiva entre el apoyo social y el optimismo y entre el optimismo y practicas positivas de salud.

Respecto al optimismo Chang (1998) realizó una investigación para conocer la relación entre el optimismo, la evaluación primaria y secundaria, las estrategias de afrontamiento y la adaptación física y psicológica en estudiantes universitarios, encontrando diferencias entre optimistas y pesimistas respecto a la evaluación primaria, en la cual, los optimistas mostraban más pensamientos de control y eficacia para realizar un examen utilizando estrategias de reestructuración cognitiva; además los optimistas mostraron una mejor adaptación física y psicológica que los pesimistas.

Esto es similar a lo que mencionan Sheier, Kumari y Carver (1986) que señalan el optimismo está relacionado con estrategias de afrontamiento más adaptativas, como enfocarse en el problema y reinterpretación positiva.

En 1993 Carver et al. examinaron el optimismo, el distrés y las estrategias de afrontamiento entre mujeres con cáncer de mama en situaciones de crisis (diagnóstico, precirugía, poscirugía), los resultados indican una relación positiva entre el optimismo y estrategias de afrontamiento como aceptación, uso del humor y reformulación positiva, las cuales a su vez se relacionaron negativamente con el distrés.

Por otro lado, el estudio de Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey (1998) muestra que el optimismo se asocia con un menor grado de alteraciones en el humor y cambios en el sistema inmunológico durante situaciones estresantes, incrementando la función y el número de las células T.

Brissette, Scheier y Carver (2002) mencionan que las personas optimistas presentan menor estrés y depresión en situaciones estresantes y cuentan con una red de apoyo social más amplia; además se ha encontrado que el optimismo predice menor cantidad de síntomas de ansiedad y depresión mediado por el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Epping-Jordan et al., 1999).

Pedro (2001) estudió la relación entre la autoestima, habilidades aprendidas, Carver, Lehman y Antoni (2003) mencionan que niveles bajos de optimismo en mujeres con cáncer de mama, se asocian a la disrupción social y de actividades recreativas, además de presentar mayor distrés y síntomas de fatiga.

En cuanto a la autoestima Hall, Kotch, Browne y Rayens (1996) investigaron el papel de la autoestima como mediador de los factores de estrés y recursos sociales en mujeres post parto con síntomas depresivos y encontraron que una baja autoestima y mayor estrés cotidiano se relacionan con un mayor nivel de síntomas depresivos.

Peden, Hall, Rayens, Beebe y Lora (2000) evaluaron la relación entre autoestima, pensamientos negativos y síntomas de depresión en mujeres universitarias, obteniendo como resultados que los pensamientos negativos median la relación entre la autoestima y los síntomas depresivos, sin embargo también se encontró una relación negativa directa entre autoestima, síntomas de depresión y pensamientos negativos.

En el 2004 Landero y González analizaron la relación entre variables psicosociales, estrés y salud percibida en una muestra incidental de mujeres, encontraron una relación negativa entre apoyo social, autoestima y estrés; y una relación positiva entre salud mental y autoestima; es decir, a mayor percepción de apoyo social y mayor autoestima, menor es el nivel de estrés y mayor percepción de salud.

Por otro lado Manos, Sebastián, Bueno, Mateo y De la Torre (2005) estudiaron la influencia de variables sociodemográficas y la calidad de vida en la imagen corporal y la autoestima de mujeres con cáncer de mama, los resultados indicaron una relación negativa entre el deterioro de la calidad de vida y la autoestima e imagen corporal.

Pedro (2001) estudió la relación entre la autoestima, habilidades aprendidas, apoyo social y calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, los resultados indican una relación positiva y significativa entre la autoestima y la percepción de calidad de vida, además se encontró una relación negativa significativa entre pérdida del apoyo social y la calidad de vida total.

Respecto a la calidad de vida Shapiro et al. (2001), estudiaron la relación entre calidad de vida y aspectos psicosociales en mujeres con cáncer de mama y encontraron que la calidad de vida se relacionaba negativamente con la depresión, ansiedad, hostilidad y emociones negativas.

Esto es similar a lo que mencionan Lugo, Martínez, Alizo y Sojo (2006), que al realizar una intervención para disminuir la ansiedad y depresión, mejoró la calidad de vida en pacientes diagnosticados con cáncer.

Para Ruiz, Garde, Ascunce y Del Moral (1998), la calidad de vida percibida queda afectada cuando existen niveles altos de ansiedad y depresión, sin tomar en cuenta la fase del proceso de intervención en el que se encuentra la enfermedad.

Bragado, Gómez y Hernández (2008) en un estudio comparativo señalan que las mujeres con cáncer de mama tienen una menor calidad de vida que las mujeres con cáncer ginecológico.

Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjerstad, y Ruland (2005) evaluaron la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en el momento del diagnóstico y a los tres y doce meses después del mismo, comparándola con mujeres sanas; los resultados mostraron un bajo funcionamiento emocional, cognitivo y social en los tres momentos de evaluación en comparación con el grupo control; se observó una mejoría en el funcionamiento emocional a los tres y doce meses después del diagnóstico, sin embargo, era menor que en el grupo control; también se encontró un mayor reporte de síntomas a los tres meses, el cual mostró una disminución a los doce meses del diagnóstico.

Janz et al. (2005) evaluaron la relación entre variables sociodemográficas, médicas y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama encontrando un menor puntaje en seis de las nueve dimensiones de calidad de vida en las mujeres más jóvenes (menores de 70 años de edad) además, las pacientes que recibieron tratamiento de quimioterapia, a diferencia de las que no, mostraban menor calidad de vida en las dimensiones de funcionamiento social, imagen corporal, fatiga y perspectiva de futuro; por otro lado, se observó que el nivel de educación aumentaba el nivel de la calidad de vida, en particular en la dimensión de funcionamiento social en mujeres que recibieron quimioterapia.

En un estudio de cohorte sobre la calidad de vida y el ajuste psicosocial en mujeres con cáncer de mama mayores de 65 años, los resultados indicaron una relación fuerte y positiva entre ajuste psicosocial y apoyo social, además encontraron que una mejor percepción de la salud a los 15 meses del diagnóstico era predicha por un mejor funcionamiento físico, mejor salud mental y mayor apoyo social al inicio del estudio a los tres meses de diagnóstico (Ganz et al., 2003).

Avis, Crawford y Manuel (2005) realizaron un estudio para describir e identificar factores relacionados con una calidad de vida deteriorada en mujeres jóvenes con cáncer de mama con 4 a 42 meses de diagnóstico, los resultados muestran

pocos factores sociodemográficos y médicos relacionados a la calidad de vida, además se encontró que la calidad de vida se relacionan negativamente con la perdida de trabajo y de las actividades habituales durante tres meses después del diagnóstico; los problemas en la relación de pareja, en el funcionamiento sexual y la imagen corporal; así como el menor uso de estrategias de adaptación.

¿Cuáles son los niveles y la relación existente entre estrés, apoyo social, Samarco (2009) examinó las diferencias entre la calidad de vida, el apoyo social percibido y la incertidumbre de la vida en mujeres jóvenes y mayores sobrevivientes de cáncer de mama, encontrando que las mujeres jóvenes con cáncer de mama percibían más apoyo social que las mujeres de mayor edad, por otro lado, se encontró una calidad de vida aceptable aunque sin diferencias en la puntuación total de los grupos, sin embargo en las subescalas las mujeres de mayor edad muestran nivel más alto de puntuación en las áreas psicológica, espiritual y socioeconómica en comparación con las mujeres jóvenes.

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Como hemos visto los avances en el tratamiento de cáncer han aumentado, teniendo un efecto en el aumento de la supervivencia, sin embargo el tipo de tratamientos para combatir el cáncer pueden ser agresivos deteriorando la calidad de vida de las personas, como lo menciona Schwartzmann (2003) el aumento en cantidad de años vividos, no está necesariamente relacionado con mejor calidad de vida, ya que el bienestar no depende únicamente de variables físicas sino de variables psicológicas y psicosociales, que son consideradas como codeterminantes de esta (Llull, Zanier & García, 2003). a su diagnóstico y tratamiento (Vinaccia & Orozco, 2005) estas respuestas psicosociales afectan la Esto hace ver la necesidad de explorar cuales de estas variables psicológicas y psicosociales tienen mayor influencia sobre la calidad de vida por lo que se plantean las siguientes preguntas: ¿Cuál es el nivel de estrés, apoyo social,

optimismo, autoestima y calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama?
¿Cuál es la relación que existe entre el estrés, apoyo social, optimismo y calidad de vida? ¿Qué variables actúan como predictores de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama?, las cuales dan pie a la pregunta central de esta investigación:

¿Cuáles son los niveles y la relación existente entre estrés, apoyo social, optimismo y autoestima con respecto a la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama del área metropolitana de Monterrey N. L.?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La prevalencia de cáncer de mama en México se ha incrementado en los últimos treinta años, pasando del decimoquinto al segundo lugar general como causa de muerte y ocupando el primer lugar en mujeres de 35 años de edad (Cárdenas & Sandoval, 2006); de acuerdo con el Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009 del Estado de Nuevo León el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las mujeres mayores de 45 años incrementándose el riesgo con el aumento de edad, además menciona que los municipios más afectados son los de mayor población y más urbanizados tales como Monterrey, San Nicolás de los Garza y Guadalupe.

Estos datos epidemiológicos hacen que el cáncer de mama sea un tema de vital importancia a nivel político-sanitario, sin embargo también es un tema de interés para los profesionales de salud mental (Cervera & Aubá, 2005) debido a las consecuencias psicológicas y sociales complejas que implica su diagnóstico y tratamiento (Vinaccia & Orozco, 2005) estas respuestas psicosociales afectan la calidad de vida del paciente (Terol et al., 2000), según Font (1994) más que los aspectos físicos; esto se observa en que a pesar del acceso con que se cuenta para la prevención y tratamiento del cáncer de mama solo se ha conseguido

aumentar los años de supervivencia, sin impedir el deterioro que se produce en las diferentes dimensiones de la calidad de vida (Montes, Mullins & Urrutia, 2006).

Por esta razón se considera importante investigar sobre las variables psicosociales que permiten el ajuste a las situaciones que enfrentan las personas con cáncer de mama y que pueden mejorar su calidad de vida en sus diferentes dimensiones; aunque existen datos sobre la influencia de las variables planteadas sobre la calidad de vida, todavía no se ha determinado cuál de ellas es la que tiene mayor peso para predecir la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.

Llevar a cabo este estudio es relevante debido a que busca ampliar los conocimientos acerca de las variables propuestas y determinar cuál de ellas tiene mayor influencia sobre la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama para así contribuir a la elaboración de abordajes terapéuticos que sean adecuados para las necesidades de estas mujeres y que estos contribuyan a mejorar su calidad de vida, como lo mencionan Arraras, Illarramendi, Manterola, Salgado y Domínguez (2007) la valoración de la calidad de vida es de gran utilidad en la práctica y ensayos clínicos con la enfermedad de cáncer de mama, así como en la adaptación de las pacientes a su situación y a la toma de decisiones.

1.4. OBJETIVO GENERAL

Conocer los niveles de las variables psicosociales (estrés, apoyo social, optimismo y autoestima) y la calidad de vida (síntomas, funcionamiento, salud general), la consistencia interna de las escalas. Así como la relación entre las variables, en un grupo de mujeres con cáncer de mama.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las participantes.
- Evaluar el nivel de estrés, apoyo social, optimismo, autoestima y calidad de vida de un grupo de mujeres con cáncer de mama, así como la descripción de las escalas y su confiabilidad.
- Evaluar la relación entre las variables de estrés, apoyo social, optimismo, autoestima y calidad de vida de un grupo de mujeres con cáncer de mama.
- Determinar los predictores de la calidad de vida y sus dimensiones en un grupo de mujeres con cáncer de mama.

1.6. HIPOTESIS

- El estrés se relaciona negativamente con el apoyo social, optimismo, autoestima y calidad de vida.
- El apoyo social se relaciona positivamente con el optimismo, la autoestima y la calidad de vida.
- El optimismo se relaciona positivamente con el apoyo social y la autoestima.
- La calidad de vida se relaciona positivamente con el apoyo social, optimismo y autoestima.
- El apoyo social, optimismo y la autoestima son variables predictoras de la calidad de vida.

1.7. LIMITACIONES

- La muestra utilizada fue por conveniencia de acuerdo a la participación voluntaria de cada paciente y a las facilidades otorgadas por las instituciones por lo que los resultados solo son aplicables a la muestra estudiada.

2.1. CÁNCER

- Existen diferentes condiciones que afectan la calidad de vida entre ellas las condiciones médicas y sociodemográficas, las cuales no se consideraron en este estudio, el cual se enfoca en variables psicosociales.
- La escala de optimismo obtuvo un valor bajo en el análisis de consistencia interna, por lo que las estimaciones respecto a esta variable podrían implicar imprecisiones.

Cuando estas células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas, sin embargo a veces este proceso de división se descontrola, lo que hace que células nuevas se formen cuando no son necesarias y que las células viejas no mueran cuando deben de morir, como estas células ya no tienen una función, se acumulan formando una masa de tejido a la cual se le llama tumor, no todos los tumores son cancerosos, existen tumores benignos y malignos, las características de los primeros es que generalmente se pueden extraer y no vuelven a crecer por lo que no se diseminan hacia otros tejidos; en el caso de los tumores malignos sus células pueden invadir el tejido a su alrededor y pasarse a otros órganos del cuerpo (National Cancer Institute, 2007).

2.1.1. Epidemiología

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su publicación *Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer 2008*, los tumores

CÁPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. CÁNCER

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizada por el crecimiento descontrolado y extendido de células anormales (American Cancer Society, 2006).

Las células son las unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo. El cuerpo está compuesto de muchos tipos de células. Estas células tienen un proceso de crecimiento y división para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita.

Cuando estas células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas, sin embargo a veces este proceso de división se descontrola, lo que hace que células nuevas se formen cuando no son necesarias y que las células viejas no mueran cuando deben de morir, como estas células ya no tienen una función, se acumulan formando una masa de tejido a la cual se le llama tumor, no todos los tumores son cancerosos, existen tumores benignos y malignos, las características de los primeros es que generalmente se pueden extraer y no vuelven a crecer por lo que no se diseminan hacia otros tejidos; en el caso de los tumores malignos sus células pueden invadir el tejido a su alrededor y pasarse a otros órganos del cuerpo (National Cancer Institute, 2007).

2.1.1. Epidemiología

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su publicación *Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer 2008*, los tumores

malignos fueron la tercera causa de muerte en México en el año 2006, esto representa 12.9% del total de las defunciones registradas.

- Linfoma no Hodgkin

Las defunciones por cáncer representaron 11.3% del total de fallecimientos en los varones y 14.9%, en las mujeres.

- Endometrio

En las mujeres, 13.9% de las defunciones por cáncer corresponden al del cuello del útero y 15% al de mama; el de hígado y vías biliares intrahepáticas ocasionó 9.2% de las muertes.

2.2. CÁNCER DE MAMA

De acuerdo con la Secretaría de salud (2007), en México el cáncer de mama se mantiene como la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 25 años, además señala que los datos de morbilidad del cáncer de mama por entidad federativa en el 2005 indican una mayor incidencia en el Distrito Federal y Jalisco, además en los estados del norte, particularmente las entidades fronterizas, como Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora, Baja California Sur y Tamaulipas (Subsecretaría de prevención y protección de la salud, 2002).

- Masa o nódulo en el interior de la mama

También mencionan que de acuerdo a cifras del INEGI y CONAPO de 1992 al 2004 se ha observado un incremento constante en el número de fallecimientos en mujeres mayores de 25 años, debido al cáncer de mama.

- Enrojecimiento de la piel de la mama

2.1.2. Tipos de cáncer más comunes.

- Cambios en la textura de la piel mamaria (piel de naranja)

- Crecimiento de ganglios linfáticos axilares

De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (2006) los tipos de cáncer más comunes se toman con base a los tipos de cáncer que se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres y hombres hispanos en los Estados Unidos; para que un cáncer se considere común, el número estimado de casos nuevos para 2006 tenía que ser de 2 000 o más, dentro de esta estimación destacaron:

sin embargo, se han identificado numerosos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de padecerla.

- Cáncer de mama

- Cáncer de colon y recto
- Pulmón
- Linfoma no Hodgkin
- Riñón
- Estomago
- Endometrio
- Cervical

2.2. CÁNCER DE MAMA

“El cáncer del seno (mama) es una enfermedad por la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama” (National Cancer Institute, 2008, p.2).

Seguendo a Weiss (1997) las bases esenciales para el diagnóstico de cáncer de mama son las siguientes:

- Masa o nódulo en el interior de la mama
- Formación de hoyuelos en la piel sobre alguna área de la mama
- Retracción del pezón
- Secreción por el pezón (sanguinolenta)
- Enrojecimiento de la piel de la mama
- Cambios en la textura de la piel mamaria (piel de naranja)
- Crecimiento de ganglios linfáticos axilares.

2.2.1. Causas y/o Factores de riesgo

De acuerdo con Novoa, Pliego, Malagón y Bustillos (2006) aun no se ha podido definir el motivo que directamente inicie la enfermedad en la glándula mamaria, sin embargo, se han identificado numerosos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de padecerla.

que una menstruación temprana y menopausia tardía se asocian a largos
Alonso (2000) clasifica los factores de riesgo de la siguiente manera:

edad avanzada también aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama junto

con • Factores Genéticos: entre estos se incluye la historia familiar y la
riesgo predisposición genética asociada a los genes BRC1 y BRC2, localizados
la dosis en el cromosoma 17q y 13q, respectivamente.

Lo • Factores Personales: entre estos se distinguen los modificables y no
factores modificables. Los modificables incluyen la nuliparidad y mayor edad al

- nacimiento del primer hijo, señalándose el efecto protector de la lactancia natural. Dentro de estos también se encuentra la obesidad y el escaso ejercicio físico como factores de riesgo. Los no modificables incluyen la menarca temprana (antes de los 12 años), mayor edad en la aparición de la menopausia (posterior a los 45), además de las lesiones de tipo proliferativo hiperplásico, la raza blanca y el nivel socioeconómico alto han sido asociados como factores de riesgo para el cáncer de mama.
- años y menopausia después de los 52 años).

- Factores Exógenos: entre estos se destaca la terapia hormonal sustitutiva incrementándose el riesgo a mayor duración de la misma y cuando se incluyen estrógenos solos. En cuanto a los anticonceptivos orales no hay datos concluyentes; sin embargo, se señala un mayor riesgo en pacientes con predisposición genética.

Brandan y Villaseñor (2006) mencionan que el riesgo más importante para padecer cáncer de mama es ser mujer ya que la relación de este cáncer entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1; también señalan que la incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad.

micrometastásicas mediante quimioterapia o terapia hormonal. El objetivo del Asimismo, señalan que se ha observado una relación del cáncer de mama con el estado hormonal debido a que existe evidencia que indica que la exposición a estrógenos es un factor crítico para el cáncer de mama; sobre esto se resalta

que una menstruación temprana y menopausia tardía se asocian a largos periodos de exposición a estrógenos, además la nuliparidad y los embarazos en edad avanzada también aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama junto con el uso de hormonas y anticonceptivos, el efecto de estos como factores de riesgo va a depender del tiempo de uso, de la edad en que se inició la ingesta y la dosis y tipo de hormonas empleadas.

Lo anterior es similar a lo que señalan Cárdenas y Sandoval (2006) como factores de riesgo:

- Mujer mayor de 40 años.
- Historia personal o familiar de cáncer de mama.
- Nuligesta o primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- Antecedente de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica).
- Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Antecedente de terapia hormonal de reemplazo prolongada (mayor de 5 años).
- Obesidad.

2.2.2. Tratamiento Médico

De acuerdo con Weiss (1997) el tratamiento de cáncer de mama consta de dos fases diferentes: 1) la extirpación del tumor primario y 2) erradicar la enfermedad sistémica; en las pacientes sin signos de enfermedad sistémica los objetivos son controlar la enfermedad local y en otros casos erradicar la enfermedad sistémica micrometastásica mediante quimioterapia o terapia hormonal. El objetivo del tratamiento posoperatorio va dirigido a prevenir recurrencias y se conoce como terapia coadyuvante.

Según García y Martín (2007) la estrategia terapéutica contra el cáncer es el control regional de la enfermedad, dando primeramente tratamiento sobre la mama y sus cadenas ganglionares regionales además de tratar la enfermedad a distancia, es decir, las micrometástasis en los estadios iniciales o avanzados. De acuerdo a lo anterior, los tratamientos se dividen en dos tipos: 1) tratamientos locales: como la cirugía y la radioterapia, que actúan solo en la zona anatómica del tumor que incluye la mama y sus cadenas linfoganglionares regionales; 2) tratamientos sistémicos: como la quimioterapia, la hormonoterapia y tratamientos biológicos, estos actúan sobre todo el organismo para erradicar la enfermedad metastásica o micrometastásica.

A continuación se describen algunas modalidades de tratamiento según Weiss (1997):

Terapéutica Hormonal

Cirugía

La base fundamental del tratamiento local es la cirugía y, en algunos casos, la radioterapia. Es más efectiva la cirugía que cualquier otra modalidad terapéutica, por lo que es importante que se realice, de ser posible, la resección quirúrgica definitiva. La cirugía practicada con mayor frecuencia para el control local definitivo es la mastectomía radical modificada, sin embargo, existe la opción de la mastectomía segmentaria seguida por radioterapia para tumores menores de 4cm.

Radioterapia

La función de la radioterapia dentro del control local del cáncer de mama es la erradicación de la enfermedad microscópica residual dentro de la mama. La radioterapia se usa de manera rutinaria en las resecciones segmentarias ya que los índices de recurrencia local son altos y no es así con la mastectomía radical realizada a las pacientes en etapa I y II. La radioterapia posoperatoria debe considerarse en situaciones de riesgo de recurrencia local como en el caso de

tumores locales mayores de 5cm. o dudas de la afectación tumoral en los márgenes de la resección.

Quimioterapia

Se considera la tercera modalidad principal en el tratamiento de cáncer de mama; la quimioterapia es utilizada para erradicar enfermedad micrometastásica y en mujeres con enfermedad metastásica es utilizada para retardar la progresión del cáncer. El cáncer de mama responde de manera favorable a muchos quimioterapéuticos, siendo estos más efectivos al utilizarse de manera combinada. La intensidad de la dosis desempeña una función importante en la respuesta a la quimioterapia en el tratamiento de la enfermedad metastásica y en un mejor pronóstico en pacientes que reciben tratamiento coadyuvante.

Terapéutica Hormonal

Este tipo de tratamiento se considera en las mujeres que tienen tumores primarios positivos en ER o PgRs. Las opciones de tratamiento hormonal se eligen por la cantidad relativa de riesgo de toxicidad. La terapéutica hormonal más utilizada es el análogo esteroide tamoxifén, que compite con el estrógeno para unirse con el receptor estrogénico y se considera que es el que tiene efectos adversos más leves.

Además de los factores hereditarios, ambientales y estilos de vida, dentro de los promotores de cáncer también encontramos factores psicológicos (Prieto, 2004).

2.2.3. Aspectos Psicológicos

El interés por los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer es relativamente reciente y comienza su impacto a nivel internacional en los años 70 con una serie de cambios, entre los que destacan que el cáncer dejó de verse como enfermedad mortal debido a que tratamientos como la quimioterapia

favorecieron un mejor pronóstico de la enfermedad, lo que permitió que se concibiera como una enfermedad crónica con la que el paciente conviviría por mucho tiempo y por lo que toma importancia proporcionar ayuda para la adaptación a esta nueva situación (Durá & Ibáñez, 2000; Rivero et al., 2008).

2.3. CALIDAD DE VIDA

Por otro lado, el interés por las personas con cáncer terminal y la promoción del derecho a la información del diagnóstico a los pacientes, sacó a relucir la complejidad de esta situación lo que llevó a determinar a quiénes y en qué situaciones habría que informar y quién o quiénes serían los encargados de esta función.

Dentro de este margen también comenzaron a encontrarse aspectos biológicos relacionados con el cáncer; así, en los años 80 las investigaciones médicas pusieron de manifiesto las influencias ambientales y comportamentales que se relacionan directa o indirectamente con la etiología del cáncer, algunas de ellas son: el alcohol, el tabaco, la dieta, las prácticas sexuales, las radiaciones solares, entre otros.

De esta manera aparece la prevención para contrarrestar una enfermedad para la que no se han encontrado tratamientos; por su parte, la psicología oncológica comienza a enfocar su atención a los estilos de vida y las conductas de salud que promuevan comportamientos que prevengan el desarrollo del cáncer. Asimismo, se empezó a reconocer la influencia de variables psicológicas tales como el estrés, apoyo social, personalidad, calidad de vida y la influencia directa o indirecta, positiva o negativa que estas tienen sobre las enfermedades (Durá & Ibáñez, 2000; Rivero et al., 2008).

Es así como nace la Psicooncología la cual es el estudio de los aspectos psicológicos de la atención y tratamiento del cáncer, esta se ocupa principalmente de dos aspectos: 1) de las respuestas psicológicas ante el cáncer del paciente, de la familia y del personal de salud, ante todas las etapas, y 2) de

los factores psicosociales que pueden influir en el proceso de la enfermedad (Marks et al., 2008). al comparado con lo que ellos perciben posible e ideal (Cella & Tulsky, 1993 en Buceta & Bueno, 1996).

2.3.1. Evaluación de la Calidad de Vida **2.3. CALIDAD DE VIDA**

Según Gómez-Vela y Sabeih (2000) el interés por el tema de Calidad de Vida ha existido desde siempre, sin embargo, la aparición del concepto y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente ya que el termino comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta llegar a convertirse en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

La evaluación de la calidad de vida nos indica el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción de bienestar del paciente, esta Robles (2006) menciona como el concepto de calidad de vida ha ido cambiando a lo largo del tiempo, comenta que el termino comenzó haciendo referencia al cuidado de la salud personal, después se le agregó la preocupación por la salud e higiene publicas y se extendió hacia los derechos humanos, laborales y ciudadanos, a esto se le adhirió la capacidad de acceso a los bienes económicos, para finalmente convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Como podemos observar, el termino de calidad de vida se utiliza con mucha frecuencia; a pesar de que no contar con una definición que sea aceptada universalmente, existe un consenso respecto a las características importantes en este concepto tales como: la subjetividad de la evaluación, la multidimensionalidad, la temporalidad y la relación con el estado de salud. (Arraras, Martínez, Manterota & Laínez, 2004)

Existen diferentes definiciones de la calidad de vida, las aceptadas son aquellas que cubren las características antes mencionadas.

Calidad de vida es la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos perciben posible e ideal (Cella & Tulsky, 1993 en Buceta & Bueno, 1996).

2.3.1. Evaluación de la Calidad de Vida

Martín, Sánchez y Sierra (2005) mencionan que la preocupación por valorar las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento producían en la vida de los pacientes dio lugar a la evaluación de la calidad de vida, además mencionan que el cáncer es una de las enfermedades en las que, debido a los efectos de su tratamiento, tiene más relevancia conocer la calidad de vida de los pacientes.

La evaluación de la calidad de vida nos indica el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción de bienestar del paciente, esta percepción depende de sus propios valores y creencias, su contexto cultural y su historia personal (Schwartzmann, 2003).

De acuerdo con Oblitas (2004) los factores que conforman y en base a los cuales se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud son:

- Síntomas y quejas subjetivas
- Diagnósticos
- Funcionamiento fisiológico
- Funcionamiento psicológico y cognitivo
- Funcionamiento físico
- Percepciones generales de salud
- Funcionamiento social.

Según Buceta y Bueno (1996) las áreas de evaluación del impacto de la enfermedad y terapia en calidad de vida son las siguientes:

- Estado funcional: en este se incluye la capacidad de trabajar, la capacidad de hacer uso del tiempo libre y el autocontrol.
- Síntomas físicos asociados al cáncer: dentro de estos se señala el dolor, movilidad, sueño, apetito, función sexual y problemas causados por la enfermedad.
- Problemas causados por los tratamientos: reacciones condicionadas a quimioterapia, dolor agudo, ausencia de control de esfínter, entre otros.
- Efectos psicológicos asociados: ansiedad, depresión, agresividad; estilos de afrontamiento/ajuste y preferencias por los estilos de afrontamiento activos o pasivos; autoestima y confianza; cambios en el esquema físico, entre otros.
- Interacción social: en este se incluyen las relaciones con familiares y amigos, las relaciones con los compañeros de trabajo y las de pareja.

2.4. ESTRÉS

“El término estrés denota el efecto de estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis sobre las constantes fisiológicas y la conducta de los seres vivientes” (González & Escobar, 2006, p. 30).

2.4.2. Estrés Psicosocial

Existen diferentes teorías acerca del estrés, a continuación retomamos tres de las que han tenido mayor impacto:

2.4.1. Estrés Fisiológico

Este tipo de estrés es considerado como una respuesta general del organismo

ante cualquier tipo de estímulo estresor o situaciones estresantes (Seyle, 1985; en Rodríguez, 1995). Según Sandín (2003) desde este enfoque la respuesta del estrés se percibe como un conjunto de respuestas fisiológicas, básicamente hormonales; describe la de activación del eje hipotálamo-hipófiso-córticosuprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides (cortisol, etc.), y del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción a estímulos inespecíficos (estresores).

Seyle propuso una secuencia de reacciones fisiológicas, a las que denominó, Síndrome General de Adaptación (SGA) que consiste en tres fases o estadios (alarma, resistencia y agotamiento) los cuales se explican a continuación (Seyle, 1985; en Rodríguez, 1995):

Fase de Reacción de Alarma: corresponde a la respuesta de lucha o huida, consiste en movilizar los recursos del organismo activándolo mediante el sistema simpático-adrenal.

El proceso psicológico consta de tres componentes:

Fase de Resistencia: en esta etapa organismo intenta adaptarse al estresor, la activación fisiológica disminuye aunque se mantiene en un nivel más alto de lo normal.

Fase de Agotamiento: la energía y la capacidad para resistir al estresor se reduce, se produce un agotamiento y fracasa el sistema.

2.4.2. Estrés Psicosocial

Según Pereyra (2006) este tipo de estrés pone acento en los estímulos ambientales, localizando el estrés fuera del individuo; menciona que los responsables del desarrollo de la teoría de los sucesos vitales fueron Holmes y Rahe (1967) quienes investigaron sobre acontecimientos precedentes a la enfermedad en pacientes hospitalizados, encontrando evidencias de que los

cambios ocurridos, positivos o negativos, en la vida de las personas requerían de un reajuste y, de no manejarse adecuadamente incrementaban la posibilidad de contraer la enfermedad.

La evaluación primaria, se centra en la situación y se produce en un encuentro o

Sandín (2003) menciona que la propiedad característica de los sucesos vitales es que estos acontecimientos implican cambios en las actividades usuales de las personas que los experimentan, por lo que se considera que el potencial estresante de la situación está en función de la cantidad de cambio que conlleva.

evaluación se considera si la situación es relevante para los propios valores,

relacionados a los objetivos, para las creencias sobre el self, el mundo y los recursos personales.

2.4.3. Estrés Psicológico

La teoría base de este estudio es la teoría del estrés psicológico que fue desarrollada por Lazarus y Folkman (1986, en Rodríguez, 1995) es la relación entre el individuo y su entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar.

Las medidas que se adoptan para enfrentar la situación, se incluyen los recursos de afrontamiento

El proceso psicológico consta de tres componentes: sociales.

1. Se presenta una situación inicial en la que se vive un acontecimiento que tiene el potencial de perjudicar o ser peligroso (acontecimiento estresante o estresor).
2. Este acontecimiento es interpretado como peligroso, amenazante o perjudicial.

2.5. APOYO SOCIAL

3. Se da la activación del organismo como una respuesta a la amenaza y generalmente es una respuesta de ansiedad. (Lazarus & Folkman, 1986 en Rodríguez, 1995).

Según

relación algunas veces se define en base a la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, de acuerdo a un tipo particular de la La valoración es un proceso de evaluación a través de acciones cognitivas que realiza el sujeto, siendo o no consiente de ello. Existen dos tipos de valoración

(primaria y secundaria) las cuales actúan de manera interdependiente. A continuación se describen brevemente los tipos de evaluación:

La evaluación primaria, se centra en la situación y se produce en un encuentro o transacción de alguna demanda externa o interna; dentro de esta se incluyen cuatro modalidades de evaluación: 1) Amenaza: anticipación de un posible daño; 2) Daño/ pérdida: resultados de la amenaza; 3) Desafío: valoración de resultados inciertos y 4) Beneficio: valoración positiva que no induce al estrés. En esta evaluación se considera si la situación es relevante para los propios valores, para los compromisos relacionados a los objetivos, para las creencias sobre el self, el mundo y los recursos personales.

En la evaluación secundaria se da un proceso cognitivo-evaluador que se centra en lo que la persona puede hacer sobre la relación estresante persona-medio, en esta evaluación considera la eficacia que tendrán las medidas que se adopten para enfrentar la situación; se incluyen los recursos de afrontamiento que pueden ser físicos, psicológicos, ambientales y sociales.

Por último, se hace una reevaluación la cual incluye los procesos de retroalimentación que se dan en el proceso de interacción de entre el individuo y las demandas, esto permiten hacer acciones correctivas, asimilando la nueva información y los cambios de situación que llevan a cambios de conducta (Lazarus & Folkman, 1986 en Oblitas, 2004; Lazarus, 2000).

2.5. APOYO SOCIAL

Según Rodríguez (1995) el apoyo social se refiere a diferentes aspectos de las relaciones sociales, ya que algunas veces se define en base a la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, de acuerdo a un tipo particular de la relación social (matrimonio, amistad, organización) o en términos de la estructura de las relaciones sociales; algunas veces el apoyo social también se define en

términos del contexto funcional de las relaciones, tomando en cuenta el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible e información. Sin embargo, una definición de apoyo social en forma general es la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales (Rodríguez, 1995).

De acuerdo con Nieto, Abad, Esteban y Tijerina (2004) apoyo social son el conjunto de vínculos con los que cuenta una persona, ya sea individualmente o como miembro de un grupo, ya sea familiar, laboral, etc. Dentro de la situación de enfermedad existe el supuesto de que el apoyo social esta negativamente relacionado con la enfermedad y, dentro de esta situación, el apoyo social se manifiesta de diferentes formas como con ayuda domiciliaria, económica, acompañamiento; o puede ser naturaleza psicológica como un estímulo, refuerzo ante la situación de enfermedad.

2.5.1. Apoyo social y salud.

Según Cobb (1976) el apoyo social facilita enfrentar las crisis y la adaptación al cambio, además el apoyo social protege al individuo en el paso de las transiciones y crisis del ciclo de la vida y de estados patológicos que van desde bajo peso al nacer hasta la muerte; de la tuberculosis a la depresión, del alcoholismo y otras enfermedades psiquiátricas.

Además, el apoyo social puede reducir la cantidad de medicación requerida y acelerar la recuperación y facilitar el cumplimiento con regímenes médicos.

De acuerdo con Cohen y Wills (1985) la relación entre el apoyo social y la salud podría explicarse debido a que la falta de relaciones sociales positivas conduce a estados psicológicos como la ansiedad y depresión y que estas a su vez pueden influir en la salud física, esta influencia puede ser a través de un efecto directo en los procesos fisiológicos que conllevan a la susceptibilidad de

enfermar o a través de comportamientos que aumentan el riesgo de enfermedad.

individuos interpretan una situación como estresante, debido a que esto genera También menciona que el apoyo social tiene un efecto beneficioso debido a que las redes sociales proveen experiencias positivas y estables, además de papeles recompensados por la comunidad, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar debido al afecto positivo, el sentido de previsibilidad, la estabilidad en las situaciones de la vida y el reconocimiento de autovaloración que provee. y la perspectiva funcional.

Se han propuesto dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud, uno es el modelo del efecto directo, el cual postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independiente de los niveles de estrés del individuo; y el otro es el modelo del efecto amortiguador, el cual postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patógenos de los eventos estresantes (Cohen & Wills, 1985).

La perspectiva funcional se interesa en el tipo y cantidad de apoyo que los Según Castro, Campero y Hernández (1997) estos modelos surgen de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador). no conductual se refiere al apoyo tangible, como ayuda financiera, material o de servicios.

En el modelo del efecto directo se propone que el apoyo social tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos o de disminuir los efectos negativos en dichos dominios. Los mecanismos para este efecto serian: 1) que el apoyo social influye en los procesos fisio- psicológicos lo que mejora la salud o impide la enfermedad; 2) el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual tiene consecuencias positivas para la salud.

El modelo del efecto amortiguador postula al apoyo social como variable mediadora en la relación entre estrés y enfermedad; esto ocurre de dos maneras: 1) el apoyo social permite a los individuos permite redefinir y enfrentar la situación estresante o inhibe los procesos psicopatológicos que pueden

desencadenarse en ausencia de apoyo social; 2) el apoyo social evita que los individuos interpreten una situación como estresante, debido a que este genera una certeza en el individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales para enfrentarla.

Por otro lado; Gracia, Herrero y Musitu (2002) mencionan que el estudio del apoyo social cuenta con dos perspectivas: la perspectiva estructural y la perspectiva funcional.

La perspectiva estructural se interesa por el análisis de las condiciones objetivas que acompañan el proceso de apoyo, algunos de los aspectos más estudiados por esta perspectiva son: la integración, participación social y el análisis de la estructura de las redes sociales.

La perspectiva funcional se interesa en el tipo y cantidad de apoyo que los miembros de una red pueden ofrecer, esto es, el apoyo social puede aparecer en el plano afectivo, en el cognitivo y en el conductual. En el plano afectivo se recoge la expresión de emociones, el plano cognitivo contiene apoyo de información, consejo o guía, el plano conductual se refiere al apoyo tangible, como ayuda financiera, material o de servicios.

2.6. OPTIMISMO

De acuerdo con Peterson (2000) el optimismo es un rasgo disposicional que incluye aspectos cognoscitivos, emocionales y motivadores y parece mediar entre los eventos externos y la interpretación personal.

Existen dos perspectivas teóricas acerca del optimismo la del estilo explicativo pesimista- optimista de Peterson y Seligman (1984) y la del optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985) que es la teoría base de esta investigación.

2.6.1. Teoría de Estilo explicativo pesimista- optimista.

Esta teoría reformula la teoría de la indefensión aprendida, los estilos explicativos se refieren a la forma en que nos explicamos los eventos de nuestra vida de manera cotidiana. Los estilos explicativos pueden ser atribuidos a: 1) causas internas o externas, que pueden estar relacionadas con factores personales o características de la situación u otros significativos; 2) explicaciones estables o inestables, hacen referencia a la permanencia en el tiempo; 3) explicaciones globales o específicas, que incluye la cantidad de dominios en que afecta nuestra vida.

Peterson y Seligman (1984) definen el estilo explicativo optimista como la tendencia a explicar los malos sucesos en base a una causa externa a uno mismo, como inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta.

2.6.2. Teoría del Optimismo Disposicional.

2.7. AUTOESTIMA

La teoría de Scheier y Carver (1985) toma como punto de partida el modelo de la autorregulación de conducta, en el cual se plantea que cuando surgen dificultades, las expectativas favorables aumentan los esfuerzos de las personas para alcanzar los objetivos; no así con las expectativas desfavorables que reducen tales esfuerzos, el optimismo y el pesimismo, dentro de este modelo, son considerados como expectativas generalizadas acerca de las cosas que suceden en la vida y como disposiciones estables por lo que se habla de optimismo y pesimismo disposicional.

El optimismo disposicional está definido como una creencia o expectativa estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas (Scheier & Carver, 1985).

Las expectativas hacen mención a los resultados que la gente es capaz de anticiparse y se relacionan con factores cognitivos de la personalidad (Otero, 1998; Lin & Peterson, 1990 en Ortiz, Ramos & Vera-Villarroel, 2003).

El optimismo es relevante en la determinación y persistencia de las personas en dirigir sus metas, en el desarrollo de tareas y en las experiencias emocionales (Scheier & Carver, 1987 en Vera-Villarroel & Guerrero, 2003).

Scheier y Carver (1985) mencionan que las personas optimistas tienen una perspectiva favorable y esperan que las cosas salgan a su manera, en general estas personas esperan que le ocurran más cosas buenas que malas. En oposición a los pesimistas que no cuentan que las cosas salgan a su manera y anticipan que evolucionen mal. Estas características son estables en el tiempo y en el contexto, ya que los optimistas tienen expectativas positivas independientemente de la situación o conducta, igualmente los pesimistas le dan una apariencia sombría al mundo.

2.7. AUTOESTIMA

De acuerdo con Branden (1995) La autoestima es la confianza en la capacidad de pensar, de enfrentarse a desafíos básicos de la vida. La autoestima se configura por factores internos y externos, los internos son los que radican o los crea el propio individuo, ideas o creencias, prácticas o conductas; los factores externos o del entorno son los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o experiencias con los padres y educadores. El nivel de la autoestima tiene consecuencias en cada aspecto de la existencia, con una autoestima alta será más probable que la persona se esfuerce ante las dificultades.

Según Abud y Bojórquez (1997) en Canto y Castro (2004) la autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; la capacidad para valorar el yo; el juicio que la persona hace acerca de su valor. Describen tres componentes de la autoestima que están relacionados entre sí y el deterioro de alguno de ellos

afecta a los demás:

CAPÍTULO 3

- Componente cognitivo. Incluye ideas, opiniones, creencias y procesamiento de la información; los autoesquemas utilizados para reconocer e interpretar el ambiente social y las experiencias pasadas.
- Componente afectivo. Es la valoración de la persona en positivo o negativo.
- Componente conductual. Intención y decisión de actuar; manifestación de un comportamiento consecuente y coherente.

Según Montt y Ulloa (1996) la autoestima es la autoevaluación que el individuo hace y mantiene de manera persistente sobre sí mismo; expresándose en una actitud de aprobación o reprobación e indicando hasta donde la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa.

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. Escala de Estrés Percibido

La Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) fue elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizará la adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio.

¹ Coeficiente de determinación se refiere al porcentaje de varianza explicada. Para asegurar un tamaño de muestra adecuado se utiliza un valor pequeño (Elashoff, 2005).

² Poder: probabilidad de que los resultados sean estadísticamente significativos al nivel de confianza especificado (Elashoff, 2005).

CÁPITULO 3

MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

Se utilizó una muestra no probabilística (por conveniencia) de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama ($n=79$). El tamaño de la muestra se calculó con el Programa nQuery 6.0 (Gatsonis & Sampson, 1989), para poder tener un mínimo aceptable de muestra para los análisis a realizar; por lo que primeramente se estableció que el número de variables a contemplar en el modelo predictivo sería 4, con un nivel de significancia de .05¹ y un poder de 80², el tamaño estimado fue de 71 mujeres, las cuales fueron entrevistadas en hospitales del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. Escala de Estrés Percibido

La Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) fue elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizará la adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio.

¹ Coeficiente de determinación se refiere al porcentaje de varianza explicada. Para asegurar un tamaño de muestra adecuado se utiliza un valor pequeño (Elashoff, 2005).

² Poder: probabilidad de que los resultados sean estadísticamente significativos al nivel de confianza especificado (Elashoff, 2005).

La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.

3.3.4. Optimismo Life Orientation Test

3.2.3. Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue elaborado por Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan (1988) con el objetivo de medir "apoyo social funcional percibido". Se utilizará la versión de Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996), la cual consta de un índice de fiabilidad de .92 autoadministrada y .80 aplicada mediante entrevistador. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 11 ítems, cada uno admite 5 posibles respuestas en una escala tipo Lickert. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (ítems 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (ítems 4, 5 y 11). La puntuación obtenida con la suma de todos los ítems es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo.

3.3.3. QLQ-C30 3.0 EORTC Calidad de Vida

Fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) cuenta con una confiabilidad de entre 0,70 y 0,87 (Fayers et al., 2001). Incluye cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos y la escala global de salud/calidad de vida. Además de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero. Consta de 30 preguntas las cuales cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100. En la escala de funcionamiento, un mayor puntaje representa un nivel mayor de

funcionamiento y en la escala de síntomas mayor puntaje representa un nivel mayor de síntomas y efectos secundarios.

3.3.4. Optimismo Life Orientation Test

La escala LOT-R Life Orientation Test de Scheier, Carver y Bridges (1994) consta de 10 ítems en escala Lickert de 5 puntos, 6 de estos miden el optimismo disposicional y los otros 4 sirven para hacer menos evidente el contenido del test; esta escala cuenta con una fiabilidad ($\alpha = .79$). Se utilizará la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, (1998) del LOT-R. De los 6 ítems de optimismo disposicional, 3 están redactados en sentido positivo (optimismo) y 3 en sentido negativo (pesimismo). Las puntuaciones de los ítems redactados en sentido negativo se invierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo, cuyo recorrido es de 6 a 30.

3.3.5. Escala de Autoestima de Rosenberg

La escala de Autoestima de Rosenberg (1965), tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Lickert. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. El rango del cuestionario es de 10 a 40 y cuenta con un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.92.

3.3. PROCEDIMIENTO

En la primera etapa de este estudio se obtuvo la autorización de las instituciones y médicos para realizar la investigación. En la segunda etapa se llevó a cabo la recolección de datos en las diferentes instituciones. En la tercera etapa se realizó el análisis de datos.

3.3.4. Aspectos éticos:

3.3.1. Diseño utilizado:

Las pacientes fueron invitadas a participar de forma voluntaria en el estudio. El diseño utilizado fue no experimental, transversal correlacional.

3.3.2. Recolección de Datos:

La recolección de datos se llevó a cabo acudiendo a tres instituciones para la aplicación de los instrumentos, el instrumento fue autoaplicable y en algunos casos (no saber leer o escribir, dificultad para ver) fue aplicado por el investigador. La administración del instrumento fue realizado en una sola sesión por las participantes, las condiciones de aplicación fueron diferentes dependiendo del espacio proporcionado en cada institución, sin embargo, las indicaciones e instrucciones fueron las mismas para cada participante, las cuales firmaban el consentimiento informado (anexo1) acerca de la investigación y posteriormente contestaban el instrumento de evaluación, el cual contaba con los escalas en el siguiente orden: estrés, autoestima, optimismo, apoyo social y calidad de vida³ (anexo 2).

3.3.3. Análisis de Datos:

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 14.0, primeramente se realizaron los análisis descriptivos de cada variable, se calculó la consistencia interna de cada escala a través del alfa de Cronbach, posteriormente se analizaron las correlaciones entre las variables de estudio, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y por último, se llevó a cabo el análisis de regresión para evaluar las variables que explican la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.

³ Esta escala no se encuentra en los anexos debido a que no está autorizada su publicación.

3.3.4. Aspectos éticos:

Las pacientes fueron invitadas a participar de forma voluntaria en el estudio, firmaron una carta de consentimiento informado en la cual se les informaba el objetivo de la investigación, se enfatizaba sobre la confidencialidad de los datos proporcionados y su derecho a la recibir información en caso de tener alguna duda acerca del estudio.

CÁPITULO 4

RESULTADOS

Se realizaron los análisis de los datos con el fin de cubrir los objetivos planteados al inicio de este trabajo.

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Las características de las participantes se describen en la tabla 1, en la cual se puede observar que la edad media de las mujeres fue de 53.09 años (DE = 11.2), con una escolaridad promedio de 9.96 años (DE = 4.7), y el promedio de hijos es de 2.74 (DE = 1.8).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

(n=79)	Mediana	Media	D.E.
Edad	54.00	53.09	11.2
Escolaridad	9.00	9.96	4.7
Número de hijos	2.00	2.74	1.8

4.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES

De acuerdo con el objetivo 2, en este apartado se presentan los niveles de las variables psicosociales evaluadas (tabla 2), la puntuación promedio del estrés fue de 20.5 con una desviación típica de 6.4. En cuanto al apoyo social se obtuvo una puntuación promedio de 43.3 con una desviación típica de 8.2. Referente al optimismo la puntuación media fue de 22.8 y la desviación típica de 3.4; la puntuación promedio de autoestima fue de 32.1 con 4.0 de desviación típica, la calidad de vida obtuvo una puntuación media de 59.8 y una desviación típica de 6.8.

Tabla 2. Descripción de variables psicosociales

(n= 79)	Rango de la escala	Media	Mediana	D.T.
Estrés	0-56	20.5	21	6.4
Apoyo Social	11-55	43.3	44	8.2
Optimismo	6-30	22.8	22	3.4
Optimismo Positivo	6-15	12.5	12	1.7
Autoestima	10-40	32.1	32	4.0
Calidad de vida	0-100	59.6	60	7.1
Funcionamiento	0-100	79.8	84	17.0
Síntomas	0-100	18.2	16	14.2
Salud general	0-100	80.7	83	17.5

4.2.1. Confiabilidad de los instrumentos

Se evaluó la consistencia interna de las escalas utilizadas, encontrándose una adecuada consistencia interna, excepto la de optimismo. Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Consistencia interna de las escalas y subescalas

Escalas	Alfa de Cronbach			
E5. has problemas personales?		1.24	.53	.498
E7. has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?		1.24	.51	.408
E8. has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	.79	1.61	.52	.301
E9. has podido controlar las dificultades de tu vida?		1.28	.85	.318
E10. has sentido que tienes el control de todo?		1.62	.68	.350
E11. has sentido que las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	.89	1.19	.50	.255
E12. has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	.79	1.25	.85	.318
E13. has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	.85	1.62	.66	.350
E14. has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes...	.86	1.49	1.13	.665

A continuación se presenta la descripción de los ítems de cada escala:

Tabla 4. Descripción de los ítems de la escala de Estrés

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
E1. has estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	1.47	1.15	.402
E2. te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	1.22	1.12	.633
E3. te has sentido nerviosa o estresada (llena de tensión)?	1.94	1.13	.645
E4. has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1.38	.66	.240
E5. has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	1.22	.47	.340

E6. has estado segura sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	1.24	.53	.498
E7. has sentido que las cosas te van bien?	1.24	.51	.408
E8. has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	1.61	.92	.301
E9. has podido controlar las dificultades de tu vida?	1.25	.65	.318
E10. has sentido que tienes el control de todo?	1.62	.66	.350
E11. has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	1.19	.50	.255
E12. has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	1.25	.65	.318
E13. has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	1.62	.66	.350
E14. has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	1.49	1.13	.665

Tabla 5. Descripción de ítems de la escala de Apoyo Social

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
AS1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	3.67	1.18	.452
AS2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	3.54	1.18	.445
AS3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	3.87	.95	.404
AS4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	4.19	.99	.679
AS5. Recibo amor y afecto	4.28	.89	.710
AS6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis	4.13	.98	.727

problemas en el trabajo o en la casa

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
AS7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	4.05	1.09	.689
AS8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	3.91	1.05	.716
AS9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	3.88	1.12	.517
AS10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	4.10	.87	.465
AS11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	4.29	.82	.473

Tabla 6. Descripción de ítems de la escala de Optimismo

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
LOT1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor.	4.16	.88	.448
LOT3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará.	3.31	1.22	.225
LOT4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro.	4.06	.77	.306
LOT7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera.	3.20	1.14	.258
LOT9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas.	3.79	1.00	.405
LOT10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.	4.37	.62	.344

Tabla 7. Descripción de ítems de la escala de Autoestima

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
AU1. Siente que es una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	3.43	.52	.399
AU2. Se inclina a pensar que, en conjunto es una fracasada.	3.59	.54	.431
AU3. Cree que tiene varias cualidades buenas.	3.41	.59	.452
AU4. Puede hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	3.41	.63	.447
AU5. Creé que <u>no</u> tiene muchos motivos para sentirse orgullosa de usted.	3.18	.87	.333
AU6. Tiene una actitud positiva hacia sí misma.	3.35	.68	.515
AU7. En general está satisfecha de sí misma.	3.30	.64	.546
AU8. Desearía valorarse más.	1.98	.89	.135
AU9. A veces se siente verdaderamente inútil.	3.17	.82	.552
AU10. A veces piensa que no sirve para nada.	3.31	.77	.589

Tabla 8. Descripción de ítems de la subescala de Funcionamiento

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
Q1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta?	1.99	.94	.544
Q5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	1.26	.63	.731
Q6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1.59	.88	.779
Q7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras	1.48	.69	.697

actividades de ocio?

Q20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1.42	.69	.371
Q21. ¿Se sintió nervioso/a?	1.74	.85	.672
Q24. ¿Se sintió deprimido/a?	1.67	.79	.542
Q25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1.54	.75	.176
Q26. ¿Ha interferido su estado físico o tratamiento médico en su vida familiar?	1.61	.79	.505
Q27. ¿Ha interferido su estado físico o tratamiento médico en sus actividades sociales?	1.67	.85	.721

Tabla 9. Descripción de ítems de la subescala de Síntomas

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-escala
Q8. ¿Sintió que se le corto la respiración?	1.38	.72	.612
Q9. ¿Ha tenido dolor?	1.86	.88	.649
Q10. ¿Necesitó parar para descansar?	1.73	.78	.723
Q11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1.92	1.02	.574
Q12. ¿Se ha sentido débil?	1.81	.87	.613
Q13. ¿Le ha faltado el apetito?	1.30	.58	.656
Q14. ¿Ha tenido náuseas?	1.36	.57	.538
Q15. ¿Ha vomitado?	1.14	.43	.467
Q16. ¿Ha estado estreñido/a?	1.45	.68	.351
Q17. ¿Ha tenido diarrea?	1.14	.39	.135
Q18. ¿Estuvo cansado/a?	1.95	.84	.584
Q19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1.64	.82	.688

4.3. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES

De acuerdo al objetivo 3 se realizó el análisis de correlación entre las variables, el cual mostró las siguientes relaciones (tabla 10):

Los resultados muestran una relación positiva y significativa entre calidad de vida, funcionamiento (FU) y salud general (SG); así como entre calidad de vida (CV), optimismo general (OG), optimismo positivo (OP) y autoestima (AE), por otro lado, la calidad de vida muestra una relación negativa y significativa con síntomas (SI) y estrés (ES).

Se obtuvo una relación positiva y significativa entre funcionamiento, salud general, optimismo general y positivo y una relación negativa y significativa entre funcionamiento, síntomas y estrés.

En cuanto a la subescala de síntomas mostró una relación negativa y significativa con salud general, optimismo general y optimismo positivo, además de una relación positiva y significativa con el estrés.

Respecto a salud general se observó una relación negativa y significativa con estrés; y una relación positiva y significativa con optimismo general, optimismo positivo, autoestima y apoyo social (AS).

En lo que se refiere al estrés, se encontró una relación negativa significativa con optimismo general, optimismo positivo, apoyo social y autoestima.

Optimismo general mostró una relación positiva y significativa con autoestima y apoyo social, así como entre optimismo positivo y autoestima; y autoestima y apoyo social.

Tabla 10. Correlaciones.

	FU	SI	SG	ES	OG	OP	AS	AE
Calidad de vida	.673**	-.366**	.854**	-.421**	.360**	.363**	.193*	.306**
Funcionamiento		-.748**	.449**	-.354**	.355**	.209*	.103	.118
Síntomas			-.511**	.441**	-.373**	-.220*	-.126	-.174
Salud G				-.515**	.387**	.441**	.297*	.392**
Estrés					-.420**	-.380**	-.419**	-.453**
Optimismo G						.771**	.282**	.406**
Optimismo P							.228*	.416**
Apoyo Social								.420**
Autoestima								

* p < .05 ** p < .01

4.4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN

Se procedió a realizar el análisis de regresión para cumplir con el objetivo 4, para ello se utilizó el método por pasos con el criterio por default del programa (entrada de variable al .05 y .10 para salida de ellas del modelo). Los resultados fueron los siguientes:

En la regresión múltiple con la calidad de vida como variable dependiente y el estrés, el apoyo social, el optimismo y la autoestima como variables independientes (tabla 11), se obtuvieron dos modelos en el primero entra estrés y; en el segundo modelo estrés y optimismo. El cambio de F fue significativo (p<.05), el valor del estadístico Durbin-Watson fue de 1.998, el índice de tolerancia fue de .856, por lo que se considera adecuado el modelo de

regresión, explicando este el 20.5% de la varianza. Como se puede observar en la tabla 11, el coeficiente de determinación fue .475 ($R^2 = .225$), el coeficiente Beta de la variable de estrés fue negativo y significativo ($B = -.330$; $t = -3.005$, $p < .01$) y el coeficiente Beta de optimismo fue positivo y significativo ($B = .238$; $t = 2.165$, $p < .05$).

Tabla 11. Análisis de Regresión Calidad de vida

Calidad de vida (VD)	R	B	Beta	T
Constante		69.879		27.142**
Estrés	-.328	-.376	-.330	-3.005**
Optimismo	.243	.928	.429	2.165*
* $p < .05$ ** $p < .01$ $R = .475$, $R^2 = .225$, $R^2_{aj} = .205$ $F = 10.90$, $gl = 2$, $p < .001$				

En la tabla 12 se muestra el análisis de regresión múltiple para la subescala de funcionamiento como variable dependiente, en el que optimismo y estrés explicaron el 15.5% de la varianza. El cambio de F fue significativo ($p < .01$), el valor del estadístico Durbin-Watson fue de 1.844, el índice de tolerancia fue de .824, por lo que el modelo de regresión se considera aceptable. El coeficiente de determinación fue .421 ($R^2 = .177$), el coeficiente Beta de la variable optimismo fue positivo y significativo ($B = .251$; $t = 2.771$, $p < .05$) y el coeficiente Beta de estrés fue negativo y significativo ($B = -.248$; $t = -2.149$, $p < .05$).

Tabla 12. Análisis de Regresión Funcionamiento

Funcionamiento (VD)	R	B	Beta	T
Constante		43.526		3.832**
Optimismo	.244	1.178	.251	2.771*
Estrés	-.241	-.662	-.248	-2.149**
* $p < .05$ ** $p < .01$ $R = .421$, $R^2 = .177$, $R^2_{aj} = .155$ $F = 8.06$, $gl = 2$, $p < .001$				

El análisis de regresión múltiple con la subescala de síntomas como variable dependiente, nuevamente aparecen el estrés y el optimismo como variables predictoras, sin embargo en este modelo la variable estrés aparece con una valencia positiva y el optimismo con valencia negativa, explicando en conjunto el 21.7% de la varianza. El cambio de F fue significativo ($p < .01$), el valor del estadístico Durbin-Watson fue de 2.385, el índice de tolerancia fue de .824, por lo que se considera aceptable el modelo de regresión. Como se puede observar en la tabla 13, el coeficiente de determinación fue .487 ($R^2 = .237$), el coeficiente Beta de la variable estrés fue positivo y significativo ($B = .346$; $t = 3.110$, $p < .01$) y el coeficiente Beta del optimismo fue negativo y significativo ($B = -.227$; $t = -2.047$, $p < .05$).

CAPÍTULO 5

Tabla 13. Análisis de Regresión de Síntomas

Síntomas (VD)	R	B	Beta	T
Constante		-2.526		-.524**
Estrés	.338	.760	.346	3.110*
Optimismo	-.230	-.879	-.227	-2.047*

* $p < .05$ ** $p < .01$ R = .487, $R^2 = .237$, $R^2_{aj} = .217$ F = 11.66, gl = 2, $p < .001$

Por último, se realizó el análisis de regresión múltiple para salud general como variable dependiente (tabla 14), nuevamente aparecen el estrés y el optimismo como variables predictoras, explicando en conjunto el 30.1% de la varianza. El cambio de F fue significativo ($p < .01$), el valor del estadístico Durbin-Watson fue de 2.291, el índice de tolerancia fue de .824, por lo que se considera adecuado el modelo de regresión. Como se puede observar en la tabla 7, el coeficiente de determinación fue .565 ($R^2 = .319$), el coeficiente Beta de la variable estrés fue negativo y significativo ($B = -.419$; $t = -4.070$, $p < .01$) y el de optimismo fue positivo y significativo ($B = .251$; $t = 2.440$, $p < .05$).

Tabla 14. Análisis de Regresión de Salud general

Salud General (VD)	R	B	Beta	T
Constante		111.760		18.403**
Estrés	-.425	1.192	-.419	4.070**
Optimismo	.271	2.447	.251	2.240*

* p < .05 ** p < .01 R = .565, R² = .319, R²_{aj} = .301 F = 17.57, gl = 2, p < .001

CÁPITULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo describir las variables sociodemográficas y psicosociales de un grupo de mujeres de cáncer mama, así como describir la relación entre las variables psicosociales (estrés, apoyo social, optimismo y autoestima) y la calidad de vida (funcionamiento, síntomas y salud general) de las mujeres con cáncer de mama.

Los objetivos planteados en este estudio fueron cumplidos y los análisis sustentan las hipótesis planteadas, las cuales se discuten más adelante en este apartado.

En cuanto a las variables sociodemográficas, podemos decir que la edad se encuentra dentro del rango de edad de prevalencia del cáncer de mama en Nuevo León, que es en mujeres mayores de 45 años de edad según el Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009, además cuentan con una escolaridad que equivale a secundaria terminada y un promedio de dos hijos.

Respecto a los niveles en que se presentan las variables psicosociales en el grupo de mujeres con cáncer de mama, se observa un nivel moderado de estrés; un nivel alto de apoyo social, optimismo y autoestima; y un nivel moderado de calidad de vida. *Obtenido en esta investigación ($\mu=22.8$; DT =3.4).*

En cuanto a la calidad de vida los resultados son similares a los obtenidos por Arraras et al. (2003) que evaluaron la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales y después de 5 años del diagnóstico y encontraron un nivel adecuado de la calidad de vida en ambos periodos. *vida se relaciona de manera positiva con funcionamiento, salud general, optimismo y*

Rebello, Rolim, Carqueja y Ferreira (2007) realizaron un estudio exploratorio en 60 mujeres portuguesas con diagnóstico de cáncer de mama de con el fin de evaluar la calidad de vida, los resultados indican un nivel de calidad de vida global de ($\mu= 54.3$; DT= 24.5) muy similar al obtenido en este estudio ($\mu = 59.6$; DT=7.1).

Estos resultados son similares a los obtenidos por Gaviria, Vinaccia, Riveros y
En cuanto al estrés, los niveles obtenidos son similares a los presentados en otros estudios, como el de García (2008) en pacientes con cardiopatía isquémica los cuales presentaban un nivel de estrés de ($\mu = 24.7$; DT= 8.2). *física. Por otro lado, Schou et al. (2005) encontraron una relación positiva entre optimismo y la*

Llama la atención que a pesar de que el cáncer de mama es una enfermedad crónica y como se mencionó en los antecedentes es considerada como estresante, el grupo de mujeres no presente altos niveles de estrés, sin embargo esto podría ser explicado por las altas puntuaciones obtenidas en las demás variables (apoyo, social, optimismo y autoestima), las cuales podrían estar funcionando como amortiguadores del estrés (Brissette, Scheier & Carver, 2002; Chico, 2002; Cohen & Wills, 1985). Por otro lado es importante que no menospreciar una puntuación moderada de estrés ya que como lo hemos mencionado, la exposición continua a situaciones de estrés tiene efectos perjudiciales en la salud (Kirschbaum et al., 1995; Pereyra, 2006). *frecuencia de*

síntomas físicos.

En cuanto al optimismo, González y Landero (2008) evaluaron los efectos de un curso virtual sobre el optimismo en personas con fibromialgia, las cuales obtuvieron en la primera evaluación un nivel de optimismo de ($\mu = 19.3$; $DT = 4.4$); muy similar al obtenido en esta investigación ($\mu = 22.8$; $DT = 3.4$).

En estos estudios se utilizaron los mismos instrumentos de evaluación por lo que es posible hacer una comparación entre ellos y este estudio.

Respecto a la relación entre las variables, observamos que calidad de vida se relaciona de manera positiva con funcionamiento, salud general, optimismo y autoestima, es decir, a mayor funcionamiento, salud general percibida, optimismo y autoestima; mayor es la calidad de vida. Sin embargo la calidad de vida también mostró una relación negativa con el estrés y síntomas; es decir a mayor estrés y presencia de síntomas menor calidad de vida.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), en un estudio con pacientes con cáncer encontraron un nivel favorable en la calidad de vida global de los pacientes, el cual mencionan se relaciona con alto funcionamiento físico y baja sintomatología física. Por otro lado, Schou et al. (2005) encontraron una relación positiva entre optimismo y la calidad de vida evaluando a los tres y doce meses de diagnóstico.

Martínez-Correa, Reyes-Paso, García-León y González-Jareño (2006) en un estudio con estudiantes universitarios observaron que el optimismo está relacionado negativamente con las quejas somáticas, es decir las personas optimistas reportaban menor número de quejas somáticas.

Remor et al. (2006) encontraron menor frecuencia e intensidad de síntomas físicos en las personas optimistas, además se encontró que el optimismo junto con la experiencia de ira como variables predictoras de la frecuencia de síntomas físicos.

En cuanto al apoyo social, este mostró una relación muy débil con la calidad de vida, a pesar de su relación positiva con la salud, sin embargo, muestra una relación negativa y significativa con el estrés por lo que podría sugerirse un efecto indirecto en la salud, moderando el estrés como se ha encontrado en otros estudios (Landro & González, 2004); como lo menciona Durá y Garcés (1991) existe la postura en el que el apoyo social no influye directamente en la salud, ni en los estresores; sino que modula la relación entre las variables amortiguando los efectos de los estresores sobre la salud.

Siguiendo este punto, el apoyo social muestra una relación positiva y significativa con la autoestima, lo que podría indicar la influencia indirecta del apoyo social en la salud y la calidad de vida a través del aumento de la autoestima, ya que esta, se ha encontrado está relacionada con conductas promotoras de salud y conductas saludables, así como con la salud física y mental (Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch, 2006).

Por otro lado, Pedro (2001) no encontró una relación significativa entre calidad de vida y apoyo social (emocional, tangible y tamaño de la red), sin embargo al estudiarlo como pérdida de apoyo total (número de la red, la duración de las relaciones, y la frecuencia de contacto), si encontró una relación significativa con la calidad de vida.

Filazoglu y Griva (2008) en un estudio con mujeres con cáncer de mama de Turquía, encontraron una relación positiva entre el apoyo social percibido y el funcionamiento físico y mental, además lo señalan como predictor de la calidad de vida junto con las estrategias de afrontamiento.

En el análisis de regresión para determinar los predictores de la calidad de vida y sus dimensiones (funcionamiento, síntomas y salud general) se observa que los predictores de la calidad de vida son el estrés y el optimismo, confirmándose estas variables como predictoras en la calidad de vida global y en sus

dimensiones, siendo de mayor predominancia el estrés, el cual se muestra como predictor positivo en síntomas y como predictor negativo en calidad de vida global, funcionamiento y salud general percibida, es decir a mayor estrés mayor presencia de síntomas y; a mayor estrés menor calidad de vida, menor funcionamiento y menor salud percibida.

Allison, Gulchard, Fung y Gilain (2003) señalan que el optimismo predice un año de supervivencia independientemente

Es importante mencionar que el mayor impacto de estas variables (estrés y optimismo) se observa en el área de salud percibida en la cual predicen 30.1% de varianza. Esto sustenta la relación importante de estas variables con la salud, como se ha encontrado en otros estudios (Chang, 1998; Landero & González, 2004; Remor et al., 2006; Viñas & Caparrós, 2000).

El apoyo social fue el que menos influyó en la calidad de vida

Se ha encontrado que las intervenciones cognitivo conductuales realizadas para reducir el estrés en mujeres con cáncer de mama disminuyen los niveles de cortisol en la sangre, mejoran el significado de la experiencia de vivir con cáncer y aumentan la habilidad para relajarse (Cruess et al., 2000; Phillips et al., 2008); además de mejorar diversos aspectos del ajuste psicosocial como la recuperación de actividades sociales, disminución del afecto negativo y aumento de experiencias positivas (Antoni et al., 2006).

El apoyo social de los familiares y personas cercanas a las pacientes para de esta manera mejorar su calidad de vida.

En cuanto al optimismo, Chico (2002) señala que está relacionado positivamente con las estrategias de afrontamiento que apuntan a disminuir las fuentes del estrés, es decir, el optimismo se relaciona positivamente con estrategias positivas como la planificación, la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, así como con el afrontamiento focalizado al problema y afrontamientos adaptativos.

El apoyo social de los familiares y personas cercanas a las pacientes para de esta manera mejorar su calidad de vida.

Vera-Villaroel y Guerrero (2003) encontraron que el optimismo está relacionado con una orientación positiva hacia los problemas y con mayor habilidad de solución racional de los mismos, es decir, las personas optimistas tienden a enfrentar los problemas de manera positiva, lo cual es el primer paso para darles

personas con tipo C o imagen corporal, que puedan explicar el comportamiento

una solución adecuada. ampliar el conocimiento de relación entre estas variables y la calidad de vida.

Por otro lado, Martínez, Reyes, García y González (2006) mencionan que el optimismo es un índice de buen pronóstico o recuperación en pacientes coronarios y en pacientes con cáncer. Allison, Guichard, Fung y Gilain (2003) señalan que el optimismo predice un año de supervivencia independientemente de variables sociodemográficas y de factores biológicos relacionados a los estadios de la enfermedad.

En base a lo anterior, podemos concluir que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama está relacionada con el optimismo general, el optimismo positivo y el estrés. El apoyo social fue el que menos influyó en la calidad de vida de las pacientes, sin embargo, muestra una relación positiva con la dimensión de salud general percibida y está relacionado en forma negativa con el nivel de estrés, lo que podría indicar los efectos indirectos del apoyo social sobre la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Se puede observar que el estrés juega un papel determinante en la disminución de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama ya que la relación del estrés sobre la calidad de vida es mayor que el efecto del optimismo, del apoyo social y de la autoestima.

Por lo que se considera importante realizar programas educativos y de intervención para detectar y reducir los niveles de estrés en estas pacientes y; al mismo tiempo trabajar en incrementar los niveles de optimismo y de autoestima y reforzar el apoyo social de los familiares y personas cercanas a las pacientes para de esta manera mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, se sugiere para próximas investigaciones tomar en cuenta variables médicas como el tiempo de diagnóstico, tipo y duración del tratamiento, así como otras variable que psicológicas tales como tipo de afrontamiento, personalidad tipo C e imagen corporal, que puedan explicar el comportamiento

de estas pacientes y la ampliar el conocimiento de relación entre estas variables y la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alferi, S., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S. & Durán, R. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low- income hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 41- 46.
- Alonso, J. (2000). Cáncer de mama. Manejo desde atención primaria. *SEMERGEN, 26*, 491-501.
- American Cancer Society. (2006). Cancer Facts y Figures for Hispanics/Latinos 2006-2008. 1-36. Revisado el 14 de mayo del 2008.
- Antoni, M., Lechner, S., Kazi, A., Wimberly, S., Sifre, T., Urcuyo, K., Phillips, K., Gluck, S. & Carver, S. (2006). How Stress Management Improves Quality of Life After Treatment for Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143–1152.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que interviene en el desarrollo del cáncer y la respuesta al tratamiento. *ANALES Sis San Navarra, 24*(1), 173-178.
- Arraras, J., Martínez, M., Manterota, A. & 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.

Arraras, J., Illarramendi, J., Manterola, A., Salgado, E. & 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.

Avis, N., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of Life Among Younger Women With Breast Cancer. *Journal Clinical Oncology*, 23(15):3322-3330.

Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.

Bellón, J., Delgado, A., Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-63.

Bragado, C., Gómez, P. & Hernández, M. (2008). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y ginecológico. Revisado el 23 de abril del 2008. Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/congreso/2008/investigacion/articulos/34462/>

Brandan, M. & Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Cancerología*, 1, 147-162.

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.

Brisette, I., Scheier, M. & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.

Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronio, V., Weiss, S. & Derogopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during

Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F. & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-23.

Castro, R., Cámporo, L. & Hernández, S. (1997). *La investigación sobre Buceta, J. & Bueno, A. (1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide.*

Cannella, A. (2006) Mediators of the relationship between social support and positive health practices in pregnant women. *Nursing Research*, 55(6), 440-448.

Chang, E. (1988). Dispositional Optimism and Primary and Secondary Canto, H. & Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 257-270.

Cárdenas, J. & Sandoval, F. (2006). Segunda revisión del consenso nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Revista Mexicana de Mastología*, 1(1), 13-38.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Carver, C., Lehman, J. & Antoni, M. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 813-821.

Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. & Clark, K. (1993) How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375- 390.

Carver, C. & Kumar, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S. & Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during

treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516.

Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Journal of Public Health*, 31(4), 425-435.

Cervera, S. & Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, (85), 7-29.

Chang, E. (1998). Dispositional Optimism and Primary and Secondary Appraisal of a Stressor: Controlling for Confounding Influences and Relations to Coping and Psychological and Physical Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109-1120.

Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544- 550.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

Cohen, S. Kamarak, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.

Cruess, D., Antoni, M., McGregor, B., Kilbourn, K., Boyers, A., Alferi, S., Carver, C. & Kumar, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being

Ps treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 62, 304–308.

Dettenborn, L., James, G., Valdimarsdottir, H., Montgomery, G. & Bovbjerg, D., (2006). Breast cancer-specific intrusions are associated with increased cortisol responses to daily life stressors in healthy women without personal or family histories of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 477-485.

Durá, E. & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.

Durá, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saúde e Doenças*, 1(1), 27- 43.

Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 7-21.

Elashoff, J. (2005). *nQuery Advisor Version 6.0. User's guide*. Los Angeles, CA: Statistical Solutions Ltd.

Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.

Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3a ed.)*. Bruselas: European Organization for Research and Treatment of Cancer.

- Ferrando, P., Chico, E. & Tous, J. (2002). Propiedades psicometricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 559-573.
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de vida. *Anuario de Psicología*, (61), 41-50.
- Ganz, P., Guadagnoli, E., Landrum, M., Lash, T., Rakowski, W. & Silliman, R. (2003) Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 21(21), 4027-4033.
- García, J. & Martín, M. (2007). *Cáncer de mama*. Madrid: Arán.
- García, R. (2008). Estrés, Afrontamiento y optimismo en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gatsonis, C. & Sampson, A.R. (1989). Multiple Correlation: Exact Power and Sample Size Calculations. *Psychological Bulletin*, 106, 516-524.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gómez, B. & Escobar, A. (2006). Estrés y Sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 30-38.

- Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. (2000). Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Revisado el 17 de septiembre del 2008. Disponible en: <http://sid.usal.es/mostrarficha.asp?id=1408&fichero=8.8> y <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit*, 10, 82-88.
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González, M. & Landero, R. (2008). Cambios en optimismo e impacto de la fibromialgia después de un curso virtual. *Interpsiquis*, 1, 2008. Revisado el: 04 de noviembre del 2009. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?34029> y <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/34029/>.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Hall, A., Kotch, B., Browne, D. & Rayens, M. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*, 45(4), 231-238.
- Helgeson, V. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.

Helgeson, S., Cohen, S., Schulz, R. & Yasko, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychology, 19*(2), 107-114.

Lluís, M., Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y Calidad de vida un

Holmes, T.H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.

Lugo, M., Martínez, D., Aíza, J. & Sojo, V. (2008). Pacientes oncológicos con

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer: Datos nacionales. Revisado el 14 de mayo del 2008. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2008/cancer08.doc>

Mañano, M., Mateo, N. & De la Torre, A. (2005).

Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with

Janz, N., Mujahid, M., Lantz, P., Fagerlin, A., Salem, B., Morrow, M., Deapen, D. & Katz, S. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research 14*, 1467-1479.

Moderno.

Kirschbaum, C., Prussner, J., Stone, A., Federenko, L., Gaab, J., Lintz, D., Schommer, N. & Hellhammer, D. (1995). Persistent high cortisol responses to repeated psychological stress in a subpopulation of healthy men. *Psychosomatic Medicine 57*, 468-474.

Klinger, J., Herrera, J., Díaz, M., Jhann, A., Ávila, G. & Tobar, C. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Medica, 36*(2), 120-129. *Psicothema, 18*(1), 66-72.

Landero, R. & González, M. (2004). Variables psicosociales como predictoras de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social, 19*(3), 255-264. *Logia, 71*(2), 128-134.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brower.

Llull, M., Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y Calidad de vida un estudio con pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2): 175-182.

<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>

Lugo, M., Martínez, D., Alizo, J. & Sojo, V. (2006). Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. *Sociedad Venezolana de Psiquiatría*, 52(106), 23- 31.

Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M., Mateo, N. & De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2(1), 103-116.

Oblitas, L. (Ed). (2004). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México:

Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. Mexico: Manual Moderno.

Ortiz, N. & Vera, P. (2003). Optimismo y Salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*,

Martín, J., Sánchez, M. & Sierra, J. (2005). Evaluación de la Calidad de vida en pacientes con cáncer: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-45.

Ovengo, A., Romero, E., Gómez, J.A. & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel

Martínez-Correa, A., Reyes-Paso, G., García-León, A. & González-Jareño, M. (2006). Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.

Pe... (200). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college

Montes, L., Mullins, M. & Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 129- 134.

Pe... quality of life for long-term survivors of cancer. *Cancer Nursing*, 24(1), 1-11.

Montt, M. & Ulloa, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Psicología de la Salud Mental, 19*(3), 30-35.

Nacional Cancer Institute (2007) Explicación básica de lo que es el cáncer. Revisado el 10 de marzo del 2008. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>

Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. & Tijerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: McGraw-Hill

Novoa, A., Pliego, M., Malagón, B. & Bustillos, R. (2006). Historia natural del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México, 74*(2), 115-120.

Oblitas, L. (Ed). (2004). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México: Thompson.

Ortiz, J., Ramos, N. & Vera, P. (2003). Optimismo y Salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica, 10*(1), 119-134.

Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A. & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.

Peden, A., Hall, L., Rayens, M. & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research, 49*(4), 201-207.

Pedro, L. (2001). Quality of life for long-term survivors of cancer. *Cancer Nursing, 24*(1), 1-11.

- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Peterson, C. (2000). The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44- 55.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Pereyra, M. (2006). Estrés y Salud. En Oblitas, L. (Ed). (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.
- Samarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study.
- Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Sánchez-López, MP., Aparicio-García, ME. & Drescher, V. (2006). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama. *ANALES Sis-San Navarra*, 40(3), 219-247.
- Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009, Gobierno del Estado de Nuevo León.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007) Evaluación de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: Un estudio exploratorio con 60 mujeres portuguesas. *Psicología, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Remor, E., Amorós, M. & Carrobes, J. (2006). Optimismo y la experiencia de la ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. & Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Robles, R. (2006). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En Oblitas, L. (Ed). (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.

- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Ruiz, M., Garde, S., Ascunce, N. & Del Moral, A. (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *ANALES Sis San Navarra*, 21(3), 119- 124.
- Samarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*, 32(5), 347-356.
- Sánchez-López, MP., Aparicio-García, ME. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Scheier, M. & Carver, C. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M.; Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Seibitz, R., Figueredo, A., Braden C. & Kurker, S. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501-519.

Scheier, M., Kumari, J. & Carver, C. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264.

Subsecretaría de prevención y protección de la salud (2002). Programa de

Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjerstad, M. & Ruland, C. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14, 1813–1823.

longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9- 21.

Trunzo, J. & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and

Secretaría de Salud (2007). Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 24(31), 1-3.

Secretaria de Salud. Informe de Ejecución 2005-2006 del Programa Nacional de Población 2001-2006. Revisado el 13 de Mayo del 2008 Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/micros/infavance/2005.htm>

Seegerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M. & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646-1655.

Seegerstrom, S. & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: a metanalytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.

Shapiro, S., Lopez, M., Schwartz, G., Bootzin, R., Figueredo, A., Braden C. & Kurker, S (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501-519.

- Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Subsecretaría de prevención y protección de la salud (2002). Programa de Acción: Cáncer de mama. Secretaría de Salud. México.
- Terol, M., López, S., Rodríguez, J., Pastor, A., Mora, M., Martín, M., Leyda, I. Neipp, C. & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2), 111-122.
- Trunzo, J. & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805-811.
- Turner-Cobb, J., Sephton, S., Koopman, C., Blake-Mortimer, J. & Spiegel, D. (2000). Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62, 337-345.
- Vera-Villarroel, P. & Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 31(2): 271-289.
- Vera-Villarroel, P. & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades en resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.

Viñas, F. & Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Psicología.com*. (revista electrónica), 4 (1). Revisado el 16 de septiembre del 2009. (Disponible en línea): http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num1/art_5.htm.

Weiss, G. Ed. (1997). *Oncología Clínica*. México: Manual Moderno.

Su participación en la investigación consiste en responder unos cuestionarios y algunos datos generales acerca de usted y de su enfermedad, esta sesión de evaluación tiene una duración aproximada de una hora.

Toda la información que proporciona en los cuestionarios será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Si publicáramos los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que recibe en este momento o en el futuro. Le agradecemos de antemano su tiempo y disponibilidad.

Antes de responder sí o no y firmar, ante cualquier duda puede preguntarnos a los participantes o responsables que le han entregado esta hoja. Si aún tiene dudas puede pedir una cita con el responsable del proyecto, Dr. René Landero Hernández. La dirección es c/Mutualismo 110, Facultad de Psicología, Unidad de Práctica, 1ª planta, Cal. Miras Centro, C.P. 646400. Mty, NL, México. E-mail: rene.landero@uanl.edu.mx Tel. 83338222.

Ha comprendido claramente la información, qué se espera de mí y conozco mis derechos. Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación Sí () No ()

Firma del paciente:

Firma del responsable del proyecto:
Dr. René Landero Hernández

Testigo 1

Testigo 2

Nombre:

Nombre:

Monterrey, N. L. febrero de 2009

ccp: archivo del proyecto

ANEXOS

CONSENTIMIENTO ESCRITO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ESTRÉS, APOYO SOCIAL, OPTIMISMO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.

Se le ha pedido participar en un proyecto de investigación donde colaboran tanto miembros del Cuerpo Académico en Psicología Social como tesis de la Facultad de Psicología, U.A.N.L. El objetivo del proyecto es evaluar las variables psicosociales relacionadas con la calidad de vida en mujeres con cáncer.

Su participación en la investigación consiste en responder unos cuestionarios y algunos datos generales acerca de usted y de su enfermedad, esta sesión de evaluación tiene una duración aproximada de una hora.

Toda la información que proporcione en los cuestionarios será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Si publicamos los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no la identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que reciba en este momento o en el futuro. Le agradecemos de antemano su tiempo y disponibilidad.

Antes de responder sí o no y firmar, ante cualquier duda puede preguntarles a los participantes o responsables que le han entregado esta hoja. Si aún tiene dudas puede pedir una cita con el responsable del proyecto, Dr. René Landero Hernández. La dirección es c/Mutualismo 110, Facultad de Psicología, Unidad de Práctica, 1ª planta, Col. Mitrás Centro. C.P. 646460. Mty, NL, México. E-mail: rene.landerohr@uanl.edu.mx Tel. 83338222.

He comprendido claramente la información, qué se espera de mí y conozco mis derechos. Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación Sí () No ()

Firma del paciente:

Firma del responsable del proyecto:
Dr. René Landero Hernández

Testigo 1

Testigo 2

Nombre:

Nombre:

Monterrey, N. L. febrero de 2009

ccp: archivo del proyecto

V1. N° Encuesta: _____

Se le solicita participar en una investigación y se le pide que responda todas las preguntas sinceramente, escribiendo, marcando o subrayando la respuesta que usted elija, de acuerdo a las instrucciones de cada grupo de preguntas. Los datos serán tratados de manera confidencial. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas"

Escriba la respuesta en la línea:

V2. Edad: _____ V3. Estado civil: _____

V4. Años de casada o viviendo en pareja: _____ V5. Nivel socioeconómico: _____

V6. ¿Trabaja fuera de casa (trabajo remunerado)? Sí _____ No _____

V7. Escolaridad (en años, contando desde primero de primaria. Por ejemplo secundaria terminada equivale a 9 años) _____

V8. ¿Tiene hijos? 1. Sí ___ 2.No ___ V9. ¿Cuántos? ___ V10. Edad del mayor _____

V11. Marque a todos los que viven con usted (en la misma casa):

Cónyuge o pareja _____ Hijos _____ Padre o madre _____ Hermanos _____

Suegro o suegra _____ Cuñado o cuñada _____ Alguien mas _____

V12. Fecha del diagnóstico: _____ V12. Tiempo de diagnóstico (años): _____

V13 Tipo de cáncer (o etapa): _____

V14. Cirugía. 1. Sí ___ 2.No ___ V15. Tipo de tratamiento: _____

V16. Duración del (os) tratamiento(s): _____

V17. N° de tratamientos: _____ V18. Fecha de Alta: _____

V19. Remisión: 1. Sí _____ 2. No _____

V20. Tratamiento actual: _____ V21. Síntomas actuales: _____

V22. Quién la acompañó cuando recibió el diagnóstico: _____

Marca con un círculo la opción (número) que mejor se adecúe a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
DURANTE EL ÚLTIMO MES: ¿Con qué frecuencia.....					
E1....has estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ...te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ...te has sentido nerviosa o estresada (llena de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ...has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5 ...has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ...has estado segura sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ...has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ...has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ...has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10 ...has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11...has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12 ...has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13 ...has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14 ...has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
AU1. Siente que es una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
AU2. Se inclina a pensar que, en conjunto es una fracasada.	1	2	3	4
AU3. Cree que tiene varias cualidades buenas.	1	2	3	4
AU4. Puede hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
AU5. Cré que <u>no</u> tiene muchos motivos para sentirse orgullosa de usted.	1	2	3	4
AU6. Tiene una actitud positiva hacia sí misma.	1	2	3	4
AU7. En general está satisfecha de sí misma.	1	2	3	4
AU8. Desearía valorarse más.	1	2	3	4
AU9. A veces se siente verdaderamente inútil	1	2	3	4
AU10. A veces piensa que no sirve para nada.	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
LOT1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5
LOT2. Me resulta fácil relajarme	1	2	3	4	5
LOT3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	1	2	3	4	5
LOT4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	1	2	3	4	5
LOT5. Disfruto mucho de mis amistades	1	2	3	4	5
LOT6. Para mí es importante estar siempre ocupado	1	2	3	4	5
LOT7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	1	2	3	4	5
LOT8. No me disgusto fácilmente	1	2	3	4	5
LOT9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	1	2	3	4	5
LOT10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
AS1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
AS2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
AS3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
AS4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
AS5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
AS6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
AS7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
AS8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
AS9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
AS10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
AS11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

Iniciales

Nombre	Apellido 1	Apellido 2

Fecha de nacimiento

día	mes	año

Observaciones:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

