**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de psicología**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA**

**Bachilleres:**

**Evelyn Gisela Horna Collantes**

**Shirley Juleysi More Vigo**

**Asesor:**

**Mg. Rafael Antonio Leal Zavala**

**Cajamarca - Perú**

**Setiembre - 2017**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de psicología**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el título de licenciado en psicología

**Bachilleres:**

**Evelyn Gisela Horna Collantes**

**Shirley Juleysi More Vigo**

**Asesor:**

**Mg. Rafael Antonio Leal Zavala**

**Cajamarca - Perú**

**Setiembre - 2017**

COPYRIGTH © by

EVELYN GISELA HORNA COLLANTES

SHIRLEY JULEYSI MORE VIGO

Todos los derechos reservados

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

**APROBACION DE TESIS PARA OPTAR**

**POR EL TITULO PROFESIONAL**

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA”**

**Presidente: Mg. Lucia Milagros Esaine Suárez**

**Secretario: Mg. Ricardo Silva Guzmán**

**Vocal: Lic. Kelly Santa Cruz Cáceres**

**Asesor: Mg. Rafael Antonio Leal Zavala**

**DEDICATORIA:**

**Este trabajo de investigación se lo dedicamos con mucho amor y cariño a nuestros familiares: esposo, hijos, padres y hermanos quienes nos brindan su apoyo incondicional para alcanzar nuestras metas.**

**AGRADECIMIENTOS:**

* **Agradecemos a la UPAGU y docentes que han contribuido en nuestra formación profesional**
* **Al Hospital Regional de Cajamarca, personal de salud del Preventorio Oncológico y Estrategia Sanitaria por brindarnos las facilidades de poder llegar a la población de estudio**
* **A nuestro asesor de Tesis Rafael Antonio Leal Zavala por la orientación y acompañamiento brindado durante todo el proceso de Titulación.**
* **A nuestros familiares por el apoyo incondicional y motivación en cada paso hacia nuestras metas**

**Resumen:**

El presente estudio se orientó a determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres de 18 a 80 años ante un diagnóstico de cáncer de cérvix y mama, teniendo en cuenta la influencia de factores sociodemográficos, situación familiar, y factores relacionados a la enfermedad.

Se encuestaron a 88 pacientes nuevas de 18 a 80 años de edad, atendidas por consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca. Los datos fueron recolectados utilizando el instrumento de medición COPE 28 y una entrevista semiestructurada. Los resultados muestran que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema fueron las más utilizadas y dentro de ellas el afrontamiento activo y búsqueda de apoyo emocional. Por otro lado, las estrategias centradas en la emoción fueron utilizadas en casi la misma proporción, siendo la religión y Auto-distracción las de mayor uso. Por otro lado, se encontraron diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento, según el grado de instrucción, grupo etario y tipo de religión. Así como también, según el apoyo familiar y presencia de antecedentes de cáncer. Las pacientes con cáncer de cérvix y mama utilizan en similar proporción estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción. Las pacientes que utilizan en mayor medida estrategias centradas en la emoción se caracterizan por tener menor grado de instrucción, su edad es mayor de cincuenta años y profesan religión cristiana evangélica Las pacientes que tuvieron antecedentes de cáncer y apoyo de su familia utilizan en mayor medida estrategias centradas en el problema.

*Palabras clave*: Cáncer de cérvix, cáncer de mama, estrategias de afrontamiento.

**Abstract**

The present study was oriented to determine confrontation strategies used by women aged 18 to 80 years before a diagnosis of cervical and breast cancer, taking into account the influence of demographic, familiar and factors related to the disease. Taking into account the patients attended throw medical consultation of the Regional Hospital of Cajamarca, were interviewed 88 patients. Data were collected using COPE 28 measuring instrument and a semi-structured interview.

The results show that strategies confrontation focused on the problem were the most used and within them the active confrontation and search for emotional support. The strategies focused into the emotion were used in almost the same proportion, being the religion and Auto-distraction those of greater use. On the other hand, confrontation strategies using differs respect following variables: degree of instruction, age group, type of religion, family support perception, and presence of cancer history. In short we can say that, patients with cervical and breast cancer use in similar proportion strategies focused into the problem and emotion. Patients who confrontation strategies are more emotion centered, distinguished by a lesser degree of instruction, their age is over fifty and practice Evangelical Christian religion. Patients who had a history of cancer and support from their Family use more strategies focused into the problem.

*Key words*: Cervix cancer; breast cancer; confrontation strategies.

Índice

Dedicatoria……...……………..…………………………………………………………………………………………………….…..…v

Agradecimientos………………….……………………………………………………………………………………………………..vi

Resumen……………….……………………………………………………………..……………………………………………..……..vii

Abstrac..…………..………………………………………………………………………………………………………………..……….vii

[LISTA DE TABLAS………………………………………](#_Toc493969822)……………………………………………………………………………xi

LISTA DE FIGURAS…………………………………………………………………………..…………………………..……….xi

INTRODUCCION……………………………………………………………………………………………………………………….1

[CAPÍTULO I 2](#_Toc493969824)

[EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 2](#_Toc493969825)

[1.1. Planteamiento del problema 2](#_Toc493969826)

[1.2. Enunciado del Problema 5](#_Toc493969827)

[1.3. Objetivos de la investigación 6](#_Toc493969828)

[1.3.1. Objetivo General: 6](#_Toc493969829)

[1.3.2. Objetivos específicos: 6](#_Toc493969830)

[1.4. Justificación e importancia: 6](#_Toc493969831)

[CAPITULO II 9](#_Toc493969832)

[MARCO TEÓRICO 9](#_Toc493969833)

[2.1. Antecedentes de investigación 9](#_Toc493969834)

[2.2. Bases Teóricas de la investigación 12](#_Toc493969835)

[2.2.1. Definición del Cáncer: 13](#_Toc493969836)

[2.2.2. Epidemiología del cáncer en el Perú 14](#_Toc493969837)

[2.2.3. Cáncer de Cérvix: 17](#_Toc493969838)

[2.2.4. Cáncer de mama 20](#_Toc493969839)

[2.2.5. Aspectos Psicológicos del cáncer ginecológico 23](#_Toc493969840)

[2.2.5.1. Impacto emocional y social del cáncer: 25](#_Toc493969841)

[2.2.5.2. Respuestas psicológicas de adaptación y desadaptación frente al cáncer. 26](#_Toc493969842)

[2.2.5.3. Factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad: 29](#_Toc493969843)

[2.2.6. El Afrontamiento 31](#_Toc493969844)

[2.2.7.1. El afrontamiento como proceso: 32](#_Toc493969845)

[2.2.7.2. Etapas en el proceso de afrontamiento: 32](#_Toc493969846)

[2.2.7.3. Tipos de afrontamiento: 33](#_Toc493969847)

[ El afrontamiento dirigido a la emoción: 34](#_Toc493969848)

[ El afrontamiento dirigido al problema: 34](#_Toc493969849)

[2.2.7.4. Afrontamiento en la enfermedad: 37](#_Toc493969850)

[2.2.7.5. Afrontamiento y Cáncer. 38](#_Toc493969851)

[2.2.7.6. Estrategias de afrontamiento frente al cáncer: 39](#_Toc493969852)

[ Centrado en el problema 40](#_Toc493969853)

[ Centrado en la emoción 41](#_Toc493969854)

[2.3. Definición De Términos Básicos 42](#_Toc493969855)

[2.3.1. Afrontamiento: 42](#_Toc493969856)

[2.3.2. Cáncer de Cérvix: 42](#_Toc493969857)

[2.3.3. Cáncer de mama: 42](#_Toc493969858)

[2.4. Operacionalización de variables. 42](#_Toc493969859)

[CAPITULO III 44](#_Toc493969860)

[MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 44](#_Toc493969861)

[3.1. Tipo de investigación: 44](#_Toc493969862)

[3.2. Diseño de investigación 44](#_Toc493969863)

[3.3. Población y unidad de análisis 44](#_Toc493969864)

[3.3.1. Población. 44](#_Toc493969865)

[3.3.2. Criterios de inclusión: 47](#_Toc493969866)

[3.3.3. Unidad de análisis. 47](#_Toc493969867)

[3.4. Instrumentos de recolección de datos: 47](#_Toc493969868)

[3.5. Procedimiento de recolección de datos: 49](#_Toc493969869)

[3.6. Análisis de datos: 50](#_Toc493969870)

[3.7. Consideraciones éticas: 51](#_Toc493969871)

[CAPÍTULO IV 52](#_Toc493969872)

[ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 52](#_Toc493969873)

[4.1. Análisis de resultados 52](#_Toc493969874)

[4.2. Discusión 63](#_Toc493969875)

[CAPÍTULO V 74](#_Toc493969876)

[CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 74](#_Toc493969877)

[5.1. Conclusiones 74](#_Toc493969878)

[5.2. Recomendaciones 75](#_Toc493969879)

[REFERENCIAS. 76](#_Toc493969880)

[LISTA DE ABREVIATURAS: 79](#_Toc493969881)

[GLOSARIO 80](#_Toc493969882)

[ANEXOS 82](#_Toc493969883)

# LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Casos registrados de cáncer por localización topográfica y sexo. Cajamarca 2006-2011…………………………………………………………………………….. .16

Tabla 2. Operacionalización de las variables de investigación…………………………… 43

Tabla 3. Datos sociodemográficos de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama……………………………………………………………………………...46

Tabla 4. Situación familiar de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama……………………………………………………………………………..52

Tabla 5. Características de la enfermedad en las pacientes según tipo de cáncer……...….54

Tabla 6.Nivel de uso de las estrategias de afrontamiento por dimensiones……………....56

# LISTA DE FIGURAS

*Figura 1.* Casos notificados de cáncer en el Perú según sexo y edad en el periodo 2006-2011………………………………………………………………………….... 26

*Figura 2*. Promedio anual de casos notificados de cáncer según localización topográfica periodo 2006-2011……………………………………………………………...26

*Figura 3*. Estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de cérvix y mama………...65

*Figura 4*. Estrategias de afrontamiento según grupo etáreo ……………...……………….67

*Figura 5*. Estrategias de afrontamiento según etapas del cáncer de cérvix ……………......68

*Figura 6*. Estrategias de afrontamiento según el apoyo familiar ……………………….....69

*Figura 7*. Estrategias de afrontamiento según el tipo de religión……………………….....70

*Figura 8*. Estrategias de Afrontamiento según antecedentes de cáncer……………..……71

*Figura 9*. Estrategias de afrontamiento con respecto al grado de instrucción ……..…….72

*Figura 10.* Estrategias de afrontamiento según tiempo de diagnóstico………………......73

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial y a pesar de los avances de la ciencia es una de las principales causas de muerte en nuestro país, siendo el cáncer de cérvix y mama los más frecuentes en el sexo femenino. Por otro lado, datos recientes refieren un incremento de su incidencia en los últimos años por lo que estas cifras dan cuenta de la magnitud de este diagnóstico en el Perú (MINSA, 2010). La persona con un diagnóstico de cáncer se ve ante la posibilidad de muerte causándole un gran impacto emocional que puede generar un desequilibrio a nivel personal y familiar, dificultando el proceso de adaptación a la enfermedad. Ante ello es necesario que el paciente logre elaborar estrategias de afrontamiento que le permitan encontrar una estabilidad y continuar con el tratamiento y con su vida.

Es por eso que el objetivo general en la presente investigación fue conocer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con cáncer de cérvix y mama ante un diagnóstico del mismo, las cuales serán de utilidad posterior para realizar planes de intervención psicológica dirigidas a mejorar la adaptación y calidad de vida en la población oncológica.

Esta investigación está estructurada por capítulos. En cada uno de ellos se detallan diferentes aspectos relacionados al tema de estudio. En el primer capítulo se hace referencia al problema de investigación, objetivos y justificación. En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico teniendo en cuenta antecedentes de investigación, los principales conceptos del cáncer de cérvix y mama y el afrontamiento según Lazarus y Folckman (1984). En el tercer capítulo se detalla la metodología el tipo de estudio e instrumento de recolección de datos de la presente investigación; posteriormente en el capítulo cuatro se presentan los resultados y discusión de la investigación. Finalmente en el capítulo cinco se plasman las conclusiones y recomendaciones.

# 

# CAPÍTULO I

# EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## Planteamiento del problema

El cáncer es una de las enfermedades más temidas por los seres humanos a pesar de los avances médicos existentes tanto para el diagnóstico como el tratamiento, pues se percibe como una enfermedad que produce un daño progresivo asociado a la muerte y genera gran sufrimiento y dolor tanto al paciente como a la familia.

Estudios epidemiológicos demuestran que el cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la tercera causa de muerte. En el Perú constituye la segunda causa de muerte y cada año se registran aproximadamente 42 mil nuevos casos de cáncer y mueren alrededor de 15 mil personas por esta enfermedad (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, 2011). Por otro lado el 90% de pacientes diagnosticados con cáncer son referidos al INEN en estadíos avanzados de la enfermedad dificultando su tratamiento y pronóstico (Ministerio de Salud MINSA, 2010). Los cánceres más frecuentes de acuerdo a la vigilancia epidemiológica son los de cérvix, estómago y mama. En el sexo femenino los más frecuentes son los cánceres de cérvix (24%), mama (16.6%) y estómago (8.6%); mientras que, en el sexo masculino los más frecuentes son los de estómago (15.1%), próstata (15.1%) y piel (7.8%) (MINSA, 2013).

En Cajamarca la mayor incidencia de cáncer es el de cérvix (18%), seguido por el cáncer de estómago (13.7%), cáncer de piel (9.1%) y de mama (8.1%) (MINSA, 2013). Según datos que nos proporciona el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Análisis de la situación de salud (ASIS, 2013), en Cajamarca el cáncer de mayor incidencia en el sexo femenino lo constituye el cáncer de cuello uterino (14,9%), seguido por el cáncer de mama (10,3%) y en el sexo masculino el de mayor incidencia es el cáncer de estómago (6%) y el de próstata (5.8%).

Estos resultados muestran que en Cajamarca el cáncer es un problema de salud pública, donde el cáncer de cérvix y mama son los más frecuentes en las mujeres, por lo que se considera importante realizar esta investigación en la población femenina puesto que además es una población vulnerable a los efectos del cáncer sobre su salud emocional y calidad de vida.

En ese sentido es importante tener en cuenta el impacto emocional y social que produce el cáncer en el paciente afectando su salud mental; puesto que el momento inicial del diagnóstico de cáncer representa un estrés psicológico muy fuerte que se prolonga durante los diferentes periodos de evolución de la enfermedad y tratamiento ( Zorrilla, 2010 p. 64). Es así que tanto el paciente como la familia experimentan cierto grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante todo el proceso de la enfermedad, el mismo que puede generar alteraciones en su comportamiento y las relaciones interpersonales.

Así, tenemos que, dentro de las enfermedades de salud mental más frecuentes que se pueden desarrollar a partir de un diagnóstico de cáncer según Derogatis (1983 citado por Zorrilla, 2010) se encuentra en mayor porcentaje la depresión y ansiedad y en menor medida el trastorno mental orgánico (delirium) fobias y trastornos de personalidad (p. 69)

Por otro lado Savard y Morín (2001, citado por Zorrilla, 2010) señalan que el cáncer a su vez ocasiona trastornos de sueño, presentándose en más del 50% de los pacientes, los cuales dificultan la adaptación y adherencia al tratamiento de la enfermedad (p.70)

Otros estudios realizados en pacientes con cáncer ginecológico señalan que tanto el cáncer como los efectos a los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como, alteraciones psicológicas y sociales tales como ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultades en las relaciones de pareja, entre otros (Olivares, 2004).

Por lo tanto la adaptación a la enfermedad en estas pacientes implica un proceso donde es necesario realizar acciones a nivel físico y mental para alcanzar un equilibrio emocional frente a su nueva situación.

En ese sentido Enríquez (2010) dice que “la adaptación a la enfermedad del cáncer tanto para las pacientes como para sus familias implica un esfuerzo psicológico para aceptar el diagnóstico” (p. 7) puesto que la paciente debe realizar múltiples trámites para la atención clínica, exámenes o exploraciones médicas, consultas con el médico especialista, tratamiento y efectos secundarios del tratamiento. Es así que para lograr un equilibrio o disminuir la ansiedad producida por esta situación estresante, la paciente pone en marcha estrategias de afrontamiento para enfrentar dicha enfermedad y lograr adaptarse a la misma.

En el proceso de adaptación a la enfermedad, Stuart (1997 citado por Libertad, 2003), señala que “el significado personal que el paciente asigne a dicha enfermedad, influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento*”*. Así, el paciente puede percibir el cáncer como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades (Libertad, 2003, p. 278). En tal sentido la percepción del paciente hacia su enfermedad será otro factor influyente en la adaptación y ajuste a la misma, así como la adherencia al tratamiento.

Respecto al proceso de adaptación a la enfermedad como el cáncer, Meseguer (2003, citado por Campos, 2013) sostiene que los procesos y reacciones que tengan lugar en cada persona tras afrontar esta experiencia de sufrimiento dependerán de una serie compleja de factores relacionados tanto con la enfermedad específica como con la historia de vida del afectado, incluida su personalidad y su red de apoyo (p. 7).

Según lo dicho anteriormente concluimos que en el proceso de adaptación a la enfermedad, el paciente oncológico pondrá en práctica una serie de respuestas y esfuerzos (estrategias de afrontamiento) para ajustarse a los diversos cambios internos y externos que implica el cáncer, de otro lado el tipo de estrategias a utilizar dependerá de varios factores como son: la personalidad, el estadio del cáncer, la percepción que se tenga de la enfermedad, su red de apoyo, entre otros. Es así que a través de este estudio nos interesa saber cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes que las pacientes con cáncer de cérvix y mama utilizan ante un diagnóstico del mismo.

## Enunciado del Problema

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes recién diagnosticadas con cáncer de cérvix y mama, del Hospital Regional de Cajamarca?

## Objetivos de la investigación

## Objetivo General:

* Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres de 18 a 80 años ante un diagnóstico de cáncer de cérvix y mama en el Hospital Regional de Cajamarca.

## Objetivos específicos:

* Describir la situación familiar y de enfermedad de las pacientes con cáncer de cérvix y mama.
* Determinar la estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres con cáncer de cérvix y mama según el grupo etario del Hospital Regional de Cajamarca.
* Identificar y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con cáncer de cérvix según la etapa del cáncer del Hospital Regional de Cajamarca.
* Identificar y comparar las estrategias de afrontamiento que emplean las pacientes en estudio según el apoyo familiar, religión y antecedentes de cáncer del Hospital Regional de Cajamarca.
* Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama según grado de instrucción.
* Identificar las estrategias de afrontamiento según el tiempo de diagnóstico en las mujeres con cáncer de cérvix y mama.

## Justificación e importancia:

El presente estudio constituye un gran aporte a la línea de investigación de la psicología de la Salud en nuestra región, siendo ésta una rama, que cada día cobra más auge a nivel nacional y mundial. Esta investigación brinda un conocimiento actual e importante a nuestra región cajamarquina sobre diferentes aspectos emocionales y conductuales que implica el cáncer más frecuente en la población femenina, los cuales pueden ayudar a los profesionales de salud a entender y comprender los diferentes comportamientos, actitudes, pensamientos y sentimientos de un paciente al momento de afrontar un diagnóstico de cáncer.

Asimismo uno de los objetivos contemplados en el plan Nacional Concertado de Salud 2015, es mejorar la salud mental como derecho fundamental de la persona. Siendo la salud mental un componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano. Por otro lado dentro de las Políticas Públicas y estrategias del gobierno regional de Cajamarca 2015-2018, se encuentra el eje de Desarrollo Humano a través de la prestación de servicios sociales de calidad, y en lo que respecta a los servicios de salud una prestación de servicios de salud eficiente, accesible, humano y culturalmente adecuado.

En cuanto al cáncer es una enfermedad que produce un gran impacto emocional y puede afectar la salud mental del paciente, siendo necesario un manejo integral y multidisciplinario que considere los aspectos psicológicos y sociales del paciente oncológico. Sin embargo esta necesidad no se tiene en cuenta en los proyectos de capacitación y mejoramiento de la atención de salud de los pacientes con cáncer. Pues según informe del Análisis de la Situación de Salud (ASIS, 2015) - Cajamarca, los proyectos de mejora existentes en el programa de control del cáncer, no incluyen capacitaciones sobre el manejo de la salud mental del paciente. En tal sentido la mayoría de los pacientes no reciben un trato adecuado por el personal de salud, existiendo brechas que impiden recibir una atención integral y de calidad. En este sentido en la presente investigación se refleja la necesidad de atender el aspecto emocional del paciente oncológico por medio del conocimiento de los diferentes comportamientos, pensamientos, actitudes y emociones ante un diagnóstico del mismo.

El conocimiento obtenido en esta investigación brinda un mejor entendimiento y comprensión de las necesidades emocionales que puede ocasionar el recibir un diagnóstico de cáncer. Necesidades que deberán ser consideradas por las instituciones de salud, sobre todo por el personal de salud encargado de la atención a los pacientes con cáncer. Del mismo modo, una atención humanitaria por parte del personal de salud puede ayudar a mejorar la adecuada adaptación a la enfermedad, adherencia al tratamiento y calidad de vida de los pacientes. De esta manera, a través de este estudio se pretende contribuir con los objetivos señalados en el plan estratégico institucional de salud 2015-2018 como es el brindar un servicio de salud humanizado de calidad siendo además un derecho universal de todo paciente, el recibir un buen trato e integral donde se considere la protección de su salud mental.

# CAPITULO II

# MARCO TEÓRICO

## Antecedentes de investigación

Dentro de los estudios sobre estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer mencionaremos a Enríquez (2010), quién investigó las estrategias de afrontamiento en 24 pacientes con cáncer de seno en el Instituto Cancerológico de Nariño-Colombia, cuyas edades oscilan entre los 34 y 64 años de edad, se empleó una metodología mixta de tipo descriptivo que permitió identificar las estrategias de afrontamiento psicológico más empleadas por un grupo de pacientes evaluadas mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada y la escala de Estrategias de Coping Modificada (Eec-M). Se halló que la estrategia más utilizada por el grupo de pacientes investigados es la estrategia de afrontamiento denominada Religión, que se caracteriza por recurrir a Dios o instancias trascendentes para enfrentar la enfermedad se comprueba entonces que los recursos espirituales pueden contribuir a que los pacientes hagan una interpretación de la situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de vida.

Aiskel y Joemelis (2014), por su parte, realizaron una investigación en una muestra de 52 adolescentes con cáncer atendidos en el Hospital de especialidades neoplásicas en Maracaibo, Venezuela. Se trató de un estudio de tipo descriptivo con un muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario (COPE-28) de Carver, 1997 donde se halló que el estilo comúnmente empleado por los adolescentes con cáncer fue orientado al problema así como las dimensiones de Autodistracción y afrontamiento activo.

Llull, Zanier y García (2003) realizaron un estudio longitudinal con la finalidad de analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento en 79 pacientes con diferentes tipos de cáncer (mama, colon, pulmón) la muestra estuvo constituida por hombres y mujeres con edades de 34 a 77 años del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata - Argentina. Se aplicó un cuestionario de calidad de vida, un inventario de respuestas de afrontamiento y una entrevista semiestructurada. Los resultados muestran que los pacientes utilizan con mayor frecuencia estrategias de aproximación y centradas en el problema, también se encontró que las mujeres emplearon más recursos de descarga emocional que los hombres. Por otro lado se comparó las estrategias de afrontamiento según la edad, donde se obtuvo que las personas con 55 a más años utilizan en mayor medida que los jóvenes la estrategia de búsqueda de apoyo social y resolución de problemas.

También se puede mencionar el estudio realizado por los autores Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam (2013) sobre estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 150 pacientes en el Hospital Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima. En la que los datos fueron recolectados mediante entrevista y el inventario COPE, diseñado por Carver y modificado por Crespo y Cruzado durante un periodo de dos meses. De acuerdo a los resultados obtenidos, el estilo más utilizado por el grupo de investigación es el estilo positivo enfocado a la emoción “Siempre” busco la ayuda de Dios.

En otro estudio sobre el afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, Ojeda y Martínez (2012) evaluaron a 85 pacientes, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima. Se utilizó un cuestionario elaborado por las investigadoras; el cual consta de dos partes: 1) datos sociodemográficos de las pacientes; 2) 45 preguntas relacionadas a 14 ítems sobre afrontamiento en el proceso cognitivo y conductual de las pacientes. De acuerdo a los resultados las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentaron un bajo porcentaje de buen afrontamiento siendo las más utilizadas estrategias centradas en la emoción y evitación.

Así mismo, Becerra y Otero (2013), analizaron la relación existente entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico en una muestra de 46 pacientes con cáncer de mama, cuyo tiempo de diagnóstico de la enfermedad mayor a seis meses y en estadio clínico del I a III, todos ellos pacientes en clínica oncológica privada de la ciudad de Lima. Para ello, se empleó el Inventario de Estimación del Afrontamiento COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) y la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989). Entre los resultados más importantes se halló que dichas pacientes utilizan ambos estilos de afrontamiento en similar proporción siendo las estrategias centradas en la emoción las que obtuvieron una mayor puntuación. Por otro lado las estrategias centradas en el problema más empleadas fueron: afrontamiento activo, planificación y soporte instrumental; y entre las más utilizadas orientadas a la emoción fueron : aceptación, reinterpretación positiva y acudir a la religión.

De otro lado Asencio (2013) realizó una investigación de tipo correlacional por asociación, con el propósito de determinar la asociación entre niveles de resiliencia y niveles de los estilos de afrontamiento en el Hospital Estatal de Chiclayo en 70 mujeres entre 25 y 60 años con cáncer de mama. Se aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE. Se encontró que existe asociación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento. Asimismo se determinó que las pacientes eligieron con mayor frecuencia el estilo centrado en la emoción.

Ticona, Benavente y Siqueira, (2015) realizaron un estudio sobre las diferencias de género en la percepción del estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia en la ciudad de Sao Paulo- Brasil. Para dicho estudio emplearon una muestra de 100 pacientes con 47 mujeres y 53 hombres, utilizando como instrumentos la escala de estrés percibido y el inventario de estrés Coping. Según los resultados las mujeres tuvieron más altos niveles de estrés y no encontraron diferencias de género en la utilización de las estrategias de afrontamiento; asimismo, se halló que existen influencias de los factores sociodemográficos en la percepción del estrés y la utilización de las estrategias de afrontamiento.

## Bases Teóricas de la investigación

En esta sección trataremos temas de interés para la presente investigación como son: el concepto del cáncer, epidemiología del cáncer en el Perú, cáncer de cérvix y de mama, aspectos psicológicos asociados al cáncer ginecológico, impacto del cáncer, afrontamiento; afrontamiento como procesos, funciones del afrontamiento, afrontamiento en la enfermedad, afrontamiento y cáncer y estrategias de afrontamiento frente al cáncer.

## Definición del Cáncer:

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2015) el cáncer es una enfermedad que se produce por el crecimiento y multiplicación incontrolado de células las cuales forman un tumor que por lo general es maligno y pueden originarse en cualquier parte del cuerpo. La existencia de un tumor maligno se caracteriza por la invasión y extensión de células cancerosas a los tejidos cercanos alcanzando otros órganos del cuerpo por medio del sistema circulatorio.

Marks y Cols. (2008, citado por Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 2013) refieren que “las células se encuentran reguladas a partir de unas indicaciones que reciben sobre el tiempo en que deben dividirse”(p. 25), cuando se altera la regulación de éstas, las células continúan dividiéndose sin control, originando un tumor, el cual puede ser benigno o maligno. El tumor benigno se compone de células que no son capaces de invadir otros tejidos u órganos posibilitando la eliminación total del tumor por lo que no representan una amenaza para la vida; mientras que el tumor maligno, se constituye de aquellas células que crecen rápidamente sin control y tienen la capacidad de invadir, dañar y destruir órganos y tejidos, pudiendo llegar a una *metástasis* que se produce cuando las células cancerígenas ingresan al sistema linfático y alcanzan otras partes del cuerpo distantes al tumor original (Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 2013. P. 25).

Se puede apreciar entonces, que el cáncer es una enfermedad muy compleja que avanza progresivamente destruyendo la función normal del órgano u órganos afectados. Así mismo el cáncer pasa por diferentes estadíos o etapas, las mismas que deberán ser tomadas en cuenta para seleccionar el tipo de tratamiento al que se someterá el paciente.

De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer [NCI], (2015) se tiene los siguientes estadíos del cáncer los cuales son utilizados generalmente por todos los médicos:

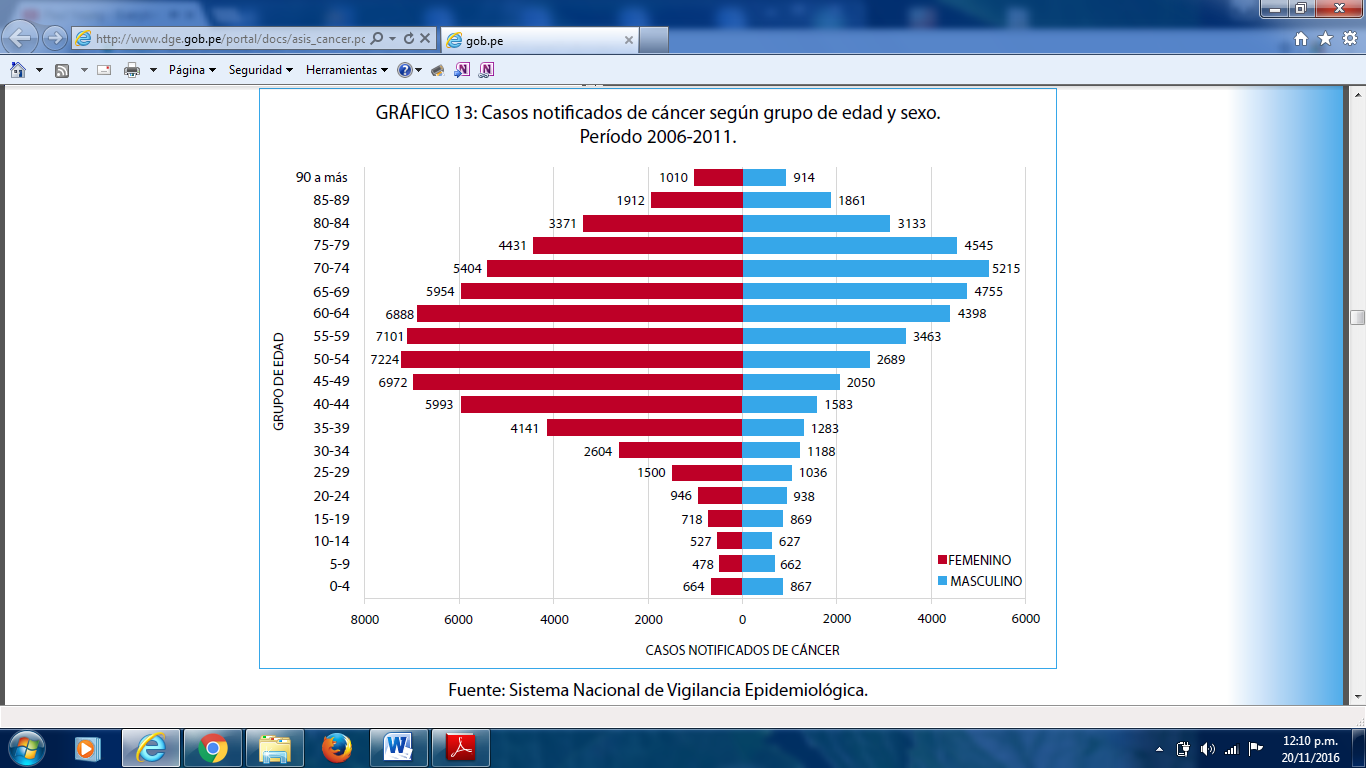
* Estadío cero: Hay células anormales presentes pero no se han diseminado al tejido cercano se llama también carcinoma *in situ.*
* Estadío I,II y III. Hay cáncer presente y cuanto mayor es el número más grande es el tumor y se ha extendido en los tejidos cercanos.
* Estadío IV: El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo conocido como *metástasis*.
* Otro sistema de clasificación de los estadíos del cáncer que generalmente se utilizan en los registros del cáncer es: (NCI, 2015):
* In situ: Hay células anormales presentes pero no se han diseminado a tejido cercano
* Localizado: El cáncer se ha limitado al lugar en donde empezó, sin indicios de haberse diseminado.
* Regional: El cáncer se ha extendido a estructuras cercanas, como a los ganglios linfáticos, a tejidos o a órganos.
* Distante: El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.
* Desconocido: No hay información suficiente para determinar el estadio

De acuerdo a la clasificación mencionada anteriormente sobre estadios del cáncer, en los primeros estadios *(in situ, localizado*) del cáncer existen posibilidades de que la enfermedad sea tratada satisfactoriamente permitiendo su eliminación total. Mientras que en los estadios avanzados, donde la extensión del mismo compromete a los órganos cercanos y periféricos, requerirá de un tratamiento complejo y muchas veces solo paliativo.

## Epidemiología del cáncer en el Perú

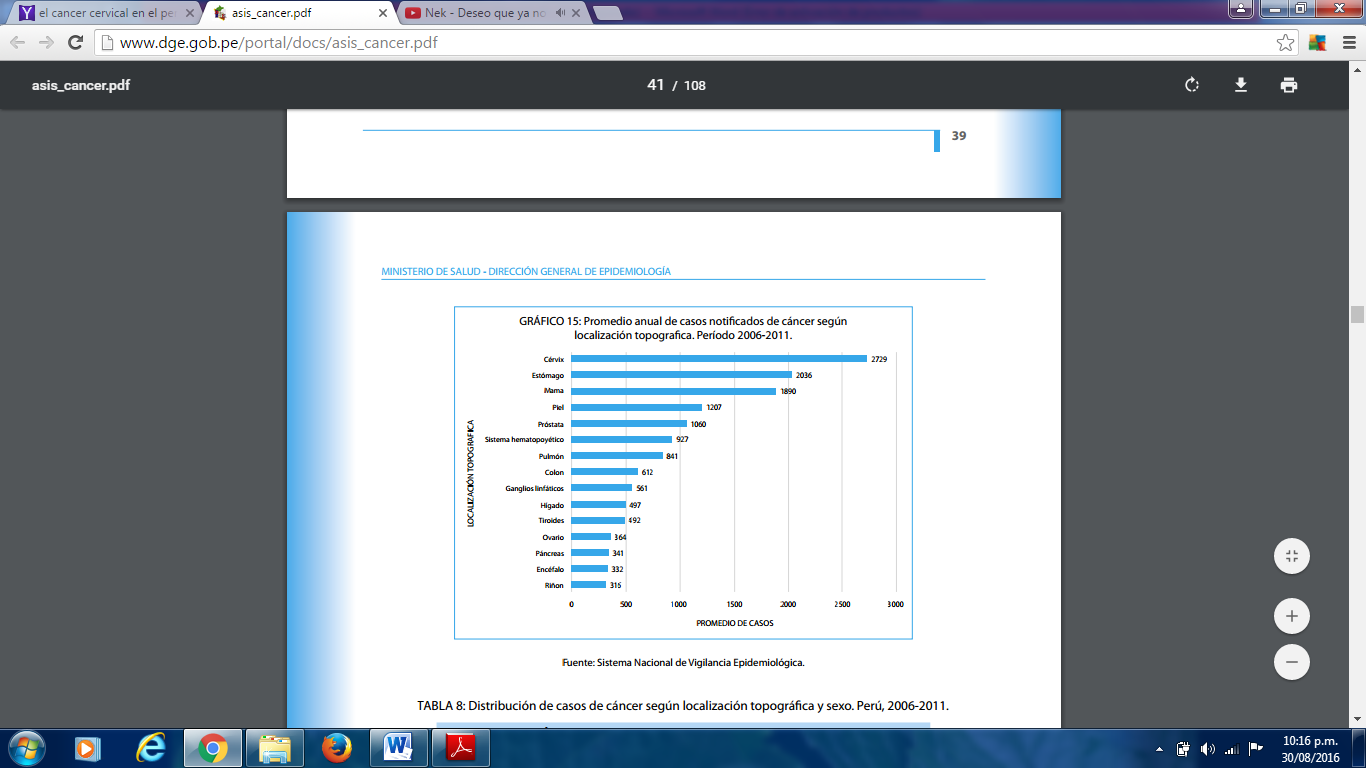
En el Perú, el cáncer de cuello uterino y de mama constituyen los tipos de cáncer más frecuentes en la población femenina. Además, es una de las causas más frecuentes de muerte dentro de las neoplasias malignas que afectan a la mujer (Pacheco, 2007). Nuestra Región Cajamarca no es ajena a esta problemática pues el cáncer afecta en mayor número al sexo femenino, siendo los más frecuentes el de cérvix y mama (MINSA, 2013).

Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (MINSA, 2013), en nuestro país, durante el período 2006-2011, se notificaron 109 914 casos de cáncer. Donde el mayor número de casos notificados correspondieron al sexo femenino con 61.8% y el 38.2% de los casos, al sexo masculino. Además, la edad en que se presenta el mayor número de casos en el sexo femenino es a partir de los 30 años, aumentando la frecuencia entre los 40 y 69 años con un 59.2%, de los casos; mientras que en el sexo masculino, la edad de incremento es a partir de los 45 años con una mayor frecuencia entre los 60 y 79 años en donde se presentó el 40.8% de los casos. (Ver figura 1)



*Figura 1*: Casos notificados de cáncer en el Perú según sexo y edad en el periodo 2006-2011. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por otro lado los casos más frecuentes de cáncer, reportados a nivel nacional en el periodo 2006-2011, corresponden al cáncer de cérvix, seguidos por el cáncer de estómago, cáncer de mama, de piel y de próstata (ver figura 2).

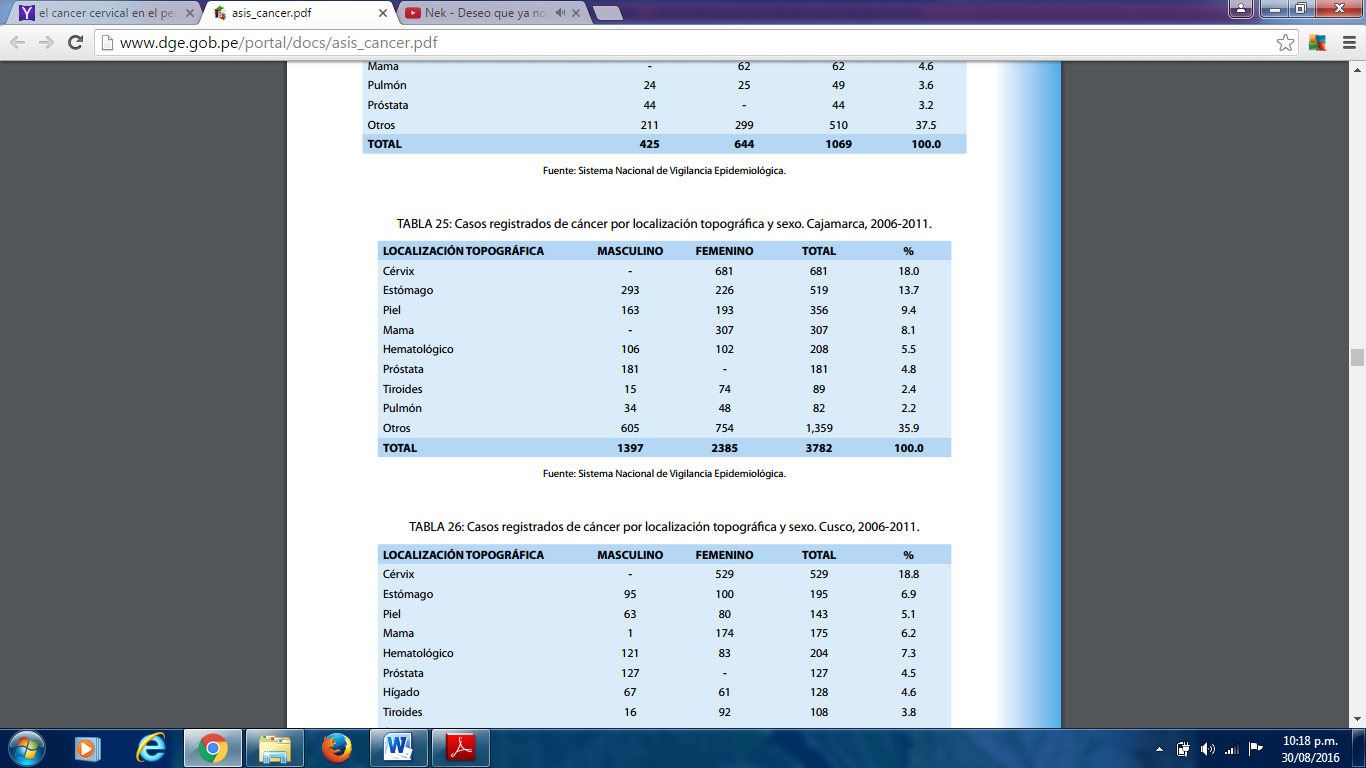


*Figura 2*. Promedio anual de casos notificados de cáncer según localización topográfica periodo 2006-2011. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En Cajamarca los casos notificados corresponden en primer lugar al cáncer de cérvix, seguido por el cáncer de estómago, cáncer de piel y de mama (ver tabla 1).

Tabla 1

*Casos registrados de cáncer por localización topográfica y sexo. Cajamarca 2006-2011.*



*Nota:* Fuente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

### Cáncer de Cérvix:

En el Perú, el cáncer de cérvix o de cuello uterino es la principal causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer (Pacheco, 2007). Este tipo de cáncer se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células cancerosas en la parte inferior del cuello uterino, siendo la causa principal el Virus del Papiloma Humano y puede originarse en la superficie vaginal o en el canal cervical.

En este tipo de cáncer las células del cuello uterino pasan por un proceso de transformación que les convierte en células cancerígenas, dichos cambios en las células del cérvix son denominadas displasias. La displasia es un crecimiento anómalo de las células del cuello uterino, dando como resultado un tumor maligno en el cérvix que generalmente toma varios años para convertirse en cáncer de cuello uterino (Sociedad Española del Cáncer, 2016). Este tipo de cáncer conlleva un desarrollo lento donde los cambios que se producen dentro del cuello uterino no causan molestia a la mujer y no generan unos síntomas claros al inicio de la enfermedad, siendo posible su detección a través de un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou, los síntomas más evidentes se manifiestan con claridad cuando el cáncer está en una etapa avanzada (Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 2013 p.15).

Por otro lado, es importante mencionar los factores asociados a la aparición del cáncer de cérvix, estos en su mayoría, están relacionados a comportamientos sexuales inadecuados en la mujer como por ejemplo: el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples compañeros sexuales ocasionales, presencia de enfermedades de transmisión sexual, presencia del virus del papiloma humano, la no realización de la citología o Papanicolaou, entre otras (Pacheco, 2007 p. 756).

El cáncer de cérvix de acuerdo al NCI (2015), pasa por diferentes estadíos o etapas iniciándose con una lesión precancerígena o displacia de cérvix caracterizada por la presencia de células anormales en el útero , las que posteriormente se convertirán en un tumor maligno. La siguiente etapa corresponde al *cáncer in situ* o estadío cero donde existen células cancerígenas sólo en la superficie del cuello uterino (la capa de las células que cubre el cuello uterino) sin crecer hacia (invadir) los tejidos más profundos del cuello uterino.

En el estadío I el cáncer creció hacia (invadió) el cuello uterino, pero no fuera del útero; asimismo el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes. En el estadio II   el cáncer ha crecido más allá del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina. En el estadio III el cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas, pudiendo afectar los riñones. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes. Finalmente el estadio IV es la etapa más avanzada del cáncer de cuello uterino. El cáncer se ha propagado a órganos adyacentes o a otras partes del cuerpo.

La determinación del estadío clínico del cáncer de cérvix será fundamental para de acuerdo a éste establecer el manejo terapéutico y seguir el tratamiento adecuado según la condición en la que se encuentra la paciente (Pacheco, 2007)

Existen diferentes métodos o procedimientos para la detección del cáncer de cérvix, los más utilizados son: *La citología de cuello uterino*, ya que consiste en extraer las células del cuello uterino para analizarlas en el microscopio y detectar alguna anormalidad en las mismas; *la colposcopia*, que consiste en la visualización del cuello uterino y la vagina con un colposcopio y *la biopsia* donde se extrae una muestra de tejido del cérvix y se realiza en caso de detectar lesiones malignas (CNI, 2015).

Con respecto al tratamiento de este tipo de cáncer Existen varias modalidades las que serán seleccionadas de acuerdo al estadío clínico de la enfermedad, sin embargo son procedimientos que pueden generar gran ansiedad y miedo en la paciente, por lo invasivos y agresivos que resultan en el organismo de la mujer y por los efectos secundarios que éstos implican; dentro de los procedimientos que se emplean según información brindada por el Instituto Nacional del Cáncer, 2016 para el tratamiento del cáncer de cérvix tenemos:

En primer lugar se encuentra a la *Cirugía,* que consiste en la extirpación del tumor cancerígeno y está indicado en los casos primarios del cáncer. La cirugía puede realizarse a través de diferentes procedimientos como *la conización,* que consiste en extraer una porción de tejido en forma de cono del cuello uterino y el canal uterino; *la histerectomía total*, donde se extirpan el útero y cuello uterino; *la histerectomía radical*, se extirpan el útero, el cuello uterino, ambos ovarios, ambas trompas de Falopio y el tejido circundante. La *Traquelectomía radical*: cirugía para extraer el cuello uterino, los tejidos cercanos y los ganglios linfáticos, y la parte superior de la vagina. *Salpingooforectomía bilateral*: cirugía para extirpar ambos ovarios y ambas trompas de Falopio. *Exenteración pélvica*: cirugía para extirpar la parte inferior del colon, el recto y la vejiga. También se pueden extirpar el cuello uterino, la vagina, los ovarios y los ganglios linfáticos cercanos.

Otra modalidad de tratamiento es la Radioterapia, en la que se utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan y puede ser indicada en cualquier etapa del cáncer. La radioterapia puede ser externa (fuera del cuerpo) o interna (dentro del cuerpo). La radioterapia por otro lado tiene efectos negativos en el aparato genital femenino ocasionando frecuentemente disfunciones sexuales (Pacheco, 2007 p.749)

La quimioterapia es otro de los tratamientos contra el cáncer, donde se utilizan medicamentos para interrumpir el crecimiento de células cancerosas, mediante su destrucción o evitando su multiplicación, y puede ser administrado por vía oral, vía endovenosa y cefalorraquídeo. La forma en que se administra la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado. La quimioterapia por lo general tiene un efecto paliativo y está indicado para casos donde la cirugía y radioterapia no han logrado la curación (Pacheco, 2007 p.748)

### Cáncer de mama

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres de la mayoría de países desarrollados (Pacheco,2007). En el Perú, ocupa el segundo lugar, después del cáncer de cuello uterino (MINSA, 2013). El cáncer de mama según el Instituto Nacional del Cáncer (2015) es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno. Este tumor se puede desarrollar en distintas partes del tejido mamario por lo general en los conductos y lobulillos (glándulas que producen leche), este cáncer también puede afectar en mínimo porcentaje al varón.

Pacheco (2007), señala que el cáncer de mama no tiene una causa conocida sin embargo se han identificado ciertos factores de riesgo para su aparición como son la edad (ser mayor a 50 años); factores reproductivos como la menarquia precoz y menopausia tardía, el no haber tenido hijos antes de los 35 años, por otro lado están los factores hormonales como el uso de anticonceptivos orales, hormonoterapia de reemplazo en la menopausia (utilización de estrógeno y progesterona); del mismo modo pueden ser factores de riesgo los antecedentes familiares de cáncer de mama y la exposición a radiación dirigida a la mama o el pecho.

Otros factores que aumentan las posibilidades de tener cáncer de mama y sobre los cuales se puede intervenir son: el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de alcohol en proporciones mayores a las recomendadas (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

El síntoma más frecuente del cáncer de mama es la presencia de un tumor no doloroso, por lo que muchas mujeres no acuden a tiempo hacerse un chequeo de la mama, lo cual genera que las pacientes lleguen a consulta por primera vez cuando el cáncer está avanzado.

Dentro de los exámenes de diagnóstico utilizados para la detección del cáncer de mama tenemos en primer lugar a la mamografía la cual se realiza luego de hacerse un examen físico de la mama, posteriormente se hace un examen complementario a través de una ecografía mamaria en la que se observará la presencia de algún tumor en la mama. En caso de detectar un tumor maligno, se realizará una biopsia del tumor la cual consiste en extraer células del cáncer para determinar el estadío clínico del mismo (Pacheco, 2007 p.696).

Al igual que en el cáncer de cérvix es importante identificar el estadío del cáncer de mama para determinar el tratamiento a seguir. La clasificación más adaptada es la de la Unión Internacional contra el Cáncer (Pacheco, 2007 p.697). Dicha clasificación tiene en cuenta el sistema TNM, que se refiere a tres aspectos según sus iniciales: T, “tamaño del tumor” y se describe con números del 1 al 4; donde T1 es igual o inferior a 2 cm y T4 si hay expansión hacia la piel o pared torácica; **N** hace referencia a la “afectación de ganglios linfáticos y se enumera del 0 al 3; y M “metástasis” y se describe con 0 (en ausencia de metástasis) y 1 (con metástasis).

Teniendo en cuenta el significado de las siglas anteriores el cáncer de mama y según información de la Sociedad Americana contra el Cáncer (2016), se agrupa en las siguientes etapas o **estadios :**

* **Estadio 0:** Son lesiones premalignas. También se denomina carcinoma in situ (Tis). Las células tumorales están localizadas exclusivamente en la pared de los lobulillos o de los conductos galactóforos.
* **Estadio I (T1, N0, M0):** el tamaño del tumor es inferior a dos centímetros. No hay afectación de ganglios linfáticos ni metástasis a distancia.
* **Estadio II:** tumor entre 2 y 5 centímetros, con o sin afectación de ganglios axilares. Se subdivide en estadio IIA (T0,N1, M0 ó T1, N1, M0 ó T2 N0 M0) y en estadio IIB (T2, N1, M0 ó T3, N0, M0)
* **Estadio III:** el tumor afecta a ganglios axilares y/o piel y pared torácica (músculos o costillas). Se subdivide en estadio IIIA (T0-2, N2, M0 ó T3, N1-2, M0), estadio IIIB (T4, N0-2, M0) y estadio IIIC (T0-4, N3, M0).
* **Estadio IV: el cáncer se ha diseminado, afectando a otros órganos como hueso o hígado.**

Luego de haber realizado el diagnóstico y determinado el estadío del cáncer de mama en la paciente se elegirá el tratamiento más adecuado en cada caso. Hay distintos tipos de tratamientos, los que dependerán del estadio y de las características de cada paciente así tenemos las siguientes modalidades de tratamiento según el Instituto Nacional de cáncer 2016:

* Quirúrgico: indicado en las pacientes con enfermedad localizada (mama y ganglios), con la finalidad de extirpar el cáncer de la mama. Existen diferentes tipos de cirugías; dependiendo del tamaño del tumor, así tenemos que si es pequeño se extirpa el tumor pero no toda la mama, si el tumor es grande la cirugía consistirá en extirpar toda la mama (mastectomía). Además del tratamiento de la mama, deberán estudiarse los ganglios axilares a fin de evaluar su posible compromiso tumoral.
* Radioterápico: La radioterapia consiste en utilizar rayos x de alta energía u otros tipos de radiación para eliminar células cancerosas o impedir que crezcan. El objetivo de la radioterapia es evitar que regrese el cáncer, luego de un tratamiento quirúrgico de la mama y contribuir a aumentar las posibilidades de curación.
* Oncológico: Éstas incluyen a la quimioterapia, hormonoterapia y/o terapia biológica, y se basan en medicamentos que buscan destruir a las células cancerosas o impedir su crecimiento, y pueden ser indicados antes, durante o después de un tratamiento quirúrgico, dependiendo del tamaño y extensión del tumor.

### Aspectos Psicológicos del cáncer ginecológico

El diagnóstico de cáncer produce un fuerte impacto en la paciente y su entorno familiar, genera un estado de confusión, incertidumbre, miedo y en ocasiones problemas de comunicación con sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y el personal de salud. Es frecuente la percepción de pérdida subjetiva de la salud y de la vida, así como alteración de la autoimagen, de la autoestima, del estilo de vida, relaciones significativas, y proyecto de vida, produciendo un gran sufrimiento en la paciente (Yélamos y Fernández, 2010).

Por otro lado existe una serie de situaciones relacionadas al proceso de diagnóstico, que producen un gran malestar psicológico. Entre estas tenemos a: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas , tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los controles médicos etc., son situaciones que en muchas ocasiones dificulta la aceptación y adaptación a la enfermedad.

Cabe indicar que no todas las pacientes reaccionan de la misma manera ante un diagnóstico de cáncer. A decir de Yelamos y Fernández (2010) existen algunos factores que determinarán las características de esta reacción: factores personales, sociales, culturales, edad, trastornos psicológicos previos, forma de afrontamiento y a la enfermedad (tipo de cáncer, estadío, tratamiento, etc).

En el caso del cáncer de mama y de cuello uterino, donde el tratamiento consiste en la extracción y extirpación de la mama o la extracción del útero, se genera un sentimiento de angustia ante la creencia que se alterará la función sexual y reproductiva. Además no solo está el miedo a la muerte, al dolor físico, o a perder una parte del cuerpo sino también a la posibilidad de ser marginadas por el aspecto físico y los efectos secundarios de los tratamientos, como son los cambios de la figura corporal, la pérdida del cabello, cambios hormonales, entre otros (Luna, 2010). Es importante también tener en cuenta que cada mujer posee diferentes herramientas y estrategias que le pueden ayudar a enfrentar el cáncer de cérvix y mama de una forma peculiar.

Hay estudios que comprueban que el cáncer de cérvix entre otros tipos de cáncer femenino, produce una serie de cambios y efectos psicológicos en la mujer. Al respecto Olivares (2004) señala que “tanto el cáncer como los efectos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales” (p. 30). Esta influencia del cáncer en el bienestar subjetivo de las mujeres ha sido confirmado por Bos-Branolte (1991, citado por Olivares, 2004) en cuyo estudio realizado en 90 mujeres con cáncer, identifica un 28% de morbilidad psicopatológica como son: ansiedad (34%), depresión (28%), baja autoestima, (36%), dificultades en las relaciones de pareja (26%). Asimismo esta morbilidad se distribuía en función de la localización tumoral en: ovario (36%), cérvix (21%), endometrio (17%) y por último, vulva (46%).

De igual modo, Corney y cols. (1993, citado por Olivares, 2004) estudiaron un grupo de 105 pacientes con carcinoma de cérvix o vulva. Se halló que muchas de estas pacientes presentaban síntomas depresivos y de ansiedad, así como, problemas sexuales crónicos después de cinco años de haber recibido un tratamiento quirúrgico. De forma específica, examinando el rol de la edad en relación con la función sexual de la mujer, Corney encontró que, el 40% de las mujeres con edades inferiores a los 50 años tuvieron una menor frecuencia en sus relaciones sexuales y las mayores a 50 no tuvieron ninguna relación sexual o ésta fue muy escasa. La disfunción sexual que manifestaban la mayoría de las pacientes fue la inhibición del deseo sexual.

### Impacto emocional y social del cáncer:

Para el paciente y la familia, el momento inicial del diagnóstico de cáncer representa un estrés psicológico muy fuerte que se prolonga durante los diferentes periodos de evolución de la enfermedad y tratamiento. Es así que tanto el paciente como la familia experimentan cierto grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante todo este proceso, pudiendo generar alteraciones en su comportamiento y las relaciones interpersonales (Zorrilla, 2010 p.62).

Por lo general, ser conocedor de un diagnóstico de cáncer desencadena una reacción psicológica de crisis vital, donde la seguridad en uno mismo se decae dificultando la toma de decisiones, alterándose asimismo la capacidad de relación con los demás. Sin embargo, el diagnóstico de cáncer no causa el mismo impacto emocional en todos los pacientes, puesto que cada uno de ellos tiene su propia forma de afrontar los problemas de acuerdo a experiencias previas, personales, sociales y culturales del paciente (Zorrilla, 2010 p.67).

En ese sentido el paciente puede percibir la enfermedad como una amenaza, una pérdida, un reto, o alivio a responsabilidades (Libertad, 2003, p 278). Si el paciente percibe su enfermedad como una amenaza, surgirá una reacción intensa de ansiedad; de otro lado si se valora la situación como una “pérdida importante”, aparecerán sentimientos de tristeza que pueden dar lugar a estados depresivos. Por el contrario si el paciente valora la enfermedad como un reto, tratará de hacer todo lo posible para enfrentar y encontrar una solución a su actual estado.

Uno de las emociones más frecuentes que produce el cáncer es el miedo, éste se mantiene en las distintas etapas de la enfermedad, generando una situación de estrés (Zorrilla, 2010). Frente al cáncer el paciente suele experimentar miedo a la muerte, a perder su independencia, a la alteración de la imagen corporal, a la incapacidad de realizar actividades cotidianas, a la pérdida de las relaciones personales y sociales, miedo mismo al dolor y otras reacciones en estadios avanzados (Yélamos y Fernández, 2010 p.270).

### Respuestas psicológicas de adaptación y desadaptación frente al cáncer.

El paciente oncológico atraviesa por diferentes fases antes, durante y después del diagnóstico. En cada etapa surgen un conjunto de emociones que deben ser consideradas por el personal de salud para brindar una mejor atención y apoyo al paciente frente al cáncer. De acuerdo con Zorrilla (2010), el paciente oncológico reacciona de la siguiente manera:

* Fase pre diagnóstico: Esta fase corresponde al conjunto de exploraciones y pruebas médicas que se realizan para obtener el diagnóstico. Estos exámenes suelen ser dolorosas e invasivas, así mismo, generan sentimientos de incertidumbre y preocupación ante un posible diagnóstico de cáncer. Ante esto es necesario que el profesional de salud brinde información lo antes posible para aliviar la tensión a la que se ven sometidos el paciente y la familia. Por otro lado se podrían considerar conductas desadaptativas la hipervigilancia, la preocupación excesiva o la hipocondría, con posible alteración del sueño.
* Fase de diagnóstico: este momento produce un gran impacto emocional, tanto para el paciente como para su familia que puede generar alteraciones emocionales como: sentimientos de confusión y negación de la enfermedad. También pueden aparecer sentimientos de angustia y ansiedad expresados a través de la anticipación de acontecimientos que todavía no han sucedido. Ante esta situación es recomendable que el Personal de salud facilite la expresión de sentimientos y favorezca la escucha activa tanto al paciente como a la familia. Así mismo el paciente puede actuar con hostilidad-irritabilidad expresados a través de su molestia por todo y con todos. En estos casos se fomentará el aprendizaje de comportamientos alternativos y autocontrol emocional. Por otro lado el paciente puede experimentar sentimientos de culpa y miedo, los cuales pueden ser anormales si perduran por mucho tiempo. En estos casos se debe potenciar su superación trasmitiendo la idea de que no puede responsabilizarse a sí mismo cuando hay factores que no dependen en absoluto de él.(p.66)

Según Kübler (citado por Zorrilla, 2010), el paciente con cáncer pasa por un proceso de 5 etapas para aceptar la enfermedad. La primera es la *negación* que aparece luego de comunicarle el diagnóstico al paciente,caracterizada por la dificultad para aceptar la enfermedad. Posteriormente aparece la *ira*, donde se apodera, la rabia y el enfado contra todo y contra todos (p. 67). La siguiente etapa es el *pacto* donde el paciente intenta negociar para evitar o retrasar lo inevitable. En la etapa de *depresión* el paciente se siente incapaz de evitar los acontecimientos negativos y al temor de no ser capaces de superarlos. Finalmente en la etapa de *aceptación*, el paciente ha tenido un tiempo para madurar sus ideas, permitiéndole asumir el diagnóstico y poner en marcha estrategias de adaptación (Zorrilla, 2010 p. 67).

Es importante indicar que este proceso no siempre sigue el mismo orden, ni es absolutamente necesario que se den todas las etapas para iniciar la adaptación, pues para algunos pacientes no será necesario pasar por todas ellas.

* Fase de tratamiento. En esta etapa pueden presentarse alteraciones psicológicas y conductuales según el tipo de tratamiento que se emplea. En este sentido si la paciente es sometida a una cirugía sentirá miedo al proceso de anestesia, a la cirugía en sí, al dolor después de la operación y los posibles efectos secundarios. Por otro lado la alteración de la imagen corporal y sus dificultades para ejecutar sus actividades diarias puede disminuir su autoestima, requiriendo en ocasiones la intervención de un profesional adecuado (Zorrilla, 2010 p.67).

Si la opción de tratamiento es la radioterapia, aparecerán temores relacionados al procedimiento, a los equipos que se utilizan, a la duración de cada sesión, al dolor así como miedo a los efectos secundarios (Zorrilla, 2010 p.67). Es necesario brindar una correcta información y mantener la comunicación adecuada con el equipo responsable del tratamiento para reducir la ansiedad, y mejorar la aceptación del diagnóstico.

Cuando la modalidad de tratamiento es la quimioterapia, su administración puede relacionarse con procesos difíciles o dolorosos, múltiples inyecciones, efectos secundarios de los fármacos utilizados, etc. Diversos autores manifiestan que en general se toleran mejor psicológicamente los tratamientos empleados como primera opción curativa que aquéllos que tienen una finalidad paliativa (Zorrilla, 2010 p. 67).

* Fase postratamiento. El paciente se reincorpora poco a poco a las actividades cotidianas, con un periodo de revisiones médicas que se irán espaciando con el tiempo. En esta fase surge el temor a posibles recaídas que ocasiona en el paciente cierto estado de ansiedad y excesiva observación corporal que puede derivar en actitudes hipocondríacas (Zorrilla, 2010 p 68).
* Fase terminal y paliativa.El paciente toma conciencia de su realidad y de su muerte en un corto plazo de tiempo. Tiene miedo al dolor, al abandono y a la pérdida de su dignidad como individuo. Teme lo desconocido del proceso de morir. Aún tiene asuntos económicos, familiares o profesionales no resueltos. Son frecuentes los cuadros depresivos y confusionales agudos (Zorrilla, 2010 p. 68).
* Supervivencia**.** Aunque se consiga superar la enfermedad, esta etapa puede verse marcada por secuelas físicas o psicológicas derivadas tanto de la enfermedad como de su tratamiento (Zorrilla, 2010 p.68).

### Factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad:

* Apoyo social. En el pronóstico del cáncer ginecológico, hay evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social para lograr una mejor adaptación psicológica y mejor calidad de vida (Enríquez 2010). La falta de apoyo social se ha identificado como factor predictor de mal ajuste psicológico tras el diagnóstico. Algunos autores han descrito el efecto positivo que tiene una relación satisfactoria previa con el cónyuge, también estudiaron cómo se alteran los niveles de satisfacción marital y el funcionamiento familiar después del diagnóstico de cáncer.
* Grado de Instrucción: Algunos autores señalan que el grado de instrucción es predictor de un buen afrontamiento pues las personas dispondrían de mayores conocimientos habilidades para comprender las situaciones estresantes y obtener aprendizajes sobre nuevos comportamientos y encontrar aspectos positivos de las mismas (Llull, Zanier, y García (2003), Vilchez (2015).
* Religión: Yañez y colaboradores (2009) examinaron dos componentes de la espiritualidad: sentido de vida - paz y fe, como predictores de adaptación psicológica a la enfermedad y encontraron que la habilidad para encontrar sentido a la vida es un potente predictor de adaptación al cáncer y de bienestar en general; y según nuestros resultados muestran que las pacientes diagnosticadas con cáncer utilizan con mayor frecuencia estas estrategias, dando a notar que ellas tendrían una mejor adherencia al diagnóstico o el proceso del tratamiento.
  + - 1. **Intervención psicológica :**

La intervención psicológica según Zorrilla (2010), puede tener un carácter preventivo o bien iniciar una atención psicoterapéutica cuando se ha presentado el trastorno en el paciente. Para establecer los límites de la adaptación y desadaptación a la enfermedad se debe considerar los siguientes criterios:

* La proporcionalidad de la respuesta con el factor desencadenante
* La intensidad y la duración del episodio
* La repercusión en la conducta del paciente
* La funcionalidad del paciente ya que generalmente la adaptación deficiente ante un proceso grave va acompañada de una funcionalidad deteriorada.

Las técnicas psicológicas que mayormente se utilizan son:

* Psicoterapia individual: El objetivo es examinar y modificar los patrones de conducta desde diferentes modalidades: programas psicoeducativos y terapia cognitivo conductual.
* Psicoterapia grupal: En este caso se busca la aportación de las experiencias de otros miembros del grupo sobre las estrategias para afrontar la enfermedad. Esta modalidad de terapia en grupo, con la familia, resolverá problemas importantes conforme se produce el empeoramiento del paciente y ayudará en los procesos de duelo.

Por otro lado una de las necesidades importantes a tener en cuenta es la educación del paciente en estrategias para el abordaje del cáncer que ayudará a lograr cuatro objetivos como son: Reducir la ansiedad y el temor, conocer y comprender la enfermedad, desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento y adquirir habilidades de adaptación.

### El Afrontamiento

Según la literatura revisada, la definición más aceptada, sobre la que se basa esta investigación acerca del afrontamiento, es la que propusieron Lazarus y Folkman (1984). Quienes señalan que el afrontamiento son “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”* (p.164). De acuerdo a esta definición podemos decir que el afrontamiento son las acciones llevadas a cabo por el individuo, previa valoración de una situación estresante, con la finalidad de encontrar un equilibrio, control o adaptación.

Esta definición ha sido considerada en la mayoría de trabajos sobre el afrontamiento, especialmente en el ámbito de la psicología de la salud. Así tenemos que para Heim (1991, citado por Soriano 2002), el afrontamiento, corresponde a los “intentos por protegerse, para reducir o asimilar una demanda existente (estresor) tanto como esfuerzo intrapsíquico (cognición) como también por acción (observable)”, considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se puede encontrar estrategias más estables o constantes que otras (p. 9).

Sandín (2003) se refiere al concepto de afrontamiento como “esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés”; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés.

Según lo revisado el afrontamiento es un proceso en donde la persona realiza un esfuerzo tanto cognitivo como conductual, resultante de una evaluación previa de su enfermedad, generando estrategias que le permitan aliviar o resolver el problema, con el propósito de encontrar un equilibrio o mejorar su situación.

### 2.2.7.1. El afrontamiento como proceso:

Según la teoría de Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento es considerado como un proceso cambiante en el que el individuo realiza continuas evaluaciones y reevaluaciones de la situación estresante, las cuales determinan las estrategias de afrontamiento que pondrá en práctica la persona, éstas pueden ser centradas en la emoción (defensivas) o centradas en el problema donde se busca resolver el problema (p. 165).

Es importante señalar que el afrontamiento es un proceso cambiante debido a que las estrategias para hacer frente a una situación estresante pueden variar según el resultado de los esfuerzos de afrontamiento los cuales pueden estar dirigidos a cambiar el entorno, modificar el significado del acontecimiento o aumentar su comprensión.

### Etapas en el proceso de afrontamiento:

Son varios los autores los que proponen que en el proceso de afrontamiento el individuo reacciona según varias etapas ante una situación estresante, así tenemos que según Shontz (1975, citado por Lazarus y Folkman, 1984), “cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que le informan de su estado” (p. 167). La primera etapa que aparece es la de shock, cuando la crisis ocurre sin previo aviso, la misma que se caracteriza por un sentimiento de distanciamiento y algunas veces por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y la acción. Posteriormente surge una etapa de encuentro, en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización, luego le sigue una tercera fase la de retirada , que corresponde a la negación, la misma que según Shontz, va disminuyendo poco a poco en la medida que se compruebe la realidad (p. 168).

Por otro lado Mendelsohn (1979, citado por Lazarus y Folkman, 1984), afirma que “las enfermedades amenazantes como el cáncer, permiten la observación de demandas cambiantes a lo largo de la enfermedad”. Así mismo este autor observó que los pacientes variaban tanto en la forma de evaluar la importancia de la enfermedad como la forma de afrontarla “cada paciente afronta de manera particular un grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal” (p 169). Por lo que podemos decir que las estrategias de afrontamiento que cada paciente utilice dependerán tanto de la situación como de sus características de personalidad.

Con respecto a esto, Lazarus y Folkman (1984), explican que la amenaza al bienestar se evalúa de diferente forma en las distintas etapas dando lugar a distintas formas de afrontamiento (p. 170). Así podríamos aseverar que los pacientes con cáncer tienden a variar su percepción de la situación con el transcurso del tiempo es decir un paciente no tendrá la misma valoración de su enfermedad en el momento del diagnóstico que cuando ha iniciado un tratamiento; por lo que su forma de afrontamiento será distinto en cada etapa.

### Tipos de afrontamiento:

Según la teoría de Lazarus y Folkman (1980), existen dos funciones que se diferencian dentro del proceso de afrontamiento: el afrontamiento dirigido a la emoción, y el afrontamiento dirigido al problema (p. 172).

### El afrontamiento dirigido a la emoción:

Este tipo de afrontamiento trata de modificar el modo de vivir la situación. Se refiere al intento por regular la respuesta emocional, el cual se presenta cuando el sujeto realiza una evaluación de la situación y se da cuenta que no puede hacer nada para cambiar las condiciones amenazantes de su entorno. Dentro de este modo de afrontar se habla de un proceso cognitivo (reevaluación de la situación) donde el individuo busca darle otro sentido a lo que está viviendo y de esta manera disminuir la carga emocional algunas estrategias de este tipo son la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Lazarus y Folkman, 1984. p. 173).

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción no siempre se realizan reevaluaciones cognitivas, es decir no se cambia directamente el significado del acontecimiento sino que pueden ser resultado de alguna acción o conducta como por ejemplo el hacer ejercicio físico para olvidarse del problema, meditar, tomar una copa, pueden originar reevaluaciones pero no son reevaluaciones por sí mismas (Lazarus y Folkman, 1984. p. 173).

El afrontamiento dirigido a la emoción se lo utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etc.

### El afrontamiento dirigido al problema:

Este tipo de afrontamiento utiliza estrategias para tratar de solucionar el problema, en la cual la persona realiza una serie de pasos como son: identificar el problema, búsqueda de soluciones alternativas; análisis de cada una de ellas en base a costo y beneficio y finalmente la elección de la alternativa idónea y su aplicación (Lazarus y Folkman, 1984 p. 174).

El modo de afrontamiento dirigido al problema por lo general es utilizado en situaciones donde el individuo tiene la percepción de que la situación puede cambiar, el individuo genera estrategias para redefinir el problema y de allí encontrar la solución a éste (Lazarus y Folkman, 1984, p. 182). Este tipo de afrontamiento tiene una gama de posibilidades mucho más amplias que el afrontamiento dirigido a la emoción, pues según Kahn y sus colaboradores (1964, citado por Folkman y Lazarus, 1984), señalan la existencia de dos grupos de estrategias dirigidas al problema: las que se enfocan en el entorno y las que se refieren al sujeto siendo estas últimas consideradas por Lazarus y Folkman (1984) como reevaluaciones cognitivas puesto que las estrategias que se encuentran para cambiar o modificar el problema también van a tener un efecto en la interioridad del sujeto, por lo tanto, trabaja tanto en la redefinición y solución del problema como también para la reevaluación que hace el sujeto de ese problema, logrando así un mejoramiento de la situación.

El modo de afrontamiento de un individuo está determinado por los recursos que posee (Lazarus y Folkman, 1984, p. 182). El sujeto requiere de estos recursos para afrontar la situación amenazante, las cuales son considerados como propiedades del individuo, dentro de las principales categorías de estos recursos tenemos: la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas.

En lo referido a la salud y la energía (recursos físicos), se afirma que una persona que se encuentra en buen estado de salud y en buena disposición física le será más fácil afrontar una situación estresante que cuando se encuentra frágil, enferma o cansada.

Con respecto a las creencias positivas (recursos psicológicos) se habla de una percepción positiva de sí mismo la que ayuda al proceso de afrontamiento y se refiere a las creencias que le sirven al individuo para tener esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas, es decir que el individuo es capaz de ver la situación con optimismo.

En cuanto a las técnicas sociales (aptitudes), se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva, las cuales facilitan la resolución de problemas en coordinación con otras personas, pues el individuo se ve favorecido con la ayuda que le aportan otros, lo que le permite tener un mejor control de la situación.

En lo referido a la resolución de problemas, se incluyen las habilidades del individuo para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Lazarus y Folkman, 1984, pp. 182-186).

El apoyo social: Constituye un recurso de afrontamiento el hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o material.

Recursos materiales: son las referidas al dinero y los bienes y servicios que pueden adquirirse con él, por lo general cuando una persona cuenta con recursos económicos estará en mejores condiciones de afrontar la situación estresante ya que puede acceder a una asistencia médica, legal, financiera y de cualquier otro tipo (p 187).

A partir de los recursos también se habla de las posibles limitaciones que se pueden presentar en el proceso de afrontamiento, ya que en esa relación individuo – entorno, pueden haber demandas hechas por el ambiente al sujeto que exceden los recursos con los que cuenta el individuo; puede suceder que el individuo cuente con los recursos adecuados para afrontar la situación y responder a las demandas pero éste no sabe cómo ponerlas en uso; y esto puede darse a causa de unos condicionamientos personales que limitan al sujeto, es decir, el sujeto se limita a causa de sus creencias o esquemas que ha construido durante su desarrollo; y también se habla de unos condicionamientos ambientales como son las limitantes en cuanto a recursos materiales que le impidan al sujeto afrontar la situación estresante o amenazante (Lazarus y Folkman, 1984).

### Afrontamiento en la enfermedad:

La aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis y un deterioro en la forma de su calidad de vida en donde el estrés es producto por un lado de múltiples demandas de ajuste (padecimiento de dolor, sentimientos de impotencia, cambios físicos permanentes, pérdida de roles sociales, hospitalización, etc.) y por otro lado de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación (Rodríguez, Pastor y López, 1993 p. 355).

Según García (1999 citado por Enriquez, 2010) “El paciente debe evaluar la situación enfrentándose al dolor, la postración o incluso la invalidez; debe redefinir su propio rol, y modificar sus metas a corto o largo plazo, asumiendo su alteración, temporal o no, de sus relaciones intra e interpersonales”. Es importante hacer énfasis en cómo el sujeto percibe su enfermedad, ya que la valoración de ésta determina las estrategias de afrontamiento que pondrá en marcha para afrontar la enfermedad, así mismo, se debe tener en cuenta que la valoración de la enfermedad y los recursos de afrontamiento no son permanentes sino que son cambiantes debido a las demandas ambientales y personales. Por otro lado es importante tener claro que no existe una respuesta mejor o peor en el proceso de afrontamiento de un sujeto, puesto que se ve influenciada por diversos factores como el contexto, las características propias de un individuo, la forma como se relaciona con su entorno, y el grado de amenaza que representa la enfermedad para el sujeto. Por lo tanto, a partir de estos factores o características el paciente emplea unas estrategias de afrontamiento que le permiten, según su propia percepción y sus recursos afrontarse a su nueva condición.

### Afrontamiento y Cáncer.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer para la mayoría de personas significa un proceso de adaptación en el cual tienen que hacer frente a múltiples cambios tanto físicos y el sometimiento a diferentes tratamientos, los cuales afectan psicológicamente al individuo (Olivares, 2004). El paciente con cáncer trata de conducir el sufrimiento emocional, solventar los problemas concretos relacionados con la enfermedad y ejercer cierto manejo sobre las circunstancias que van surgiendo en torno a la dolencia (Campos, 2013). Por lo que es evidente de que la respuesta ante la enfermedad va a ser distinta en la mayoría de los casos.

Moorey y Greer (citado por Soriano, 2002) se dedicaron al estudio de los enfermos con cáncer donde plantearon un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “esquema de supervivencia” considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo, (¿Qué amenaza supone la enfermedad?), el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (¿Qué puede hacerse frente a ella? ¿Se puede controlar?) y, también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?).

La aplicación del *esquema de supervivencia* supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

### Estrategias de afrontamiento frente al cáncer:

Los estudios realizados en pacientes con cáncer señalan que existen varios factores que condicionan el tipo de afrontamiento frente al cáncer así podemos mencionar los siguientes según Zorrilla (2010 p 71):

Relacionados con la enfermedad: tiene que ver con el tipo de tumor, estadío del cáncer, localización, tratamiento y pronóstico; por otro lado la necesidad de cambiar el estilo de vida del paciente, así como los síntomas derivados de la enfermedad y su tratamiento.

Relacionados con la situación familiar: Aquí se tiene en cuenta las características sociodemográficas, sexo, edad, etc., la afectación de los objetivos o metas prefijados en la vida del paciente, la situación económica y apoyo afectivo por parte de la familia y la sociedad. Así mismo las actitudes culturales y religiosas, que pueden servir de consuelo en situaciones críticas.

Relacionados con el paciente: tiene que ver con la capacidad de adaptación, que el individuo manifestó en situaciones difíciles anteriores al diagnóstico de cáncer así como la capacidad actual de adaptación, tipo de personalidad y estilo propio de afrontamiento.

Hemos planteado anteriormente que según la Teoría de Lazarus y Folkman (1984) existen dos estilos de afrontamiento, enfocados en el problema y en la emoción, en el caso del cáncer los pacientes, teniendo en cuenta los factores antes mencionados utilizarán estrategias dirigidas por un lado a resolver el problema (centradas en el problema) o por el contrario estrategias que ayuden a enfrentar la enfermedad de manera pasiva (centradas en la emoción). Así podemos mencionar las siguientes estrategias de afrontamiento:

### Centrado en el problema

Las estrategias centradas en el problema que el paciente con cáncer pondrá en práctica según la teoría antes mencionada, estarán dirigidas por un lado a modificar el entorno como por ejemplo modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, procedimientos, etc.; y por otro lado están las estrategias dirigidas al individuo como son los cambios motivaciones y cogniciones como la variación del nivel de aspiraciones, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos, etc. (Lazarus y Folkman, 1984)

Según la categorización de Carver (1997, citado por Morán, Mendez y Gonzáles, 2014) en su instrumento Brief COPE, comprende estrategias como:

* Afrontamiento activo. Implica que el paciente inicia acciones directas y aumenta sus esfuerzos, con la intención de solucionar el problema de manera adecuada.
* Planificación. Consiste en pensar acerca de cómo afrontar la enfermedad, planificar estrategias de acción, identificar los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
* Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Consiste en buscar en los demás algún consejo, asistencia e información con el fin de solucionar el problema.
* Búsqueda de apoyo emocional. Es el hecho de conseguir apoyo emocional, simpatía y comprensión de otros.
* Reformulación positiva: Consiste en buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
* Aceptación. Es el hecho de aceptar lo que está ocurriendo.
* Humor. Consiste en hacer bromas sobre su situación o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

### Centrado en la emoción

Según Lazarus y Folkman (1984) el sujeto que utiliza estrategias centradas en la emoción al realizar una evaluación de la situación se da cuenta que no puede hacer nada para cambiarla y entonces centra su atención en disminuir el malestar manejando sus emociones. Estas estrategias han sido categorizadas por Carver (1997, citado por Morán, Mendez y Gonzáles, 2014) en su instrumento Brief COPE, siendo las siguientes:

* Autodistracción. Significa que el paciente se concentre en otras actividades, intentando distraerse, para tratar de olvidarse del problema.
* Desahogo. El paciente tiende a expresar o descargar los sentimientos que le produce su diagnóstico, lo que lleva al aumento de la conciencia del propio malestar emocional.
* Renuncia. El paciente reduce los esfuerzos para enfrentar la situación, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas.
* Negación. El paciente trata de negar la realidad de su situación
* Religión. El paciente confía su diagnóstico a la religión, aumentado la participación en actividades religiosas.
* Uso de sustancias (alcohol, medicamentos). Implica tomar alcohol o consumir otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar la situación.
* Autoinculpación. Lleva a criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

## Definición De Términos Básicos

## Afrontamiento:

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”* (p.164).

### Cáncer de Cérvix:

El cáncer de cérvix es un tipo de cáncer que se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células cancerosas en la parte inferior del cuello uterino, el cual es ocasionado por el Virus del Papiloma Humano (Pacheco, 2007 p.732)

### Cáncer de mama:

Es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno. Este tumor se puede desarrollar en distintas partes del tejido mamario por lo general en los conductos y lobulillos (Pacheco, 2007. P 693).

## Operacionalización de variables.

A continuación se presenta una tabla indicando la operacionalización de la variable de estudio, sus dimensiones e indicadores así tenemos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES** | *Tabla 2*: Operacionalización de las variables de investigación  **DEFINICION CONCEPTUAL** | **TIPO DE VARIABLE** | **DIMENSIONES** | **INDICADORES** | **ITEMS** |
| ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | “Son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”*  (Lazarus y Folkman,1984) | Independiente | Estrategias centradas en el problema | Activo | 2 y 7 |
| Planificación | 14 y 25 |
| Reformulación positiva | 12 y 17 |
| Humor | 18 y 28 |
| Aceptación | 20 y 24 |
| Apoyo emocional | 5 y 16 |
| Apoyo Instrumental | 10 y 23 |
| Estrategias centradas en la emoción | Renuncia | 6 y 15 |
| Autodistracción | 1 y 19 |
| Negación | 3 y 8 |
| Religión | 22 y 27 |
| Uso de sustancias | 4 y 11 |
| Autoculpa | 13 y 26 |
| Descarga emocional | 1. y 21 |

# CAPITULO III

# MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

## Tipo de investigación:

El presente trabajo es una investigación aplicada pues nos permite utilizar o aplicar conocimientos preexistentes de orden psicológico para describir y comprender las conductas de los individuos en estudio dentro de un contexto o problema ético real (Maletta, 2009).

## Diseño de investigación

Es un estudio no experimental de tipo descriptivo cuyo propósito se limita a describir las estrategias de afrontamiento que son utilizadas por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix, y mama por lo que no hubo ningún tipo de manipulación de variables (Ato, López y Benavente, 2013). Para tal fin la recolección de la información se obtuvo por medio de la aplicación de una escala y de una entrevista semiestructurada. De igual manera se trató de un estudio transversal puesto que el instrumento fue aplicado en un solo momento.

## Población y unidad de análisis

### Población.

La población de estudio estuvo conformada por 88 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix en diferentes estadíos clínicos y pacientes con cáncer de mama, todas atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante un periodo de cuatro meses (noviembre del 2016 hasta febrero 2017). Las edades de estas pacientes oscilaron entre 18 y 80 años, siendo el rango más frecuente 25 y 40 años, que corresponde a la etapa de adultez joven. El 31% de las pacientes provienen de la ciudad de Cajamarca; mientras que un 68,2% procede de los diferentes distritos de la Región Cajamarca. El grado de instrucción más frecuente de las pacientes entrevistadas fue el de primaria con 51.1%, seguido por el nivel secundaria (20%) y nivel superior (8,0%); mientras que las pacientes con ningún grado de instrucción alcanzaron el 21%. En cuanto a la ocupación de las pacientes entrevistadas, la mayoría trabaja como amas de casa (80%), seguido por quienes laboran como empleada del hogar o de limpieza (8%), el 4,5% tuvo un trabajo dependiente (docente, enfermera, Técnico laboratorio), el 4,5% con trabajo independiente (costurera, comerciante, vendedora) y sólo el 2% fue estudiante. Por otro lado la mayoría refirió tener religión cristiano católico (70,5%), el 27,3% dijo tener religión cristiano evangélico y quienes señalaron no profesar ninguna religión corresponde al 2,3% (Ver tabla 3).

Tabla 3

*Datos sociodemográficos de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Variable | Frecuencia | % |
| Edad |  |  |
| Juventud (18-24) | 5 | 5,7 |
| Adultez temprana (25-40) | 40 | 45,5 |
| Adultez intermedia (41-50) | 26 | 29,5 |
| Adultez tardía (51-64) | 9 | 10,2 |
| Senectud (+ 65) | 8 | 9,1 |
| Total  Procedencia | **88** | **100** |
| Cajamarca ciudad | 28 | 31,8 |
| Distritos fuera de Cajamarca | 60 | 68,2 |
| Total  Grado de instrucción | **88** | **100** |
| Ninguno | 18 | 20,5 |
| Primaria | 45 | 51,1 |
| Secundaria | 18 | 20,5 |
| Superior | 7 | 8,0 |
| Total  Estado Civil | 88 | **100** |
| Soltera | 6 | 6,8 |
| Casada | 17 | 19,3 |
| Conviviente | 46 | 52,3 |
| Separada/Divorciada | 14 | 15,9 |
| Viuda | 5 | 5,7 |
| Total  Ocupación | **88** | **100** |
| Su casa | 71 | 80,7 |
| Empleada del hogar/ limpieza | 7 | 8,0 |
| Trabajo dependiente | 4 | 4,5 |
| Trabajo independiente | 4 | 4,5 |
| Estudiante | 2 | 2,3 |
| Religión | **88** | **100** |
| Ninguna | 2 | 2,3 |
| Cristiano católico | 62 | 70,5 |
| Cristiano evangélico | 24 | 27,3 |

88 100

### Criterios de inclusión:

* Mujeres con diagnóstico positivo de cáncer de cérvix en cualquier estadío clínico, incluyendo displasias (presencia de células anormales en el cuello uterino) y diagnosticadas en el Hospital Regional de Cajamarca.
* Mujeres con diagnóstico positivo de cáncer de mama
* La fecha de diagnóstico debe ser reciente no mayor a 03 meses sin tratamiento.
* Mujeres con o ningún grado de instrucción
  + - 1. **Criterios de exclusión**:
* Pacientes con diagnóstico positivo de cáncer de cérvix o mama que no quieran participar voluntariamente.
* Pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix o mama mayor a 3 meses de diagnóstico.
* Pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix o mama con dificultades para brindar información por sí mismas.

### Unidad de análisis.

Se ha tomado en consideración como unidad de análisis a una mujer diagnosticada con cáncer de cérvix y mama del Hospital Regional de Cajamarca.

## Instrumentos de recolección de datos:

En la presente investigación se utilizó la escala de afrontamiento Brief COPE 28 (Ver anexo B1) y una entrevista semiestructurada para la recolección de los datos. La Confiabilidad y Validez del instrumento Brief COPE 28 se realizó en esta ciudad a través de tres estudios pilotos cuantitativos con pacientes mujeres del Hospital Regional de Cajamarca con algún diagnóstico ginecológico. En el primer estudio piloto se evaluaron a 29 mujeres con grado de instrucción primaria y secundaria y se obtuvo un alfa de cronbach´s de 0.783. En el segundo estudio piloto fueron incluidas 29 mujeres analfabetas y se determinó la confiabilidad con un alfa de cronbach de 0.76.

El tercer estudio piloto estuvo conformado por 25 mujeres con diferentes grados de instrucción y se obtuvo un alfa de cronbach de 0.83 por lo que se concluyó que la confiabilidad del instrumento Brief COPE 28 es satisfactorio y puede ser utilizada en los pacientes con cáncer de cérvix y mama, el mismo que está conformado por 28 ítems que miden dos dimensiones: centrada en el problema y centrada en la emoción cada una con 7 estrategias (Horna y More, 2017).

Finalmente la confiabilidad obtenida con las pacientes en estudio (88 pacientes con cáncer de Cérvix y mama) fue determinada por un alfa de cronbach de 0.720 (Ver anexo G).

Entrevista semiestructurada. En esta investigación se optó por utilizar una entrevista semiestructurada como parte de los instrumentos de recolección de datos teniendo en cuenta que las pacientes evaluadas estaban atravesando un periodo difícil producido por el diagnóstico de cáncer recibido por lo que este instrumento se consideró apropiado para brindar a la paciente la oportunidad de expresar sus miedos, sentimientos, pensamientos y dudas.

Así mismo este instrumento estuvo conformada por dos partes la primera constituida por datos sociodemográficos como son: edad, dirección, grado de instrucción, ocupación y religión. La segunda parte de la entrevista incluyó preguntas sobre su situación familiar (personas con quienes vive, apoyo familiar) y datos relacionados a la enfermedad (tipo de cáncer, estadío clínico, tiempo de diagnóstico y antecedentes de cáncer) (ver anexo B2).

Las preguntas utilizadas fueron abiertas y no tuvieron una estructura rígida, lo que significa que el entrevistador pudo utilizar un lenguaje que se adapte a la situación y la entrevistada pudo responder abiertamente la pregunta realizada.

## Procedimiento de recolección de datos:

Para realizar la investigación, primero se solicitó el permiso correspondiente al Director del Hospital Regional de Cajamarca, con la finalidad de poder aplicar los instrumentos de evaluación a las mujeres con cáncer de cérvix y mama, consistentes en una entrevista semiestructurada y la escala de afrontamiento COPE 28.

Una vez otorgada la autorización del Hospital Regional de Cajamarca se procedió a solicitar las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama, en el área del Preventorio Oncológico. Las pacientes fueron evaluadas el día en que acudieron para entrega de resultados y/o control ginecológico. Para esto se les hizo entrega del consentimiento informado, explicándoles sobre el carácter libre, voluntario y confidencial de la evaluación.

En el caso de las pacientes analfabetas se le dio lectura a dicho documento; así mismo, se les brindó un mayor conocimiento sobre el objetivo de la investigación, para asegurar que las participantes comprendieran la información proporcionada. Del mismo modo se procedió con las preguntas del test, utilizando para ello un gráfico con las alternativas de respuestas donde cada evaluada señaló la respuesta con la que se sintió más identificada.

En los casos donde la paciente se encontró afectada emocionalmente se priorizó la entrega de soporte psicológico a través de la expresión de emociones; así como una breve explicación sobre el cáncer y su tratamiento tratando de neutralizar el impacto ocasionado por el diagnóstico. Posteriormente se procedió a la aplicación de las pruebas psicológicas, cuya duración dependió del estado en el que se encontró la paciente oscilando entre 20 min a 45 min. Al finalizar la evaluación se le obsequió a cada paciente un tríptico informativo (Ver anexo H) sobre estrategias de afrontamiento del cáncer y un pequeño recuerdo con una frase motivadora, conteniendo un caramelo como muestra de agradecimiento por su participación en este estudio. Concluido el periodo de evaluación (cuatro meses) se procedió a realizar el procesamiento de los datos obtenidos.

### Análisis de datos:

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico informático SPSS que es una herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico y también el programa de cálculo Excel. Se contó con el apoyo de un profesional con conocimientos en estadística para procesar los datos y obtener los resultados estadísticos. El análisis que se realizó fue de tipo cuantitativo como son: análisis de confiabilidad del instrumento aplicado, análisis de frecuencias, estadísticos descriptivos, comparación de grupos según datos sociodemográficos.

Por otro lado para determinar las estrategias de afrontamiento según la etapa del cáncer se dividió a la población con cáncer de cérvix en dos grupos el primero conformado por las pacientes que presentan displacia de cérvix y el segundo grupo conformado por las pacientes con cáncer in situ, I, II, III y IV grado, se hizo esta agrupación debido a la poca cantidad de pacientes en cada estadío clínico. Del mismo modo no se incluyeron a las pacientes con cáncer de mama debido a que éstas no tenían un diagnóstico con el nivel o estadio de su enfermedad.

### Consideraciones éticas:

Para garantizar los aspectos éticos en la presente investigación, se tomó en cuenta la voluntariedad, privacidad, justicia y sobre todo el respeto por las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama. Se les brindó la seguridad de que los datos obtenidos son confidenciales y no serán utilizados para otros propósitos ajenos a la investigación. Asimismo, se tuvo en cuenta el impacto psicológico y necesidades emocionales que pudo causar el recibir la noticia de un diagnóstico de cáncer con la finalidad de reducir o neutralizar la ansiedad y/o emociones negativas en el paciente y sus familiares.

# CAPÍTULO IV

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

## 4.1. Análisis de resultados

En cuanto a la situación familiar de las pacientes entrevistadas, se tiene que la mayoría vive con esposo e hijos 57%, el 12,4% con otros familiares y el 4.5% vive sola. Asimismo, el 62,5% de las pacientes señaló que recibe apoyo de algún familiar u otro y el 37,5% señaló que no recibe ningún tipo de apoyo. Por otro lado la mayoría de evaluadas identificaron como la persona que más le apoya a su pareja con 38,6%, a los hijos 25% y no tuvieron ningún apoyo el 19,3%. Del mismo modo el 58% señaló tener una relación adecuada sin indicios de conflicto familiar mientras que 42% si manifestó una relación con indicios de conflicto familiar (Ver tabla 4).

Tabla 4

*Situación familiar de las pacientes con cáncer de cérvix y mama*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situación familiar | N° | % |
| Personas con quienes vive |  |  |
| Pareja | 60 | 68.5 |
| Pareja e hijos | 54 | 51.7 |
| Padres | 6 | 5.6 |
| pareja, padres e hijos | 5 | 4.5 |
| otros | 9 | 12.4 |
| Sola  **Total** | 4  **88** | 4.5  **100** |
| Apoyo Familiar\* |  |  |
| Si | 55 | 62,5 |
| No | 33 | 37,5 |
| Total | **88** | **100** |
| Persona que más le apoya |  |  |
| Ninguna | 17 | 19,3 |
| Pareja | 34 | 38,6 |
| Hijos | 22 | 25,0 |
| Padres | 8 | 9,1 |
| Hermanos(as) | 5 | 5,7 |
| Tíos | 1 | 1,1 |
| Sobrino  **Total** | 1  **88** | 1,1  **100** |
| Indicios de conflicto familiar |  |  |
| Si | 37 | 42,0 |
| No | 51 | 58,0 |
| Total | **88** | **100** |

*Nota*:\* El apoyo familiar se refiere a la percepción de las evaluadas sobre la protección y ayuda tanto moral como económico por parte de su pareja y/u otros familiares, dichos datos se obtuvieron a través de una entrevista semiestructurada.

Con respecto a los datos de la enfermedad se tiene que la mayoría de pacientes tuvieron diagnóstico de cáncer de cérvix en diferentes estadíos como son: displacias (leve, moderada, severa) y cáncer (in situ, I, II, III y IV) y el menor porcentaje (14%) presentaron cáncer de mama. Asimismo el tiempo de diagnóstico en las evaluadas fue muy variado: de una semana, 54%; desde hace 15 días, el 8%; hace un mes, el 25%; hace 2 meses, el 8% y sólo el 4% tuvo su diagnóstico hace más de 2 meses. Por otro lado un 83% de las pacientes no tuvo antecedentes de cáncer de ningún tipo, mientras que un 15,9% si tuvo antecedentes de cáncer. (Es decir las pacientes presentaron alguna experiencia previa ya sea propia o de algún familiar con cáncer) (Ver tabla 5).

Tabla 5.

*Características de la enfermedad en las pacientes según tipo de cáncer*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnóstico | Frecuencia | % |
| Cáncer de cérvix |  |  |
| Displacia leve | 16 | 18,2 |
| Displacia moderada | 18 | 20,5 |
| Displacia severa | 7 | 8,0 |
| Cáncer *in situ* | 19 | 21,6 |
| Cáncer invasor (2° y 3° grado) | 8 | 9,1 |
| Cáncer avanzado 4° grado | 6 | 6,8 |
| Cáncer de mama  Total | 14  88 | 15,9  100 |
| Tiempo de Diagnóstico |  |  |
| 1 semana | 48 | 54,5 |
| 15 días | 7 | 8,0 |
| 1 mes | 22 | 25,0 |
| 2 meses | 7 | 8,0 |
| más de 2 meses  Total | 4  88 | 4,5  100 |
| Antecedentes de cáncer\* |  |  |
| Si | 14 | 15,9 |
| No  Total | 73  88 | 83,0  100 |

*Nota: in situ* hace referencia al primer estadío del cáncer llamado también estadio 0.

\**Antecedentes de cáncer* hace referencia a experiencias pasadas de haber afrontado algún tipo de cáncer ya sea propio o de algún familiar.

Respecto a las dimensiones de las estrategias de afrontamiento, se halló que las más utilizadas son aquellas centradas en el problema. No obstante las puntuaciones en este tipo de estrategias no difieren ampliamente de aquellas centradas en la emoción, se halló que las primeras se ubican en un nivel de mediano uso; mientras que las últimas son de un bajo uso para las pacientes evaluadas (Ver Figura 3).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*Figura 3*. Estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de cérvix y mama. *Nota:* Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,61 a 1,20; Mediano Uso =1,21 a 1,80 Alto Uso =1,81 a 2,40 Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, las de mayor uso por las pacientes evaluadas fueron *el afrontamiento activo* (58%) y la *búsqueda de apoyo emocional* (44.3%); mientras que las estrategias de afrontamiento menos utilizadas fueron el *apoyo instrumental* (18,2) y la *aceptación* (11%).

Con respecto al uso de estrategias centradas en la emoción se encontró que las más utilizadas son la *Religión* (51%) y la *Autodistracción* (40,9%); y las menos utilizadas son el *uso de sustancias* (0%) *y autoculpa (*5,7)*.* (Ver tabla 6).

Tabla 6

*Nivel de uso de las estrategias de afrontamiento por dimensiones*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  |
|  |  |  | **Niveles** |  |  |
| **Dimensión** | **Muy Bajo uso de la estrategia** | **Bajo uso de la estrategia** | **Mediano uso de la estrategia** | **Alto uso de la estrategia** | **Muy alto uso de la estrategia** |
| % | % | % | % | % |
| **E. centradas en el problema** |  |  |  |  |  |
| Activo | 6,8 | 8,0 | 4,5 | 22,7 | 58,0 |
| Planificación | 26,1 | 18,2 | 26,1 | 9,1 | 19,3 |
| Reformulación | 11,4 | 28,4 | 21,6 | 21,6 | 17,0 |
| Aceptación | 36,4 | 15,9 | 14,8 | 21,6 | 11,4 |
| Humor | 21,6 | 21,6 | 19,3 | 19,3 | 18,2 |
| Bus. apoyo Emocional | 20,5 | 6,8 | 14,8 | 13,6 | 44,3 |
| Bus. apoyo Instrumental | 42,0 | 11,4 | 17,0 | 11,4 | 18,2 |
|  |  |  |  |  |  |
| **E. centradas en la emoción** |  |  |  |  |  |
| Renuncia | 53,4 | 16,1 | 17,0 | 6,9 | 5,7 |
| Autodistracción | 19,3 | 13,6 | 13,6 | 12,5 | 40,9 |
| Negación | 42,0 | 18,2 | 13,6 | 9,1 | 17,0 |
| Religión | 8,0 | 17,0 | 12,5 | 37,5 | 51,1 |
| uso de consumo de sustancias | 75,0 | 13,6 | 11,4 | - | - |
| Autoculpa | 60,0 | 15,9 | 5,7 | 10,2 | 5,7 |
| Descarga Emocional | 35,2 | 15,9 | 15,9 | 12,5 | 20,5 |

El uso de estrategias de afrontamiento según el grupo etario se observa que la *estrategia centrada en el problema* es utilizada con mayor frecuencia en la etapa de la juventud alcanzando un nivel mediano (X=1,75) y va disminuyendo en las siguientes etapas, llegando a ser utilizada en *nivel* bajo en la etapa de la senectud (X=1,17), mientras que las estrategias centradas en la emoción son utilizadas en *nivel bajo* en la etapa de la juventud (X=0,84) incrementando su uso en la adultez tardía y senectud alcanzando un nivel *medio* (X=1,22) (ver figura 4).

*Figura 4.* Estrategias de afrontamiento según grupo etáreo

Nota: niveles de afrontamiento: Muy Bajo Uso= 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,61 a 1,20; Mediano Uso=1,21 a 1,80 Alto Uso=1,81 a 2,40 Muy Alto Uso=2,41 a 3,0.

De acuerdo al uso de estrategias de afrontamiento según la etapa del cáncer de las pacientes con cáncer de cérvix, se obtuvo que tanto en las pacientes con displacia y con cáncer de cérvix utilizan estrategias centradas en el problema en nivel medio (X=1,63 vs. 1,53). Con respecto a las estrategias centradas en la emoción, las pacientes con displacia alcanzaron un bajo uso de la estrategia (X=1,06), en cambio las pacientes con cáncer de cérvix las utilizaron en nivel medio (X=1,31) (Ver figura 5).

*Figura 5*. Estrategias de afrontamiento según Etapas del cáncer

Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,6 a 1,2; Mediano Uso =1,21 a 1,80; Alto Uso =1,81 a 2,40; Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

Con respecto a la descripción de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes según el apoyo familiar percibido, se observa que tanto las pacientes que se sienten apoyadas como las que no refieren tener apoyo familiar, utilizaron en nivel mediano estrategias centradas en el problema (X=1,68 vs. 1,34). Por otro lado, se halló que las pacientes que sostienen tener apoyo familiar utilizaron en nivel mediano las estrategias centradas en la emoción (X=1,24), mientras en quienes señalaron no tener apoyo familiar el uso de esta estrategia fue bajo (X=1,08) (Ver figura 6).

*Figura 6*. Estrategias de afrontamiento según el apoyo familiar

*Nota:* Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,6 a 1,2; Mediano Uso =1,21 a 1,80; Alto Uso =1,81 a 2,40; Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

De acuerdo al tipo de religión de las entrevistadas, se observa que en todas ellas el uso de las estrategias centradas en el problema se ubica en un nivel medio; sin embargo, estas estrategias fueron utilizadas ligeramente en mayor magnitud por las que no pertenecen a ninguna religión. Por otro lado, se observa que en las pacientes de religión cristiano evangélico el uso de estrategias centradas en la emoción alcanzó un nivel medio (X=1,26); mientras que en aquellas de religión cristiano católico el nivel de uso de estas estrategias fue bajo (X=1,16) (ver figura 7).

*Figura 7*.Estrategias de afrontamiento según el tipo de religión*.*

Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,6 a 1,2; Mediano Uso =1,21 a 1,80; Alto Uso =1,81 a 2,40; Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

De acuerdo a los antecedentes de cáncer, se halló que las pacientes con antecedentes de cáncer utilizan las estrategias centradas en el problema en un nivel *alto* (X=1,81); mientras que en las pacientes que indicaron no tener ningún antecedente de cáncer, el uso de estas estrategias alcanzó un nivel *mediano* (X=1,5). Del mismo modo, las pacientes que refirieron tener antecedentes de cáncer utilizaron la estrategia centrada en la emoción en un nivel *mediano* (X=1,71); en cambio aquellas que afirmaron no tener ningún antecedente de cáncer utilizaron esta estrategia en nivel *bajo* (X=1,2) (ver figura 8).

*Figura 8.* Estrategias de Afrontamiento según antecedentes de cáncer

Nota: Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,6 a 1,2; Mediano Uso =1,21 a 1,80; Alto Uso =1,81 a 2,40; Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

Con respecto al grado de instrucción de las evaluadas, se observa que a mayor nivel de instrucción mayor uso de estrategias centradas en el problema y menor uso de estrategias centradas en la emoción. Sin embargo, esta relación no se evidencia en las pacientes sin instrucción, pues utilizan en casi igual proporción ambos tipos estrategias correspondiendo a un nivel *mediano(* X=*1,23 y 1,21)*. Es preciso señalar que las pacientes con nivel primario utilizan estrategias centradas en el problema en mayor magnitud que las pacientes sin instrucción; observándose finalmente que las que presentan grado de instrucción superior utilizan en nivel *Muy alto* estrategias centradas en el problema (X=2,37) y un *Bajo uso* estrategias centradas en la emoción (X=1,02) (ver figura 9).

*Figura 9.* Estrategias de afrontamiento según grado de instrucción

*Nota:* Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,6 a 1,2; Mediano Uso =1,21 a 1,80; Alto Uso =1,81 a 2,40; Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

*Nota*: Rho Grado de Instrucción y estrategia centrada en el problema = 0,4 (sig. = 0,000) y Rho Grado de Instrucción y estrategia centrada en la emoción = -0,09 (sig. = ,365).

Con respecto a las estrategias utilizadas por las pacientes según el tiempo de diagnóstico, se obtuvo que predomina el uso de estrategias centradas en el problema en un nivel  *mediano* (X=1,53; 1,56 y 1,64). En cuanto al uso de estrategias centradas en la emoción, durante la primera semana hasta un mes de diagnóstico, se alcanzó un nivel *bajo*. Observándose que a partir de los dos a tres meses de diagnóstico se obtuvo un ligero aumento en el uso de esta estrategia alcanzando un nivel *medio* (X=1,18; 1,18; 1,24). (Ver figura 10)

*Figura 10:* Estrategias de afrontamiento según tiempo de diagnóstico

*Nota:* Niveles de uso de la estrategia: Muy Bajo Uso = 0 a 0,60; Bajo Uso = 0,6 a 1,2; Mediano Uso =1,21 a 1,80; Alto Uso =1,81 a 2,40; Muy Alto Uso =2,41 a 3,00.

## 4.2. Discusión

El diagnóstico de cáncer representa un estrés psicológico muy intenso para el paciente, ya que supone una enfermedad progresiva de mucho sufrimiento, dolor y la posibilidad de muerte; siendo necesario que el paciente ponga en marcha sus esfuerzos cognitivos y conductuales para mantener el equilibrio y lograr una adaptación a la enfermedad (Enríquez, 2010). Para Lazarus (1984), el afrontamiento es elemental para la salud y frente a una posible crisis a nivel biológico psicológico y social es considerado un factor regulador.

En este sentido el objetivo de la presente investigación fue conocer las estrategias de afrontamiento que más utilizan las mujeres de 18 a 80 años ante un diagnóstico de cáncer de cérvix y mama en el Hospital Regional de Cajamarca, profundizando además en cómo estas estrategias de afrontamiento se manifiestan tomando en consideración una diversidad de características sociodemográficas de las pacientes (edad, grado de instrucción, ocupación, religión) así como con algunas características propias de su actual enfermedad (etapa de cáncer, antecedentes de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, entre otros) y su actual contexto familiar (apoyo familiar percibido).

Los resultados obtenidos a través de este estudio muestran que las estrategias más utilizadas por las pacientes con cáncer de cérvix y mama son las centradas en el problema; no obstante, las estrategias centradas en la emoción son utilizadas en casi la misma magnitud. Similares resultados fueron encontrados por Becerra y Otero (2013), en pacientes con cáncer de mama quienes concluyen que dichas pacientes pueden utilizar ambos tipos de estrategias tanto centradas en el problema como centradas en la emoción de manera simultánea.

El hallazgo obtenido confirma la teoría de Lazarus y Folkman (1984) sobre el afrontamiento quienes señalan que tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden intercambiarse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro. Así estos autores demuestran que ambos tipos de estrategias son necesarias para un mejor afrontamiento de la situación estresante.

Se encontró que entre las estrategias centradas en el problema el *afrontamiento activo* fue el más utilizado por las pacientes. Para entender este hecho se debe tener en cuenta que la mayoría de pacientes fueron diagnosticadas en los primeros estadíos del cáncer; es decir, estarían atravesando un proceso de adaptación hacia una demanda externa que podría ser percibida, por su novedad, como un reto; y ante la cual deberá asumir acciones específicas que le ayuden a solucionar su enfermedad. Este resultado es similar al obtenido por Aiskel y Joemelis (2014) así como por Becerra y Otero (2013), en pacientes con cáncer donde el afrontamiento activo fue una de las estrategias más utilizadas. Por tal motivo se concluye que la mayoría de pacientes evaluadas se esfuerzan en hacer algo para enfrentar el problema

La siguiente estrategia centrada en el problema de mayor uso fue la *búsqueda de apoyo emocional*. Este resultado coincide con el de Enríquez (2010), quien encontró que las pacientes con cáncer recurren a la búsqueda de apoyo fundamentalmente en la familia y de manera particular en la pareja. Teniendo en cuenta que la mayoría de evaluadas del presente estudio viven con su pareja, hijos u otros familiares, esto se constituye en una oportunidad de expresar sus preocupaciones y temores asociados a su enfermedad en el núcleo familiar, situación que posibilita contar con un apoyo social adecuado. Para Koopman (citado por Enríquez, 2010), el apoyo familiar mejora la calidad de vida y la adaptación psicológica a la enfermedad; es decir, una falta de apoyo familiar podría ser un riesgo para la aparición de síntomas depresivos, de ansiedad y falta de adhesión al tratamiento en las pacientes. Asimismo autores como Bloom, Spiegel (citados por Enriquez, 2010) consideran que la posibilidad de expresar abiertamente las preocupaciones en relación al cáncer sería un componente del apoyo social favorecedor de la recuperación.

Por otro lado, las estrategias centradas en el problema menos empleadas fueron *la búsqueda de apoyo instrumental* y la *aceptación*. Respecto a la primera, Enríquez (2010) encontró que un porcentaje significativo de las pacientes con cáncer alude nunca o casi nunca haber buscado apoyo en profesionales u otras personas ajenas a su familia. El bajo uso de la estrategia de *búsqueda de apoyo instrumental* en las pacientes evaluadas podría explicarse por varios factores, uno de ellos es el lugar de procedencia. La mayoría de las pacientes evaluadas proceden de distritos ubicados en la zona rural, quienes generalmente presentan bajo nivel de instrucción (analfabeta y/o primaria) así como el escaso desarrollo de habilidades sociales, situación que afectaría la comunicación con los profesionales de salud. A esto se sumaría la poca calidez que ellas perciben en el trato de estos profesionales. En tal sentido, será de prioridad para la atención de estas pacientes que el personal de salud tenga ciertas cualidades que permitan lograr la confianza del paciente (Enríquez, 2010).

En cuanto a la *aceptación*, como otra de las estrategias centradas en el problema menos empleadas por las pacientes evaluadas, este bajo uso se explicaría por la dificultad que ellas tienen para aceptar su enfermedad, sobre todo durante las primeras semanas luego del diagnóstico (Libertad, 2003). Por lo tanto, frente a un diagnóstico de cáncer reciente es poco probable que las pacientes utilicen estrategias de aceptación.

Dentro de las estrategias centradas en la emoción la más empleada fue la *religión*, se trata de una estrategia que comprende comportamientos tales como rezar, orar y meditar. Semejante resultado ha sido obtenido en varios estudios de pacientes oncológicos (Becerra y Otero, 2013; Enriquez, 2010; Baiochi , Palomino y Tam,2013). El uso de la *Religión* como estrategia se sustenta en la utilidad que esta tiene para generar esperanza en que la enfermedad puede ser controlable, considerándose como una estrategia positiva para enfrentar la enfermedad (Lazarus y folckman , 1984).

Por otro lado, los resultados nos muestran que el tipo de religión puede influir en el uso de estrategias centradas en la emoción. Pues se encontró que las pacientes de religión cristiano evangélico utilizaron estrategias centradas en la emoción en mayor medida que aquellas que refirieron no profesar ninguna religión y a las que profesaron tener religión cristiano católico.

Otra de las estrategias centradas en la emoción más utilizadas es *la Autodistracción*. Este resultado es similar al obtenido por Aiskel y Joemelis (2014) en pacientes adolescentes con cáncer. Según la teoría de Lazarus y Folckman (1984) la *Autodistracción* sería utilizada para lograr que el individuo disminuya el malestar emocional causado por el diagnóstico del cáncer. Deducimos entonces que la mayoría de evaluadas recurren al trabajo u otras actividades para distraerse y evitar pensar en la enfermedad.

El uso de sustancias resultó ser la estrategias centrada en la emoción menos utilizadas; es decir la mayoría de las evaluadas no acuden al consumo de alcohol o medicamentos para evitar pensar en el problema, este resultado también ha sido obtenido en diferentes investigaciones con pacientes mujeres que sufren de cáncer (Becerra y Otero, 2013 y Baichochi, Palomino y Tam, 2013). Al parecer el bajo uso de esta estrategia en estas pacientes sería expresión del bajo consumo de alcohol en las mujeres en la Región Cajamarca (INEI, 2015). A esto mismo, se sumaría la percepción que tiene la sociedad acerca del consumo femenino en esta región.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes evaluadas según el grupo etario, se tiene que las estrategias centradas en el problema son mayormente utilizadas en la etapa de la juventud (18-24 años) y disminuye su uso a medida que avanza la edad, siendo menos utilizada en la etapa de la senectud. Por el contrario, las estrategias centradas en la emoción son utilizadas en mayor proporción durante la senectud y menos utilizadas en la juventud, este resultado contradice al estudio realizado por Becerra y Otero (2013); estos autores hallaron que a temprana edad las pacientes con cáncer utilizan estrategias centradas en la emoción, y a mayor edad se utiliza estrategias centradas en el problema. En esto mismo, autores como Gutman (1974, citado por Lazarus y folkman 1984) afirman que cuando las personas envejecen pasan desde un modo de afrontamiento activo o controlador hacia otros modos más pasivos. Mc Crae ( 1982, citado por Lazarus y Folkman, 1984), por su parte, no encontró diferencias en la forma de afrontamiento desde los 45 hasta los 65 años, planteando que existe la posibilidad de que las personas mayores privadas física y económicamente se vean forzadas, por la falta de recursos psicológicos, sociales y materiales, a afrontar las situaciones de manera distinta de aquellos que gozan de seguridad en ambos aspectos. Esto explicaría que nuestras evaluadas en la etapa de la senectud dan menos importancia a los modos de afrontamiento dirigidos al problema y acepten los acontecimientos de la vida de una forma más pasiva, por su condición física, bajos recursos económicos y apoyo social.

Los resultados indican que las pacientes con cáncer de cérvix y displacia utilizan en similar medida las estrategias centradas en el problema; sin embargo, las primeras tienden a utilizar en mayor medida las estrategias centradas en la emoción. Esto se puede explicar, debido a que las pacientes con displacia perciben su enfermedad con mayores probabilidades de ser controlada o solucionada; mientras que en las pacientes con cáncer, perciben su enfermedad como una amenaza que indica una muerte ineludible, optando por utilizar en mayor medida estrategias centradas en la emoción (Lazarus y Folkcman, 1984). De acuerdo a este resultado concluimos que las pacientes en estadios de displacia buscan alternativas de solución para mejorar su actual estado de salud; en cambio las pacientes con diagnóstico de cáncer además de intentar cambiar o mejorar el actual estado de salud intentan disminuir el malestar emocional ocasionado por la enfermedad utilizando también estrategias centradas en la emoción.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes en estudio según el apoyo familiar, se halló que tanto las pacientes que tuvieron apoyo, como las que no lo tuvieron, utilizan en mayor nivel estrategias centradas en el problema. Sin embargo las pacientes que no tuvieron apoyo familiar utilizan en mayor proporción estrategias centradas en la emoción que las que sí tuvieron apoyo familiar. Esto puede deberse a que las pacientes que viven con su pareja, hijos u otros, reciben de éstos comprensión, soporte, seguridad. El hecho de tener a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o material, influirá en la forma como el sujeto percibe las situaciones estresantes. Por lo que se concluye que las personas que tuvieron apoyo de algún familiar utilizaron en mayor proporción estrategias centradas en el problema tratando de buscar alternativas de solución para cambiar su actual estado.

De acuerdo a los antecedentes de cáncer de las pacientes se tiene como resultado que las que tuvieron antecedentes de cáncer utilizan un nivel *alto*  estrategias centradas en el problema y en nivel *mediano* estrategias centradas en la emoción. Las pacientes que no tuvieron antecedentes, por el contrario, utilizan en nivel *mediano* estrategias centradas en el problema y en nivel *bajo* estrategias centradas en la emoción. La diferencia entre pacientes con antecedentes o sin antecedentes de cáncer se puede explicar por el aprendizaje que genera el tener un familiar, pariente o persona cercana que haya atravesado por una enfermedad de cáncer. Es decir, las experiencias estresantes previas influyen en la manera de afrontar nuevas situaciones de estrés puesto que la percepción que se tiene de la enfermedad será distinta de aquella que percibe la enfermedad como algo nuevo o desconocido (Ferro, 1999). A decir de Lazarus y Folckman (1984) las situaciones nuevas resultan estresantes cuando existe asociación con el daño, peligro o dominio.

Según el grado de instrucción de las pacientes, se obtuvo que a mayor grado de instrucción mayor uso de estrategias centradas en el problema y menor uso de estrategias centradas en la emoción. Similares resultados encontraron, Llull, Zanier, y García (2003), en pacientes con cáncer donde hallaron diferencias significativas en el afrontamiento de personas con diversos niveles educativos, afirmando que los pacientes con más nivel educativo dispondrían de mayor riqueza y variedad de recursos para afrontar las situaciones importantes o estresantes que se le presentaran. Cuando las personas tienen grado de instrucción superior, obtienen un conjunto de capacidades y conocimientos que permiten la utilización del pensamiento crítico y la imaginación para comprender las situaciones, identificando sus aspectos positivos (Walker 2010, citado por Vílchez, 2015).

Con respecto al uso de estrategias de afrontamiento según el tiempo de diagnóstico, el uso de estrategias centradas en el problema de las pacientes se ubicó en el nivel medio. De otro lado, para el caso de las estrategias centradas en la emoción, su nivel de uso fue bajo antes del mes de haber recibido el diagnóstico, para luego situarse en el nivel medio en el caso de aquellas pacientes cuyos diagnósticos de cáncer fueron brindados hace dos o tres meses. Esto puede explicarse debido a varios factores, dentro de ellos la etapa del cáncer en la que se encuentran las pacientes, pues la mayoría de ellas están en un nivel precancerígeno y el primer estadío del cáncer. En tal sentido, existe la posibilidad que no tengan síntomas físicos como dolor, sangrado vaginal, u otros malestares propios de la enfermedad cancerígena; es decir, sus actividades diarias o imagen corporal no estarían siendo afectadas por la enfermedad. Este hecho permitiría a las evaluadas percibir la enfermedad como un reto y no como una amenaza; por lo que intentan hacer todo lo posible para enfrentarse a la misma. En esto mismo, en el estudio de Becerra y Otero (2013) hallaron que las pacientes con cáncer de mama, cuyo tiempo de diagnóstico fue mayor de tres meses, disminuyen sus esfuerzos para enfrentar la enfermedad e iniciaban la aceptación o adaptación hacia la misma; es decir, comienzan a hacer un mayor uso de sus estrategias centradas en la emoción. En el caso de las pacientes evaluadas luego de los dos meses de conocer su diagnóstico, su afrontamiento estaría centrado no solo en la enfermedad sino en el tratamiento, este último se presentaría como desconocido para la paciente, generándole la necesidad de utilizar estrategias centradas en la emoción. Al respecto, autores como Monat, Averill y Lazarus, 1976, citado por Lazarus y folckman, 1984, afirman que bajo condiciones en las que las pacientes son concientes de la aparición del estímulo aversivo (la enfermedad), sus pensamientos se dirigirán de forma creciente al análisis vigilante del acontecimiento anticipado haciendo lo necesario para evitar que la enfermedad se agrave o sea una amenaza para su salud.

Las características de afrontamiento presentes en las pacientes evaluadas nos permiten considerar que las estrategias centradas en el problema como la búsqueda de apoyo emocional y afrontamiento activo ayudará a las pacientes a tener un buen afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Puesto que ambas conducen a la persona a encontrar una solución al problema y en este caso a evitar que la enfermedad siga progresando.

En cuanto al uso de las estrategias centradas en la emoción, la religión permitirá a la paciente mantener la esperanza y percepción de control de la enfermedad sobre todo en aquellos casos donde la etapa del cáncer está avanzada. Asi mismo es favorable que las pacientes no tiendan a recurrir al consumo de alcohol u otras sustancias ante el diagnóstico recibido, pues el uso de esta estrategia seria negativa en el proceso de adaptación y/o control de la enfermedad poniendo en riesgo aún más su salud empeorando así el diagnóstico.

Por otro lado una limitante para nuestras evaluadas es el bajo grado de instrucción, pues la mayoría tenía solo primaria y un gran porcentaje era analfabeta, esta situación pudo dificultar el uso de estrategias centradas en el problema como la búsqueda de apoyo instrumental, impidiendo a las evaluadas tener un conocimiento claro sobre lo que es en sí la enfermedad, lo cual puede afectar durante la aceptación del diagnóstico. En estos casos es necesario se brinde una educación sobre el cáncer y su tratamiento para lograr que las evaluadas disminuyan sentimientos de ansiedad, miedo e incertidumbre. Por otro lado según nuestros resultados la edad sería un factor importante para el uso de estrategias centradas en el problema. En el caso de nuestras evaluadas la mayoría pertenecía a la etapa de adultez joven, las que tendrían mayor probabilidad de dirigirse hacia la solución del problema, mientras que las pacientes en etapa de la senectud estarían en desventaja en el uso de las mismas.

En conclusión el uso equilibrado de ambos tipos de estrategias en las evaluadas es un predictor de que pueden afrontar de manera adecuada la enfermedad y que posiblemente logren adaptarse a la misma tanto física como psicológicamente. Sin embargo es necesario que se fortalezca en las evaluadas el uso de dichas estrategias y aprendan a desarrollar otras que les permitan mejorar la forma de afrontar la enfermedad .

Por último, es importante señalar algunas limitaciones presentes en este estudio. Así por ejemplo, al tratarse de un diseño transversal, los resultados sólo explican el fenómeno del afrontamiento hacia el cáncer en un momento específico, quedando varias interrogantes de cómo es el afrontamiento en distintas etapas del cáncer. También es preciso considerar al instrumento de medición, el cual deberá ser adaptado a través de un proceso de investigación psicométrica a mujeres analfabetas.

# CAPÍTULO V

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1. Conclusiones

* Las pacientes con cáncer de cérvix y mama utilizan en similar proporción estrategias centradas en la emoción y centradas en el problema.
* La estrategia centrada en el problema más utilizada por las pacientes en estudio es el *Afrontamiento activo* y la estrategia centrada en la emoción más empleada es la *religión*. Las estrategias centradas en el problema menos utilizadas fueron el *apoyo instrumental* y *aceptación*, mientras que las estrategias centradas en la emoción menos utilizadas fueron el *uso de sustancias* y *autocrítica*.
* Con respecto a la influencia de variables sociodemográficas en el uso de estrategias de afrontamiento se encontraron diferencias significativas según el grado de instrucción, grupo etario y tipo de religión. Las pacientes con cáncer que utilizan en mayor medida la estrategia centrada en la emociones se caracterizan por tener menor grado de instrucción, su edad es mayor de cincuenta años y profesan religión cristiana evangélica.
* También se encontraron influencias en el uso de estrategias de afrontamiento según los antecedentes de cáncer de las evaluadas y el apoyo familiar. Las pacientes que tuvieron antecedentes de cáncer y apoyo familiar utilizan en mayor medida estrategias centradas en el problema.

## 5.2. Recomendaciones

* Realizar estudios de estandarización para el instrumento de investigación COPE 28 en población analfabeta; puesto que a pesar de ser confiable aún necesita mejorar y ser adaptada para este tipo de población.
* Se sugiere que en próximos estudios se deberá utilizar muestras de pacientes de cáncer de cérvix y de mama que sean de semejante tamaño, esto ayudará a confirmar con mayor consistencia la comparación del afrontamiento entre pacientes con ambos tipos de enfermedades.
* Se recomienda a la Facultad de Psicología actualizar el convenio con el Hospital Regional de esta ciudad y tener acceso a futuras investigaciones en pacientes oncológicos.
* Se recomienda al Hospital Regional de Cajamarca ampliar el servicio de Oncología con profesionales especializados (Oncólogos) e implementar la infraestructura de esta área para una mejor atención del paciente Oncológico tanto en diagnóstico como en tratamiento.

# REFERENCIAS.

Aiskel, R. & Joemelis, S. (2014). *Estilos de afrontamiento en adolescentes con cáncer* [Tesis de Grado] Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo,Venezuela.

Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación psicológica. *Anales de psicología*. 29(3): 1038-1059 http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511.

Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en un hospital Estatal de Chiclayo* [Tesis de licenciatura] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.

Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N., y Tam,E. (2013), Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino: Servicio de Psicología de un Instituto Nacional. *Revista Médica Herediana*  6(1), 18-24.

Becerra, I. & Otero, S. (2013*). Relación entre Afrontamiento y Bienestar Psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Magistral. Universidad Católica del Perú, Lima.

Campos, M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de psicología.* 6(1) 6-13. 2015-09-06.

Díaz, C. & Peña, R. Factores Pronóstico de Sobrevida de los Cánceres Prioritarios en el Seguro Social Essalud Lambayeque - Perú. *Revista Venezolana* *de Oncología* recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf>.

Dirección Regional de Salud (2015). *Análisis de Situación de Salud - ASIS, Cajamarca*, Perú.

Dirección Regional de Salud (2015). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018, Cajamarca*, Perú.

Enríquez, M.F. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Universidad y Salud*, *12*(1), 7-19.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2011). Datos Epidemiológicos. Recuperado de<http://inen.sld.pe/portal/inicio.html>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Perú Enfermedades trasmisibles y no trasmisibles. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf

Instituto Nacional del Cáncer (2015). Cáncer de cuello uterino: Tratamiento (PDQ) en Estados Unidos. *Revistas científicas*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq>.

Maletta, (2009). *Epistemología Aplicada: Metodología y técnica de la producción científica*. *CIES*, 108-111.

Mansilla, M.E. (2000). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología* 3(2), 105-116

Ministerio de Salud (2013). *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf>

Morán, C., Landero, R. & Gonzáles, M. (2010). COPE-28: Un Análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.

Morán, C., Mendez, L.M., Gonzáles, T. & Hernández, L. (2014). Evaluación de las propiedades psicométricas del Brief COPE, su relación con el NEO PI-R y diferencias de género en Brasil, *Univ. Psychol*. 13 (4), 1305-1320.

Lazarus, R. & Folkman S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.

Libertad, M.A. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el Proceso Salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, *29* (3), 275-281. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012>

López, A.E.; Esteve & R.; Rodríguez, M.J. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico*. Pshicotema*, 12(3), 339-345. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/340.pdf>.

Llull, D.M.; Zanier, J.& García, F. ( 2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF,* 8(2), 175-182. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09>.

Luna, I. (2009). Aspectos Emocionales en el Cáncer de mama. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/psicosomatica/cancer-de-mama-eimagencorporal/# el 28-10-16

Ojeda, S, Martínez, C. (2012) Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev enferm Herediana*. 5(1), 89-96.

Olivares, M.E. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*22 (1), 29-48. Recuperado de <<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1263/1145>>.

Pacheco, J. (2007). *Ginecología, Obstetricia y Reproducción,* Perú: REP.

Rodríguez, J., Pastor, A., y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. 5 (2), 349-372.

Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2003*, 8 (1), 39-54. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/3941/3796>.

**Sociedad Española contra el Cáncer (2016). Cáncer de mama. Recuperado de** [**https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/fases.aspx**](https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/fases.aspx) **el 23-11-2016).**

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. [*Boletín de Psicología*](http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3457), 73-85. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741934>.

Ticona,S.B., Santos, E.M. & Siqueira, A.L.. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*. 2015;15(1):9-20. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.2

Vargas, S.P.,Herrera, G.P., Rodríguez, L. & Sepúlveda, G.J. (2010) Confiabilidad del Cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Revista Investigación en Enfermería: imagen y Desarrollo* 2010, 12(1), 4-18.

Vilchez, K.M., Flores, R.M. & Vilchez, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia*. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Yelamos, C.A y Fernández, B (2009). Necesidades emocionales del paciente con cáncer. *Avances en psicología latinoamericana.* 267-284.

Zorrilla, I. (2010). Impacto emocional y social del cáncer. *Revista Dialnet*, 4(2), 60-90.

# LISTA DE ABREVIATURAS:

ASIS : Análisis de situación de salud

MINSA : Ministerio de Salud

INEN : Instituto Nacional de Enfermedades

Neoplásicas

OMS : Organización Mundial de la Salud

NCI : Instituto Nacional para el Cáncer

TNM : Tamaño, Número de ganglios linfáticos y Metástasis

MBUE : Muy bajo uso de la estrategia

BUE : Bajo uso de la estrategia

MUE : Mediano uso de la estrategia

AUE : Alto uso de la estrategia

MAUE : Muy alto uso de la estrategia

# GLOSARIO

**Cáncer *in situ****.* Se refiere a un estadío del cáncer caracterizado por la presencia de células cancerosas en la superficie del cuello uterino (capa de células que revisten el cuello uterino).

***Metástasis*.** Extensión del cáncer a lugares distantes del tumor original

***La citología de cuello uterino*.** Es un examen donde se analizan las células del cuello uterino bajo el microscopio para detectar células cancerígenas**.**

***Colposcopia.*** Exploración instrumental de la cavidad vaginal mediante un colposcopio.

***Biopsia.*** Extracción y examen de una muestra de tejido tomada de un ser vivo, con fines diagnósticos***.***

***Conización.*** Procedimiento terapéutico-diagnóstico mediante el cual se practica en el cuello uterino una incisión en forma de cono

***Traquelectomía.*** Cirugía para extirpar el cuello del útero (la parte final del útero que forma un canal entre el útero y la vagina***)***

***Salpingooforectomía bilateral:*** *procedimiento donde*se extirpan a) el útero más uno de los ovarios y una de las trompas de Falopio (unilateral), o b) el útero, ambos ovarios y ambas trompas de Falopio (bilateral)

***Exenteración pélvica:*** Extirpación de la totalidad de las vísceras de la pelvis (histerectomía, doble anexectomía, resección de recto y cistectomía total) a causa de tumores ginecológicos, de recto o de vejiga, que afectan a los tres órganos

***Radioterapia:*** Es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores. En dosis bajas, la radiación se usa en radiografías para ver el interior de su cuerpo, como las radiografías de sus dientes o de huesos fracturados

***Anestecia:*** Sustancia química que produce esta pérdida o ausencia temporal de la sensibilidad y que se utiliza en cirugía.

***Confusionales agudos:*** El síndrome **confusional agudo** (SCA) es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico

***Ganglios linfáticos.*** Los nodos linfáticos o ganglios linfáticos son unas estructuras nodulares que forman parte del sistema linfático y forman agrupaciones en forma de racimos

***Descarga emocional.*** Es un proceso mental complejo caracterizado por la aceptación de nuestras creencias erróneas, su superación y la disolución de las mismas.

***Metástasis.*** Reproducción o extensión de una enfermedad o de un tumor a otra parte del cuerpo.

***Resiliencia.*** Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc.

***Sistema linfático.*** Es una red de órganos, ganglios linfáticos, conductos y vasos linfáticos que producen y transportan linfa desde los tejidos hasta el torrente sanguíneo.

***Exenteración pélvica.*** Extirpación de la totalidad de las vísceras de la pelvis (histerectomía, doble anexectomía, resección de recto y cistectomía total) a causa de tumores ginecológicos, de recto o de vejiga, que afectan a los tres órganos.

# ANEXOS

**Anexo A: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN** | **OBJETIVOS** | **JUSTIFICACIÓN** | **VARIA**  **BLES** | **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN** |
| ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con cáncer de cérvix y mama del Hospital Regional de Cajamarca? | **General:**  Conocer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las mujeres de 20 a 80 años ante un diagnóstico de cáncer de cérvix y mama E**specíficos 1:** Describir la situación familiar y de enfermedad de las pacientes con cáncer de cérvix y mama.  **Especifico 2**. Determinar la estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres con cáncer de cérvix y mama según el grupo etario del Hospital Regional de Cajamarca.  **Específico 3.** Identificar y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con cáncer de cérvix según la etapa del cáncer del Hospital Regional de Cajamarca.  **Específico 4** Identificar y comparar las estrategias de afrontamiento que emplean las pacientes en estudio según el apoyo familiar, religión y antecedentes de cáncer.  **Específico 5.** Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y mama según grado de instrucción.  **Específico 6.**  Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con cáncer de cérvix y mama según el tiempo de diagnóstico | Aporte a la línea de investigación de la psicología de la Salud en nuestra región. Brindaremos a través de este trabajo un conocimiento actual e importante a nuestra región cajamarquina sobre diferentes aspectos emocionales y conductuales que implica el cáncer más frecuente en la población femenina, los cuales pueden ayudar a entender y comprender los diferentes comportamientos, actitudes, pensamientos y sentimientos de un paciente al momento de afrontar un diagnóstico de cáncer.  El conocimiento obtenido permite considerar las necesidades emocionales del paciente oncológico por las instituciones de salud, sobre todo por el personal de salud encargado de la atención a los pacientes con cáncer. Del mismo modo, una atención humanitaria por parte del personal de salud puede ayudar a mejorar la adecuada adaptación a la enfermedad, adherencia al tratamiento y calidad de vida de los pacientes.  De esta manera, a través de este estudio se pretende contribuir con los objetivos señalados en el plan estratégico institucional de salud 2015-2018 como es el brindar un servicio de salud humanizado de calidad siendo además un derecho universal de todo paciente, el recibir un buen trato e integral donde se considere la protección de su salud mental. | ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO | **TIPO DE INVESTIGACIÓN**  Aplicada  **DISEÑO DE INVE-TIGACIÓN:**  Es un estudio no experimental descriptivo cuyo propósito se limita a describir las estrategias de afrontamiento que son utilizadas por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix y mama por lo que no habrá ningún tipo de manipulación de variables (Ato, López y Benavente, 2013). Para lograr este propósito se realizará la recolección de la información por medio de la aplicación de una escala acompañada de una entrevista**.**  **INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**   * COPE 28 * Entrevista semiestructurada. |

## 

## ANEXO B1

**FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO COPE 28**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Original | Escala de Afrontamiento COPE 28 |
| Autor | Carver, Sheier y Weintraub |
| Procedencia | Estados Unidos |
| Adaptación al español | Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga |
| Administración | Individual y colectiva. |
| Duración | Sin límite (tiempo aproximado de 15 a 20 minutos) |
| Aplicación | Pacientes con cáncer |
| Puntuación | Variables psicológicas expresadas en escala de medición de intervalo. |
| Significación | Evaluación del uso de las estrategias de afrontamiento. |
| Usos | Educacional, clínico y en la investigación. Son usuarios potenciales aquellos profesionales que se desempeñan como psicólogos, psiquiatras médicos, trabajadores sociales, consejeros, tutores. |
| Materiales | Test de afrontamiento. |

**BAREMO DEL INSTRUMENTO COPE 28**

|  |  |
| --- | --- |
| **RANGO** | **CATEGORIA** |
| 0 - 0.60 | Muy bajo uso de la estrategia (MBU) |
| 0,61 - 1,20 | Bajo uso de la estrategia (BU) |
| 1,21 - 1,80 | Mediano uso de la estrategia (MU) |
| 1,81 - 2,40 | Alto uso de la estrategia (AU) |
| 2,41 - 3,00 | Muy alto uso de la estrategia(MAU) |
|  |  |

**ESTRUCTURA DEL TEST APLICADO**

**ESCALA DE AFRONTAMIENTO**

**COPE28**

Edad DIRECCIÓN………………………………………………………………

Grado de instrucción: Ninguna Primaria Secundaria Superior

Estado Civil: Soltera Casada Conviviente Separada/divorciada viuda

Ocupación……………………………………….Religión……………………………..

Diagnóstico:…………………………hace cuánto tiempo se enteró……………………………

Personas con quienes vive: ……..……………………………………………………….…….

Antecedentes de cáncer: Si ……………… No………………………………....................

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se le presentan unas frases las cuales describen formas de pensar, sentir o comportarse que la gente por lo general utiliza para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

Escriba al frente de cada frase el número que corresponde a Ud. según las siguientes opciones de respuesta

**Nunca = 1 Casi nunca = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4**

**Ejemplo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Salgo a pasear con mi pareja todos los domingos** | **3** |

**Desde que supe que tengo cáncer:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 01 | Realizo alguna tarea para distraerme y no preocuparme  por la situación que estoy pasando |  |
| 02 | Enfrento la situación haciendo algo para mejorar o remediar mi enfermedad |  |
| 03 | Me digo a mi misma “esto no es cierto” o no creo lo que me está pasando |  |
| 04 | He conseguido olvidarme de mi enfermedad tomando alcohol |  |
| 05 | Busco a alguna persona para que me escuche, me comprenda y me ayude a sentirme mejor. |  |
| 06 | Siento que no tengo fuerzas para enfrentar esta enfermedad y no podré resolver mi situación. |  |
| **07** | Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar el actual estado de mi enfermedad. |  |
| 08 | No acepto que tengo una enfermedad o que no me pasa a mi |  |
| 09 | Si me siento triste, preocupada o molesta lo digo fácilmente a alguien |  |
| 10 | Busco ayuda y consejo de otras personas para saber que hacer |  |
| 11 | Tomo medicamentos que no me recetaron para sentirme mejor |  |
| 12 | Trato de estar calmada y aprender algo bueno de esta situación difícil. |  |
| 13 | Me critico a mí misma por el diagnóstico de cáncer |  |
| 14 | Pienso mucho en que acciones tomar para mejorarme |  |
| 15 | Renuncio al intento de hacer frente al problema. |  |
| 16 | Me siento comprendida y apoyada por algún miembro de mi familia y/o amistades |  |
| 17 | Trato de encontrar o aprender algo bueno de la situación que estoy Viviendo |  |
| 18 | Trato de hacer bromas sobre mi enfermedad para sentirme mejor |  |
| 19 | Realizo alguna actividad para olvidarme de mi enfermedad |  |
| 20 | Acepto mi diagnóstico de cáncer como parte de la vida que me toca vivir |  |
| 21 | Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento |  |
| 22 | Dejo que Dios y mi religión se encarguen de resolver mi problema |  |
| 23 | Busco que algún profesional de salud me ayude o me informe sobre lo que tengo que hacer para resolver mi problema |  |
| 24 | Me acostumbro a vivir con la enfermedad y su tratamiento. |  |
| 25 | Planifico las actividades que voy hacer para encontrar una solución o alivio a mi enfermedad |  |
| 26 | Me culpo o me reprocho a mí misma por la enfermedad que tengo |  |
| 27 | Paso tiempo orando, rezando o meditando porque estoy convencida que eso me ayudará a mejorar. |  |
| 28 | Trato de reír a pesar de la situación difícil que estoy pasando. |  |

**ANEXO B2**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nombre :…………………………………………………………………………..

Edad : …………………………………………………………………………..

Grado de instrucción :…………………………………………………………………………….

Estado Civil :…………………………………………………………………………….

Dirección :……………………………………………………………………………

Ocupación :……………………………………………………………………………

Religión :……………………………………………………………………………

Fecha : .………………………………………………………………………….

**SITUACIÓN FAMILIAR Y DE ENFERMEDAD**

¿Con que personas vive? : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Cómo es la relación familiar? :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Cuándo se enteró de su diagnóstico de cáncer? :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

¿Quién es la persona que más le apoya? :

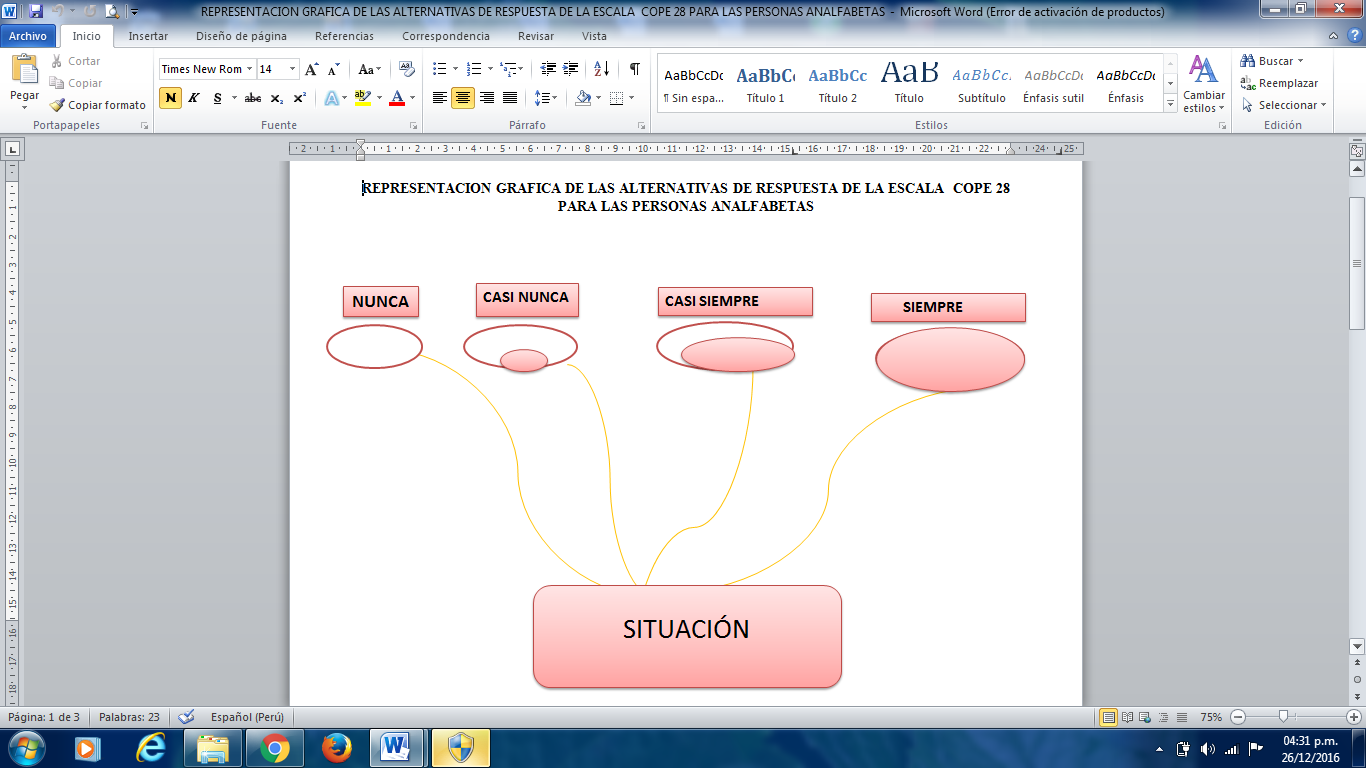
………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Tuvo antecedentes de cáncer o tuvo alguna persona cercana con esta enfermedad?:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ANEXO C**



**ANEXO D**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

**DE INVESTIGACIÓN**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Evelyn Gisela Horna Collantes y Shirley Juleysi More Vigo. He sido informada de que la meta de este estudio es identificar las estrategias que las pacientes con cáncer de cuello uterino y de mama utilizan para afrontar la enfermedad.

Me han indicado también que se me hará una pequeña entrevista en donde tendré que responder un Test, las cuales me tomará llenar aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Evelyn Gisela Horna Collantes al teléfono 076506090 y Shirley Juleysi More Vigo al teléfono 923171067 y correos electrónicos [gisel­\_hc@hotmail.com](mailto:gisel_hc@hotmail.com) y [kenshigab@Gmail.com](mailto:kenshigab@Gmail.com)

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Evelyn Gisela Horna Collantes y Shirley Juleysi More Vigo a los teléfonos y correos electrónicos anteriormente mencionados.

----------------------------------------------------------------------

Nombre y Apellidos del Participante

(En letras de imprenta)

**ANEXO E.**

**INFORME DE APLICACIÓN PILOTO CUALITATIVO 01 DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO**

**COPE 28**

1. **Características generales de los evaluados**

Las evaluadas fueron seleccionadas de manera aleatoria, se escogieron 3 mujeres cuyas edades fueron 30, 45, 53 años, de distintos grados de instrucción, asimismo tenían un diagnóstico de algún problema en el útero o en la mama.

1. **Tiempo promedio de cumplimentación del cuestionario**

|  |  |
| --- | --- |
| EVALUADAS | TIEMPO |
| 1ra. | 10 min |
| 2da. | 7 min |
| 3ra. | 13 min. |

1. **Ítems o preguntas que tuvieron mayor tiempo para ser contestados**

Los ítems donde más se demoraron las evaluadas fueron: número 2, 14, 15 y 25, la observación fue dada por 2 de las 3 evaluadas.

1. **Palabras cuyo significado fue poco entendido**

* Los ítems menos entendibles por las evaluadas, fueron :
* Ítem 2**.** (Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación) una de las evaluadas no comprendió bien este ítem;ya que mencionó que ella trata de distraerse realizando algunas actividades para olvidarse del problema. Ante esto se le aclaró que la pregunta se refería a si ella hace algo para encontrar una solución ante su enfermedad.
* Ítem 14. (Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación) Una de las evaluadas solicitó que le aclaremos la pregunta; ante la cual se respondió si es que ella piensa en que acciones tomar para mejorar su estado de enfermedad.
* Ítem 15. (Admito que no puedo con la situación de cáncer de útero y dejo de enfrentarla). Este ítem fue poco claro por una de las evaluadas por lo que se le explicó que se refiere a que si ella se da por vencida o se siente sin fuerzas para poder luchar contra la enfermedad resignándose a ella.
* Ítem 25. (Pienso mucho en cuales son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnóstico de cáncer de útero). Este ítem tampoco estuvo tan entendible para la evaluada explicándole que se refiere a si ella ocupa mucho tiempo pensando a donde debe ir o que hacer primero para enfrentar su enfermedad.

1. **Actitud hacia la prueba**

Todas las evaluadas han mostrado una predisposición bastante positiva para colaborar en el llenado del test.

1. **Dificultades de aplicación del instrumento**

La principal dificultad encontrada está en que algunas pacientes no saben leer ni escribir, por lo que la elección de participantes se vio limitada.

**ESTRUCTURA DEL TEST APLICADO**

**ESCALA DE AFRONTAMIENTO**

**COPE28**

Edad………………………… Grado de instrucción………………………..

Estado Civil:………………… Ocupación……………………………………

Domicilio:……………………………………………………………………………………

Seguro de salud……………….

Personas con quienes vive: ………..……………………………………………………….….

**INSTRUCCIONES**

A continuación se le presentan unas frases las cuales describen formas de pensar, sentir o comportarse que la gente por lo general utiliza para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

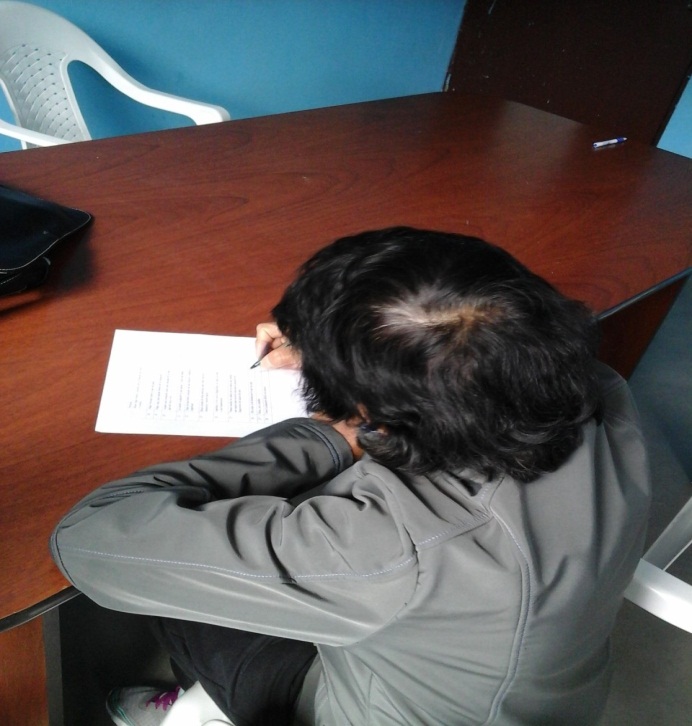
Escriba al frente de cada frase el número con la que se identifica Ud. según las siguientes opciones de respuesta:

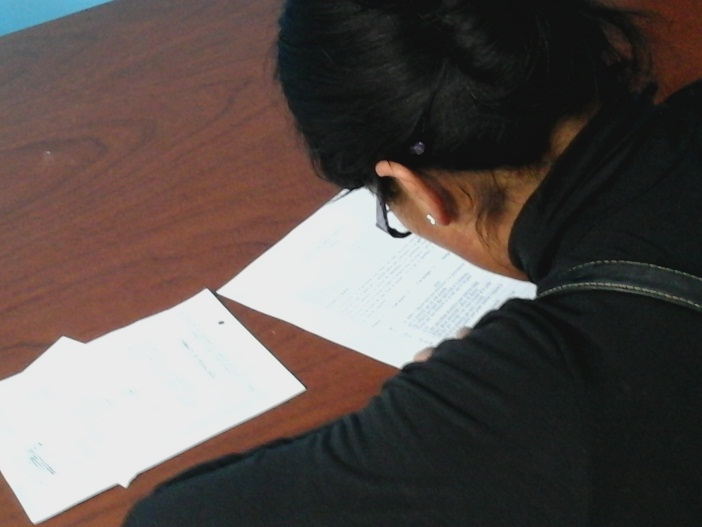
**Nunca = 1 Casi nunca = 2 Casi siempre = 3 Siempre =4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | ítems | Respuesta |
| 01 | Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme  por la situación que me está pasando |  |
| 02 | Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación |  |
| 03 | Pienso que esta situación no es real, que no me pasa  a mí |  |
| 04 | Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor |  |
| 05 | Busco apoyo emocional y afecto de alguien |  |
| 06 | Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder  resolver la situación que estoy viviendo |  |
| 07 | Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la  Situación |  |
| 08 | Me niego a creer lo que me está pasando |  |
| 09 | Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi  disgusto por alguna situación |  |
| 10 | Busco ayuda y consejo de otras personas |  |
| 11 | Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla  Mejor |  |
| 12 | Trato de ser positiva y aprender de las situaciones  Difíciles |  |
| 13 | Me critico a mí misma ahora más que antes del diagnóstico |  |
| 14 | Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi  Situación |  |
| 15 | Admito que no puedo con la situación de cáncer de útero y dejo de enfrentarla |  |
| 16 | Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna  Persona |  |
| 17 | Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy  Viviendo |  |
| 18 | Hago bromas sobre lo que me pasa |  |
| 19 | Hago algo para pensar menos en mi situación |  |
| 20 | Acepto esta situación como una realidad de la vida,  que me toca vivir |  |
| 21 | Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento |  |
| 22 | Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia  Espiritual |  |
| 23 | Busco ayuda de otras personas para saber más de la  situación y recibir apoyo |  |
| 24 | Aprendo a vivir con el diagnóstico de cáncer de útero  y sus tratamientos |  |
| 25 | Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría  que seguir para resolver esta nueva situación de  diagnóstico de cáncer de útero |  |
| 26 | Me culpo a mí misma por lo que me pasa |  |
| 27 | Rezo, oro o medito |  |
| 28 | Tomo la situación difícil con humor |  |

**FOTOS DE LA EVALUACIÓN**







**ANEXO E. INFORME APLICACIÓN PILOTO CUALITATIVO 02 DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO**

**COPE 28**

1. **Características generales de los evaluados**

Las evaluadas fueron seleccionadas de manera aleatoria, se escogieron 3 mujeres cuyas edades fueron 31, 41 y 51 respectivamente, las evaluadas tenían un diagnóstico de algún problema en el útero o en la mama y eran de población analfabeta.

1. **Tiempo promedio de cumplimentación del cuestionario**

|  |  |
| --- | --- |
| EVALUADAS | TIEMPO |
| 1.Anónimo | 12 min |
| 2.Anónimo | 15 min |
| 3.Anónimo | 20 min |

1. **Ítems o preguntas que tuvieron mayor tiempo para ser contestados**

Los ítems donde más se demoraron las evaluadas fueron: número 12, y 25, la observación fue dada por las evaluadas.

1. **Palabras cuyo significado fue poco entendido**

Los ítems menos entendibles por las evaluadas, fueron :

* **Ítem 12.** (Trato de ser positiva y aprender de las situaciones

Difíciles) una de las evaluadas no comprendió bien este ítem. Ya que mencionó que ella trata no sabe a qué se refería a ser positivo ante una situación.

* **Ítem 25.** (Pienso mucho en cuales son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnóstico de cáncer de útero). A lo cual se le explicó si ella pasa tiempo pensando en que cosas exactamente debe hacer para enfrentar su enfermedad.

1. **Actitud hacia la prueba**

Todas las evaluadas han mostrado una predisposición bastante positiva para colaborar en el llenado del test.

1. **Dificultades de aplicación del instrumento**

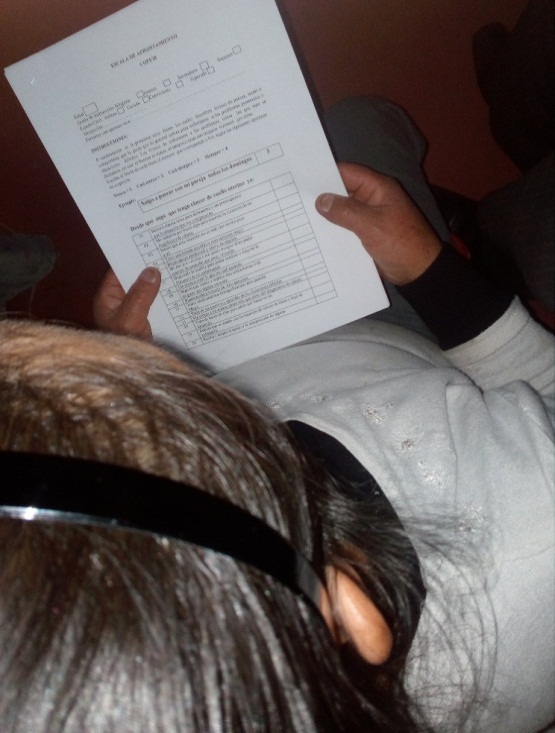
La principal dificultad encontrada está en que algunas pacientes se encontraban apuradas y querían acabar rápido el test.

1. **Ítems que fueron corregidos**

Se modificaron los ítems n° 12 y 25 los que fueron menos entendidos por las participantes en el estudio piloto cualitativo, así tenemos que quedó de la siguiente manera.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ítem sin corregir** | **Ítem corregido** |
| 12. trato de ser positiva aprender de las situaciones difíciles | Trato de estar calmada y aprender de las situaciones difíciles |
| 25. pienso mucho en cuales son los pasos que tendría que seguir para resolver esta situación de diagnóstico de cáncer de útero. | Pienso mucho en cuál es el camino que tendría  que seguir para resolver esta situación de  diagnóstico de cáncer de útero |

**FOTOS DE LA EVALUACIÓN**



**ANEXO F. APLICACIÓN PILOTO CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO**

**COPE 28**

Se realizaron tres estudios pilotos cuantitativos con la finalidad de determinar la confiabilidad y validez del instrumento de evaluación a través del alfa de cronbach´s

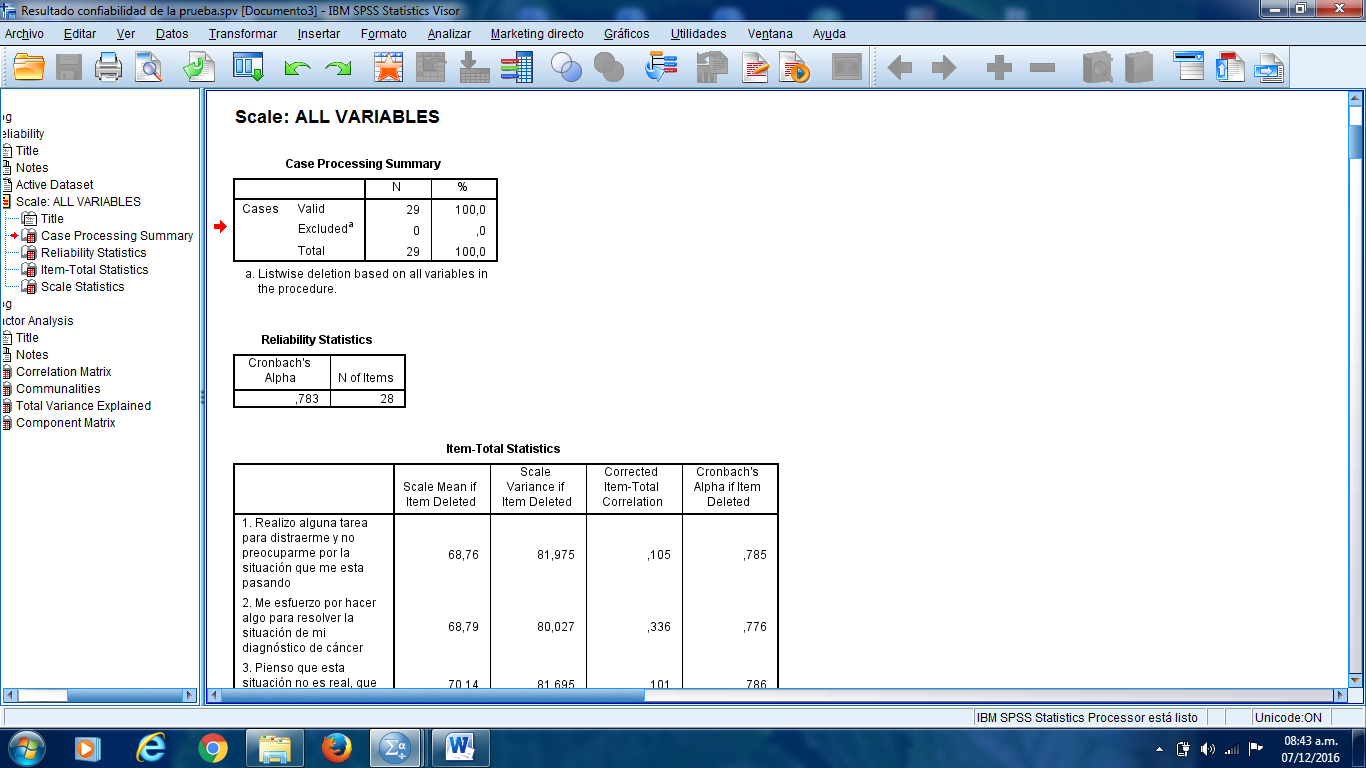
1. **Características generales de las evaluadas**

Las evaluadas fueron seleccionadas de manera no intencional, cuyas edades oscilaron entre 20 a 80 años, de distintos grados de instrucción, asimismo tenían un diagnóstico de algún problema en el útero o en la mama.

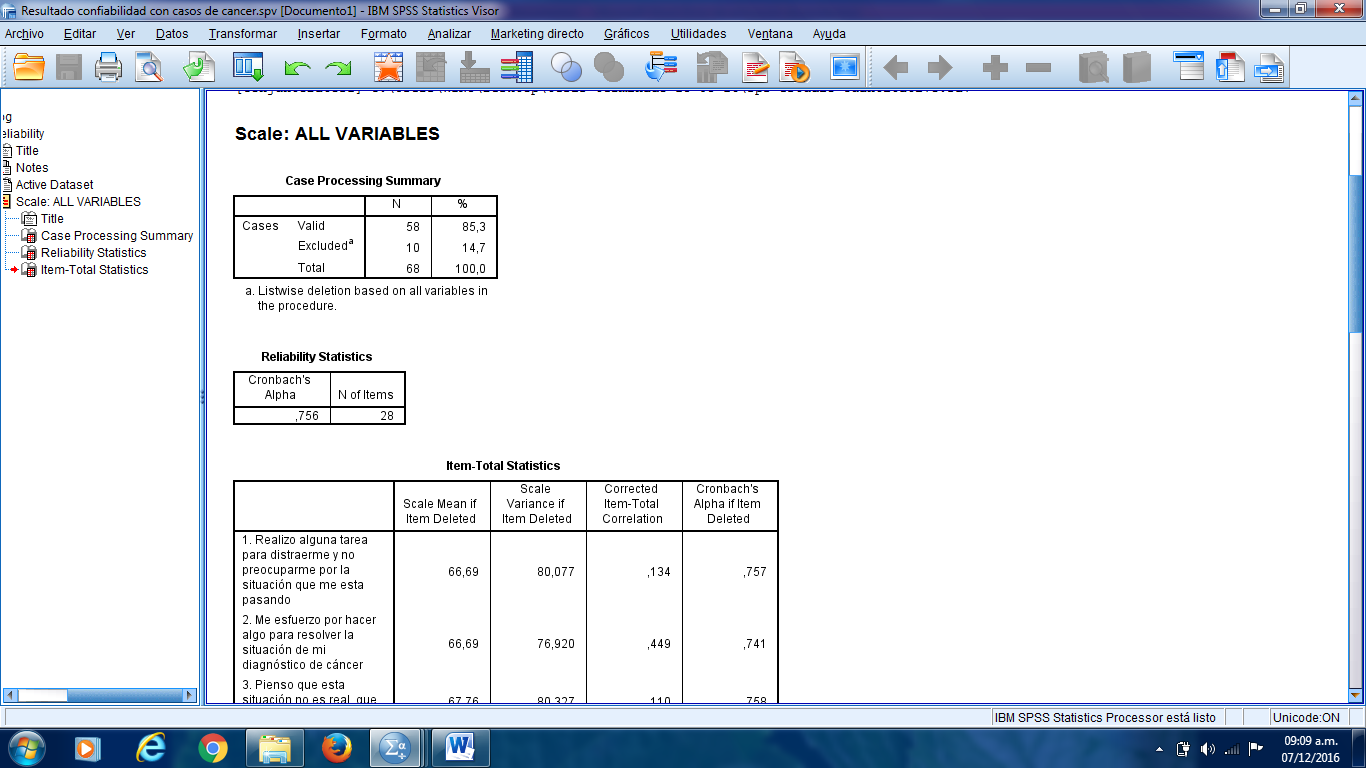
1. **Resultados:**

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS y la hoja de cálculo para verificar la confiabilidad y validez del instrumento obteniendo los siguientes resultados:

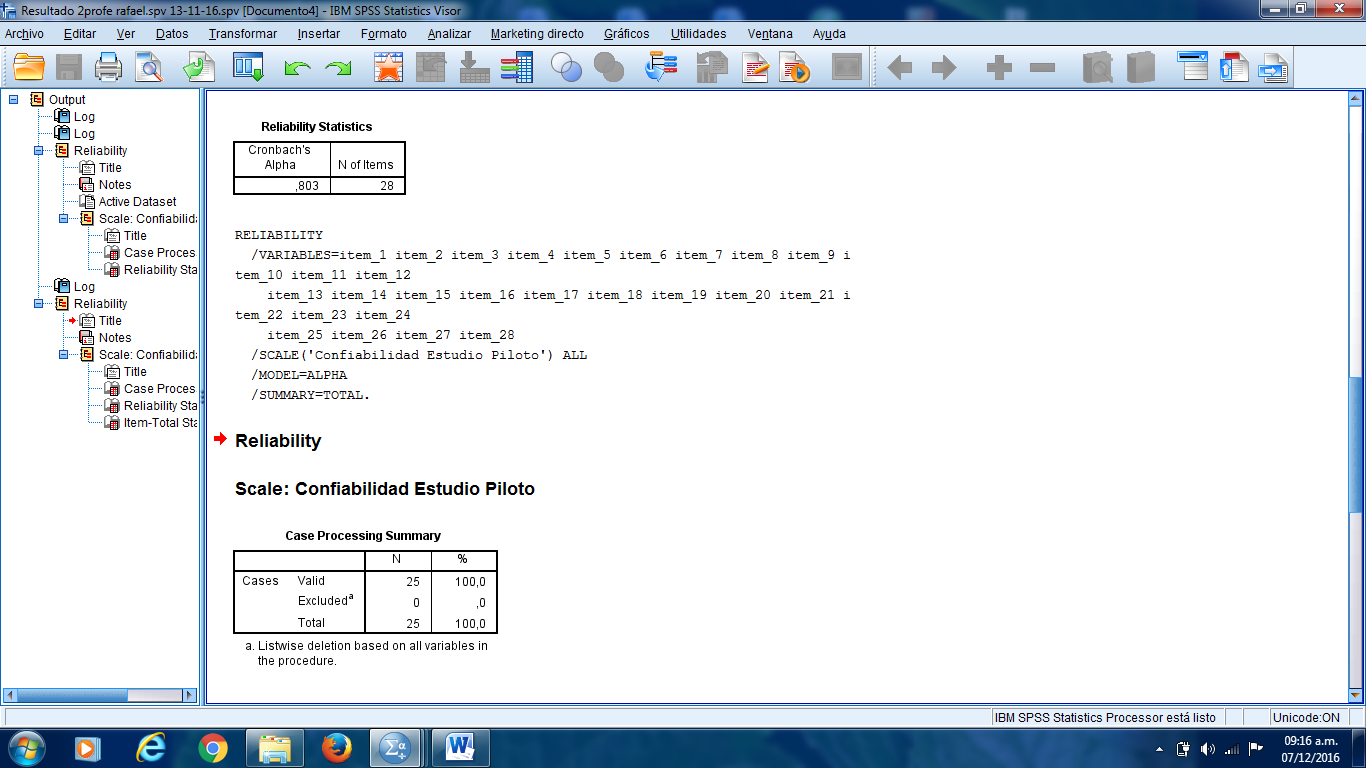
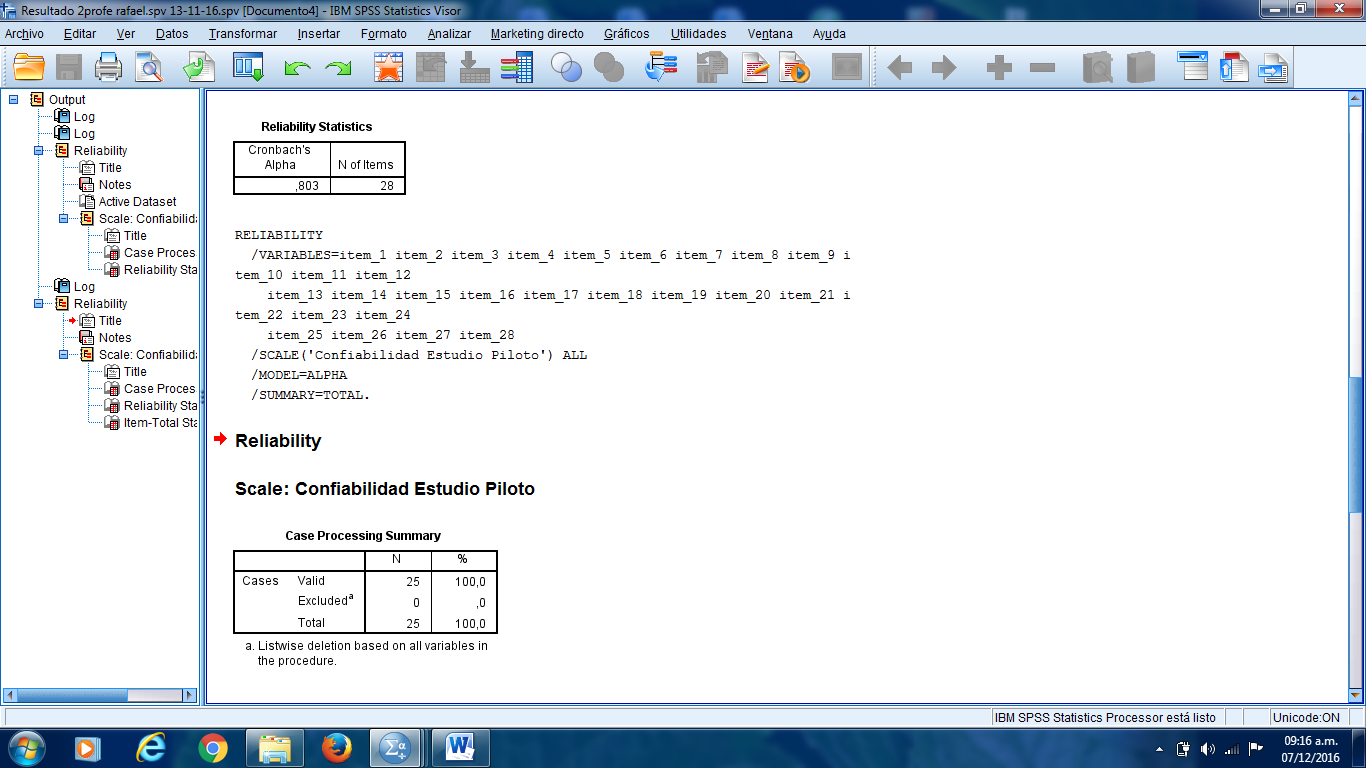
2.1. En el primer estudio piloto se evaluaron a 29 mujeres con algún problema ginecológico se tuvo un alfa de cronbach´s de 0.783, indicando que la prueba es confiable; sin embargo no se consideró en este estudio a las personas analfabetas por lo que se decidió realizar un segundo estudio piloto incluyendo a mujeres analfabetas, tal como se observa a continuación.



* 1. En el segundo estudio piloto se incluyeron a 29 mujeres al anterior estudio, las que en su mayoría eran analfabetas, obteniendo un alfa de cronbach de 0.756. Con este resultado a pesar de ser confiable se detectaron algunos ítems que no estaban bien redactados obteniendo un puntaje negativo, es así que se optó por mejorar dichos ítems y realizar otro estudio piloto.



* 1. El tercer estudio piloto estuvo conformado por 25 mujeres y se obtuvo un alfa de cronbach de 0.83, siendo un resultado bastante confiable que indica que la prueba está apta para utilizarla en los pacientes con cáncer de cérvix y mama.



1. **Ítems que fueron corregidos:** Se optó por mejorar la redacción de la mayoría de ítems para una mejor comprensión de la población en estudio.

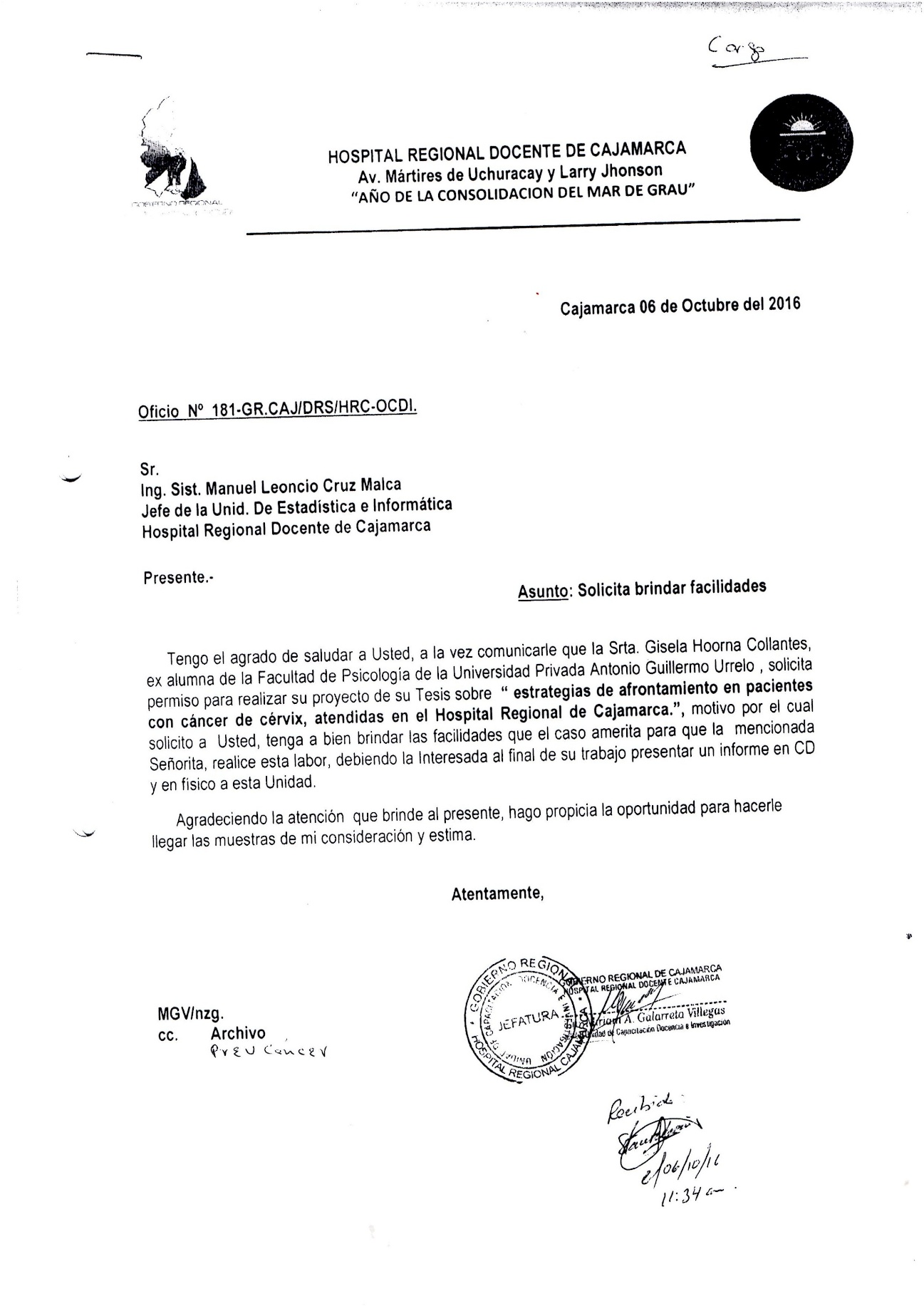
|  |  |
| --- | --- |
| **Ítem sin corregir** | **Ítem corregido** |
| 02. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación de mi diagnóstico de cáncer. | 02. Enfrento la situación de mi enfermedad haciendo algo para mejorarme o encontrar una cura. |
| 03. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí | 03.Me digo a mí misma “esto no es cierto” o no creo lo que me está pasando |
| 04. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor | 04. He conseguido olvidarme de mi enfermedad tomando alcohol. |
| 05.Busco apoyo emocional y afecto de alguien | 05. Busco a alguna persona para que me escuche, me comprenda y me ayude a sentirme mejor. |
| 06. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo | Siento que no tengo fuerzas para enfrentar esta enfermedad y no podré resolverlo. |
| 07. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación de mi enfermedad | 07. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar el actual estado de mi enfermedad |
| 08. Me niego a creer lo que me está pasando | 08. No acepto que tengo una enfermedad o que no me pasa a mí. |
| 09. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación | 09. Si me siento triste, preocupada, o molesta lo expreso fácilmente a alguien. |
| 10. Busco ayuda y consejo de otras personas | 10. Busco ayuda y consejo de personas profesionales para saber que hacer |
| 11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor | 11. Tomo medicamentos que no me recetaron como tranquilizantes o pastillas para dormir y poder soportar la situación |
| 12. Trato de estar calmada y aprender de la situación difícil | 12. Trato de estar calmada y aprender algo bueno de la situación difícil que estoy pasando |
| 13.Me critico a mí misma ahora más que antes del diagnóstico de cáncer | 13.Me critico a mí misma por el diagnóstico de cáncer |
| 1. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación | 14.Pienso mucho en que acciones tomar para mejorarme |
| 1. Admito que no puedo con la situación de cáncer y dejo de enfrentarla | 15.Renuncio al intento de hacer frente al problema |
| 16.Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona | 16.Me siento comprendida y apoyada por algún miembro de mi familia y/o amistades |
| 17.Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo | 17.Trato de encontrar o aprender algo bueno de la situación que estoy viviendo |
| 18.Hago bromas sobre mi enfermedad | 18. Trato de hacer bromas sobre mi enfermedad para sentirme mejor |
| 19.Hago algo para pensar menos en mi situación | 19. Realizo alguna actividad para olvidarme de mi enfermedad. |
| 20.Acepto esta situación como una realidad de la vida que me toca vivir | 20.Acepto mi diagnóstico de cáncer como parte de la vida que me toca vivir |
| 22.Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual | 22. Dejo que Dios y/o mi religión se encarguen de resolver mi problema. |
| 23.Busco ayuda de otras personas para saber más sobre la situación y recibir apoyo | 23. Busco que alguien me ayude o me informe sobre lo que tengo que hacer para resolver mi problema. |
| 24.Aprendo a vivir con el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos | 24. Me acostumbro a vivir con la enfermedad y su tratamiento. |
| 25. Pienso mucho en cuál es el camino que tendría que seguir para resolver esta situación de diagnóstico de cáncer | 25. Planifico las actividades que voy a hacer para encontrar una solución o alivio a mi enfermedad. |
| 26.Me culpo a mí misma por la enfermedad que tengo | 26. Me culpo o me reprocho a mi misma por la enfermedad que tengo |
| 27.Rezo, oro o medito | 27.Paso tiempo orando, rezando o meditando porque estoy convencida que eso me ayudara a mejorar |
| 28.Tomo la situación difícil con humor | 28. Trato de reír a pesar de la situación difícil. |

**ANEXO G: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO COPE 28 EN LA PACIENTES CON CANCER DE CÉRVIX Y MAMA**

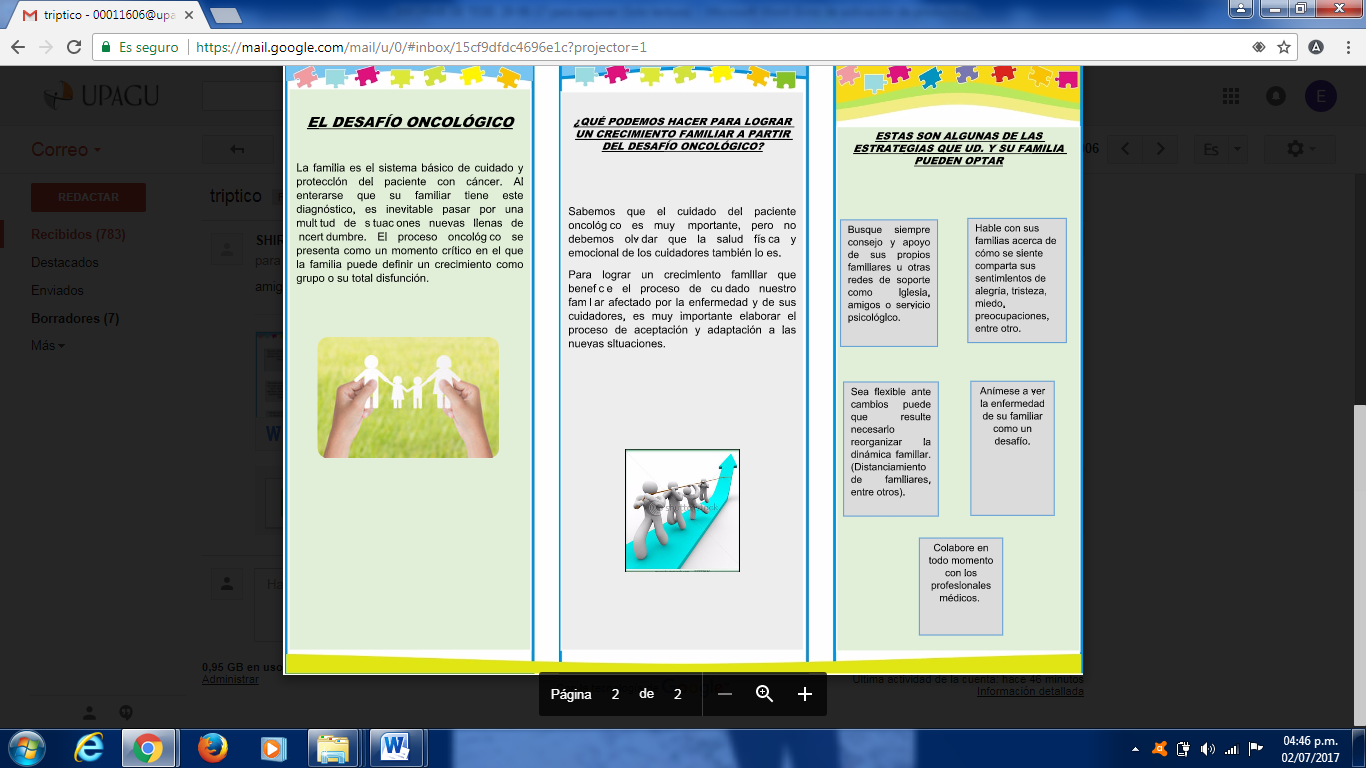
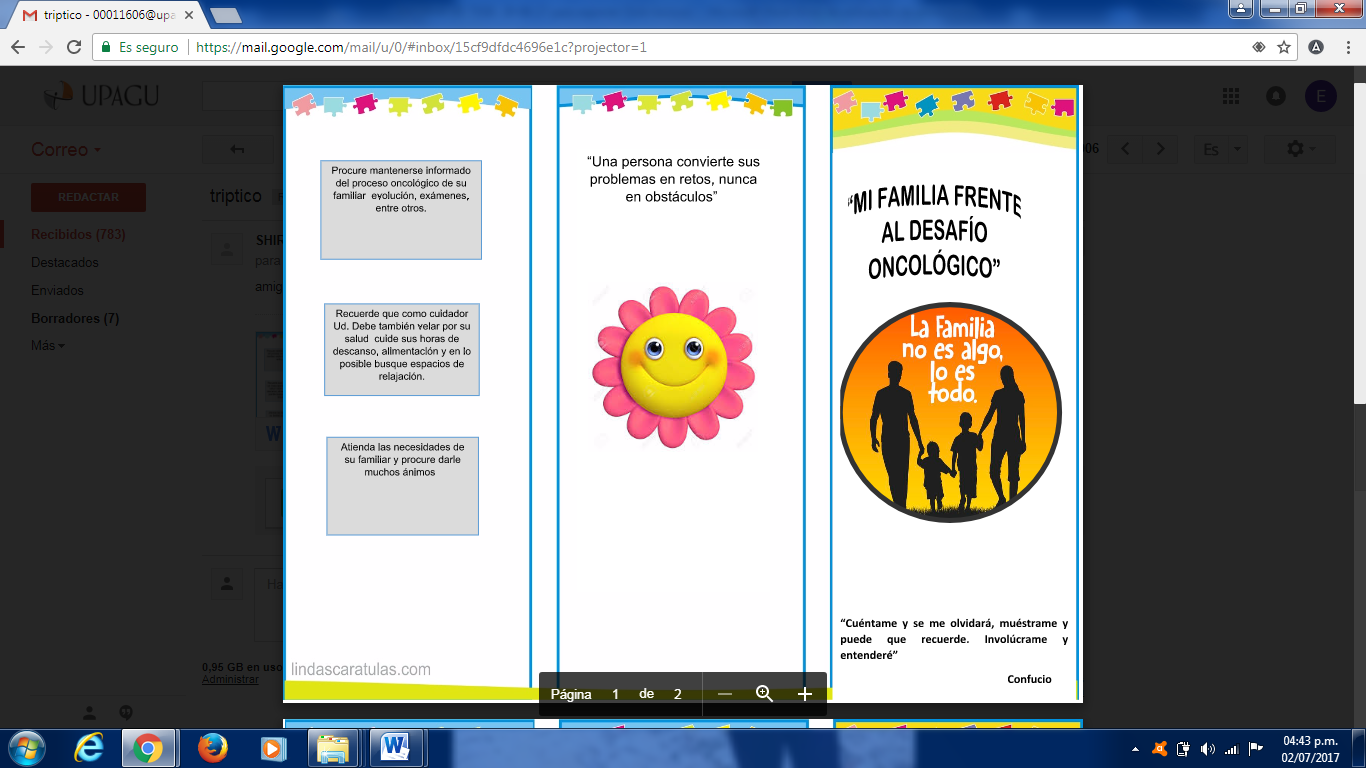
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estadístico total Elemento** | | | | |
| Ítems | Correlación item total-corregida | Alfa si el ítem se elimina | Correlación elemento total corregida | Alfa de cronbach si se elimina el elemento |
| Realizo alguna tarea para distraerme y no preocuparme | 63,609 | 99,450 | ,237 | ,717 |
| Enfrento la situación haciendo algo para mejorar o remediar mi enfermedad | 63,253 | 98,726 | ,312 | ,712 |
| Me digo a mi misma “esto no es cierto” o no creo lo que me está pasando | 64,080 | 100,749 | ,159 | ,722 |
| He conseguido olvidarme de mi enfermedad tomando alcohol | 65,276 | 105,923 | -,065 | ,728 |
| Busco a alguna persona para que me escuche, me comprenda y me ayude a sentirme mejor. | 63,678 | 95,732 | ,390 | ,706 |
| Siento que no tengo fuerzas para enfrentar esta enfermedad y no podré resolver mi situación.6 | 64,138 | 105,399 | -,075 | ,750 |
| Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar el actual estado de mi enfermedad. | 63,069 | 97,088 | ,454 | ,705 |
| No acepto que tengo una enfermedad o que no me pasa a mi | 64,483 | 102,741 | ,074 | ,727 |
| Si me siento triste, preocupada o molesta lo digo fácilmente a alguien | 64,448 | 97,413 | ,313 | ,711 |
| Busco ayuda y consejo de otras personas para saber que hacer | 64,138 | 91,934 | ,535 | ,694 |
| Tomo medicamentos que no me recetaron para sentirme mejor | 64,724 | 107,574 | -,149 | ,740 |
| Trato de estar calmada y aprender algo bueno de esta situación difícil. | 63,690 | 96,542 | ,460 | ,704 |
| Me critico a mí misma por el diagnóstico de cáncer | 64,563 | 103,272 | ,057 | ,728 |
| Pienso mucho en que acciones tomar para mejorarme | 63,598 | 98,429 | ,255 | ,715 |
| Renuncio al intento de hacer frente al problema. | 64,839 | 107,974 | -,169 | ,741 |
| Me siento comprendida y apoyada por algún miembro de mi familia y/o amistades | 63,414 | 94,757 | ,413 | ,704 |
| Trato de encontrar o aprender algo bueno de la situación que estoy Viviendo | 64,011 | 95,570 | ,461 | ,702 |
| Trato de hacer bromas sobre mi enfermedad para sentirme mejor | 64,483 | 94,206 | ,514 | ,698 |
| Realizo alguna actividad para olvidarme de mi enfermedad | 63,644 | 98,697 | ,246 | ,716 |
| Acepto mi diagnóstico de cáncer como parte de la vida que me toca vivir | 64,023 | 97,999 | ,304 | ,712 |
| Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento | 63,851 | 94,082 | ,448 | ,701 |
| Dejo que Dios y mi religión se encarguen de resolver mi problema | 63,322 | 101,965 | ,106 | ,726 |
| Busco que algún profesional de salud me ayude o me informe sobre lo que tengo que hacer para resolver mi problema | 64,276 | 93,109 | ,483 | ,698 |
| Me acostumbro a vivir con la enfermedad y su tratamiento. | 64,322 | 100,965 | ,158 | ,722 |
| Planifico las actividades que voy hacer para encontrar una solución o alivio a mi enfermedad | 64,483 | 94,369 | ,474 | ,700 |
| Me culpo o me reprocho a mí misma por la enfermedad que tengo | 64,713 | 101,905 | ,123 | ,724 |
| Paso tiempo orando, rezando o meditando porque estoy convencida que eso me ayudará a mejorar. | 63,299 | 100,282 | ,200 | ,719 |
| Trato de reír a pesar de la situación difícil que estoy pasando. | 63,437 | 98,040 | ,357 | ,710 |

Nota: *Escala Cope 28 confiable (Alfa de cronbach 0,72)*

**ANEXO H: CARTA DE ACEPTACIÓN PARA ACCESO DE INFORMACION**

****

**ANEXO I: TRÍPTICO INFORMATIVO**



**ANEXO J: INCENTIVO**