



Universidad De Sonora
División De Ciencias Sociales
Posgrado En Psicología

**“Calidad de vida, acceso a la justicia y apoyo social
en mujeres con cáncer de mama”**

Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología

PRESENTA A:

Lic. Laura Mejías Rojas

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Martha Frías Armenta

REVISORES:

Dra. Nadia Saraí Corral Frías

Dra. Teresa Iveth Sotelo Quiñonez

Dra. Raquel García Flores

Hermosillo, Sonora. 6 de enero de 2023

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Hermosillo, Sonora a 3 de enero de 2023

Dr. César Octavio Tapia Fonllem
Coordinador del Maestría en Psicología
División de Ciencias Sociales
Universidad de Sonora

Con la presente me permito informar a Usted que el trabajo de tesis de maestría titulado Calidad de Vida, Acceso a la Justicia y Apoyo Social en Mujeres con Cáncer de Mama que fue desarrollado por el (la) estudiante del Posgrado en Psicología Laura Mejías Rojas cumple con los requisitos teóricos-metodológicos de un trabajo de investigación nivel maestría y cuenta con el decoro académico suficiente para ser presentado en su examen de defensa de grado.

Agradeceremos se proceda a hacer las gestiones administrativas conducentes para la programación del acto protocolario correspondiente.

Sin otro particular de momento, nos es grato saludarle.

Cordialmente



Dra. Martha Frías Armenta
Director de tesis
Universidad de Sonora



Dra. Nidia Sarai Correa Frías
Co-director(a) de tesis
Universidad de Sonora



Dra. Teresa Iveth Sotelo Quiñonez
Lector interno
Universidad de Sonora



Dra. Raquel García Flores
Lector externo
Instituto Tecnológico de Sonora

*A mi Zorri, mi colibrí, mi Masha. Gracias por los besos y los abrazos en pausa,
por amarme en la distancia, perdonar mi ausencia
y regalarme un poquito de tu polvo de estrellas.*

*A mi esposo por apoyarme en este sueño y mantener nuestro amor más allá de
las fronteras, pase lo que pase iré de tu mano,
pase lo que pase amantes y amigos.*

Agradecimientos

Creo que de todo este documento una de las partes que más se disfruta escribir son los agradecimientos, esa conversación con uno mismo sin referentes teóricos, ni resultados, ni hipótesis, ni metodología. Solo los recuerdos gratificantes de quienes nos acompañaron en este camino, de quienes fueron paño de lágrimas, fuente de alegrías, soporte y faro.

A mi mamá por enseñarme a arriesgarme y a luchar con todo lo que tenemos para alcanzar los sueños, por el slogan de vida de que siempre llevamos una carta de ganar y otra de perder y que si no lo intentamos nos quedamos solo con una, la de perder... y esa no es una opción.

A mis abuelos, porque este sueño les ha privado de mi presencia, por los ratos perdidos, por las fiestas en las que no estuve, por los abrazos y los regañones detenidos en el tiempo. Los amo.

A mi tía Oscí convertida en ángel porque este proyecto me arrebató un último abrazo. Perdón, desde donde estés, que sepas que te amé mucho.

A mi esposo por asumir la difícil tarea de seguir camino sin mí todo un año, por cruzar fronteras detrás de mi amor, por ser mi refugio, mi apoyo, mi compañero, por hacer de la distancia un ingrediente en nuestra historia y de mis sueños los suyos.

A mi papá y a Sahe (la otra madre que la vida me regaló) porque sin Uds. este sueño no hubiese sido posible, gracias por los consuelos, por la paciencia y la espera, por cuidar a mi Zorri y ser excelentes abuelos.

A la profe Martha por ser desde el primer día no solo mi tutora sino mi madre mexicana, por construir un puente permanente entre nosotras, por sus palabras sabias, su serenidad, sus abrazos, su orientación precisa y acertada, por las horas juntas que llenaron la ausencia y la lejanía de mi familia, por creer en mí y no soltar mi mano ni un solo minuto.

A la profe Nadia por la confianza, por llenarnos de mariposas la mente y el alma, por sembrarnos las alas para cambiar el mundo hacia una ciencia inclusiva, por saber de ciencia, de pasteles, de galletas, de hospitales y médicos, por estar disponible sin límite de horario ni fecha en el calendario.

Al profe César porque su orientación pertinente, clara y precisa me trajo hasta aquí y descartó cualquier otra opción desde su primer correo. Gracias por todas las horas dedicadas a mí sin fin de preguntas, por sus partes del tiempo, de cultura, de deporte, por abrir la puerta de las oportunidades.

A la familia Corral-Frías por brindarme el calor de un hogar, por acoger a mi familia como parte de la suya. A Víctor Junior por nuestras charlas para arreglar el mundo y ser lo más cercano a un amigo. Al profe Yancy por su entusiasmo y palabras de aliento para mejorar mi inglés. Al profe Víctor por sus canciones de Silvio y Pablo que nos trajeron un pedazo de Cuba al oído. A Aleiya por regalarme la oportunidad de tener una sobrina, por tu alegría infinita, tus sonrisas todas y ser la primera amiga de Daf en tierra mexicana.

A Eli por ser la mejor compañía, por su risa estremecedora que inunda el lugar con su presencia, por sus brazos para llorar y bailar, por las horas con María, la berenjena, por los chismes, la complicidad, la cercanía, el cariño... Sin ti, nada de esto fuese posible hoy.

A los profesores de estos dos años por ser vendedores de asombros y sueños y por hacer de nosotros mejores profesionales. Al grupo del máster, por apoyarnos unos a otros y hacer de las tareas un trabajo en equipo. Por rescatarnos del frío y del analfabetismo tecnológico.

A la profe Tere Sotelo por su participación incondicional, su diálogo sereno y accesible, su apoyo y recomendaciones a nuestra disposición.

A Alma por ser tan maravillosa y eficiente, por ser un alma buena de nombre y de corazón.

A mis compadres Víctor y Ana, por cuidar de Dafy de Disney en mi ausencia, por convertir su casa en nuestro refugio, por ser familia y amigos.

A Santy por su apoyo desde la distancia, pero su cercanía y cariños desde las videollamadas diarias.

A Alexia por su amistad, su cálida bienvenida, los asados, el viaje a la playa y todos los minutos de restauración.

A los químicos por ser una fuente inagotable de alegría y apoyo que nos rescató de la nostalgia muchas veces y las añoranzas compartidas de nuestras familias.

A mis primos Yoan y Yoel, por las largas videollamadas poniéndonos al día y por las risas resultadas de sus anécdotas de vida que me alegraron muchos días.

A Jose mi amigo de todos los tiempos, por tantos rescates a lo largo de los años y ser el hermano que el destino me obsequió.

A Grau, a Olguita y a Tere mis profes eternos, por demostrarme que nuestro vínculo ha trascendido las fronteras, por ser mi inspiración y por el compromiso personal de un día estar a su altura.

A México por darme la oportunidad de retomar el camino de la ciencia y a CONACYT por hacer viable este proyecto desde el apoyo económico mes tras mes.

ÍNDICE

RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	25
Psicología de la Salud y cáncer.....	25
La Psicooncología	28
Calidad de Vida	30
Aspectos conceptuales y teóricos.....	30
Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en el cáncer	32
Calidad de vida relacionada con la salud en el cáncer de mama.....	36
Las valoraciones y los afrontamientos	37
Variables psicológicas asociadas al impacto del cáncer	41
Preocupaciones.....	42
Ansiedad y Depresión	46
Variables sociales asociadas al cáncer al impacto del cáncer	48
Acceso a la justicia	49
Apoyo social y familiar	57
Modelo hipotético para el abordaje del cáncer de mama	63
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN GENERAL.....	65
Objetivo general	65
Objetivos específicos	65
Hipótesis de investigación	65

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	66
Diseño de investigación.....	66
Selección de la muestra.....	66
Variables.....	69
Instrumentos de Medición.....	70
European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30).....	70
Cuestionario de Valoraciones.....	70
Escala de Estrategias de Afrontamiento.....	71
Preocupaciones.....	71
Ansiedad y depresión Mini-MASQ.....	71
Escala de Acceso a la Justicia.....	72
Apoyo social y familiar.....	72
Procedimiento.....	72
Análisis estadístico.....	73
RESULTADOS.....	74
DISCUSIÓN.....	95
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	134
Anexo 1. Consentimiento informado.....	134
Anexo 2: Encuesta sobre datos sociodemográficos.....	137
Anexo 3: Escala de Preocupaciones.....	138

Anexo 4: Escala de Ansiedad y Depresión	139
Anexo 5: Escala de Acceso a la Justicia.....	141
Anexo 6: Escala de Apoyo Social.....	142
Anexo 7: Escala de Afrontamiento	144
Anexo 8: Escala de Valoraciones.....	145
Anexo 9: Escala de Calidad de Vida	146

RESUMEN

El cáncer de mama durante los últimos años ha ido escalando posiciones hasta convertirse en la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. Es impostergable aterrizar el problema en las cuestiones de acceso a la atención médica y su variabilidad a nivel mundial, principalmente en Latinoamérica; donde el escenario de la detección temprana es increíblemente bajo (por ejemplo, en EE.UU. el 60% frente a México el 10%). El acceso a la justicia vinculado a la salud es visto como un derecho humano que instituye la obligación de los gobiernos de proveer, mejorar y proteger la salud de manera colectiva y a sus ciudadanos de forma responsable. La propuesta fue: analizar la relación entre acceso a la justicia, ansiedad-depresión, preocupaciones, apoyo social, valoraciones, afrontamiento y su impacto en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama a través de un diseño no experimental correlacional, no probabilístico por conveniencia. El estudio está en correspondencia con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de impulsar acciones y programas para la prevención del cáncer de mama y resulta novedoso en materia de coberturas de salud y acceso a servicios médicos en América Latina. Se aplicaron un total de siete escalas en línea y presencial en centros de salud con una muestra total de 178 mujeres (Cuba n=121, México n=53, Otros n=4). Se realizaron medias y desviaciones estándar de las variables continuas y frecuencias de las variables categóricas, se calcularon las alfas de Cronbach y se hicieron análisis factoriales confirmatorios a las escalas mediante los programas SPSS v. 25 y EQS v. 6.1. Se trazó un modelo de trayectorias y dos versiones de modelos estructurales que evidencian que el acceso a la justicia influye en la calidad de vida a través de las variables psicológicas. Los resultados indicaron que el modelo tuvo una $R^2=.430$ que representa un 43% de la varianza explicada en la calidad de vida. Estos resultados generan una evidencia para promover un cambio en las políticas públicas de salud y protocolos de actuación sobre cáncer de mama.

Palabras Clave: Calidad de vida, acceso a la justicia, ansiedad-depresión, cáncer de mama

INTRODUCCIÓN

“Las estadísticas no son sino personas que han debido enjugar sus lágrimas.”

Profesor: Irving Selikoff

El cáncer, según estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha convertido en una preocupación de la comunidad científica y desde hace algunos años ha pasado a ser la segunda causa de muerte a nivel mundial. Es una enfermedad que ha cobrado más de diez millones de vidas y ha alcanzado un promedio de 19,3 millones de personas, según los informes estadísticos del Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN), (OMS, 2021a; Sung et al., 2021). La enfermedad es como una explosión que se expande a nivel mundial y ejerce una gran carga física, emocional y financiera teniendo un impacto en la familia, la comunidad y el Estado, para el cual genera grandes gastos en servicios de salud.

En toda América el cáncer muestra igualmente estadísticas alarmantes, en correspondencia con las cifras a nivel mundial. Para el 2020, un aproximado de 4 millones de personas fueron diagnosticadas con distintos tipos de cáncer y 1,4 millones murieron como resultados de padecer esta enfermedad o complicaciones asociadas a ella, (Ferlay et al., 2021). La mayoría de los diagnósticos y las muertes relacionadas con el cáncer ocurren alrededor de los 60 años en adelante; lo que genera un impacto importante en la vida emocional de las familias. Los tipos de tumores malignos que presentaron una mayor frecuencia de aparición a lo largo del 2020 fueron: mama (25,4 %) y pulmón (8,5 %), (OMS, 2021c).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) presenta datos similares de la problemática a nivel mundial. Hasta el 2019, el cáncer se encontraba en el tercer lugar entre las principales causas de muerte de los mexicanos, teniendo por delante a las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus. Con la llegada del COVID-19, los pacientes con cáncer pasaron a ser una de las poblaciones más afectadas debido a la situación epidemiológica,

ya que se retrasaron y/o modificaron muchos de los tratamientos oncológicos. Esta situación de vulnerabilidad se volvió especialmente alarmante en pacientes con cáncer de mama, las cuales, constituyeron la mayor proporción de pacientes oncológicos del país y también lideraban las estadísticas de mortalidad relacionada con el cáncer, (Villarreal-Garza et al., 2021). En el año 2020, se diagnosticaron en el país un total de 195 499 nuevos casos y fallecieron a causa de esta enfermedad 90 222 personas (INEGI, 2021).

El cáncer de mama ha ido aumentando en los últimos años hasta desarrollarse como la principal causa de muerte en las mujeres. Este hecho es parcialmente ocasionado por el aumento existente en la población a nivel general de la esperanza de vida, la longevidad, la urbanización y la adopción de estilos de vida desfavorables para la salud (OMS, 2021b). Inevitablemente, es una enfermedad difícil de manejar emocional, social y económicamente, pero es impostergable desmitificar el hecho de que padecer un cáncer es igual a la crónica de una muerte anunciada. Las organizaciones internacionales están intentando abordar el tema con urgencia para dar respuesta a la situación actual a través de protocolos de intervención y de acceso a la salud que incorporan los derechos humanos, las personas, las comunidades y los gobiernos (Cazap et al., 2018).

Particularmente, se identificó al cáncer de mama entre los diagnósticos de tumores malignos más frecuentes del año 2020, con cifras de 2,26 millones de nuevos casos y causando la muerte a 685 000 personas según la OMS (2021a), por lo cual se sitúa como la principal causa de muerte por neoplasias malignas en las mujeres. Para las mexicanas, el cáncer de mama, fue el tumor más frecuente durante el año 2020 con 29 929 nuevos casos y 7 931 defunciones, (OMS-México, 2020). Puntualmente, el estado de Sonora se encuentra dentro del grupo de entidades federativas que registran las tasas más altas de defunciones por tumores malignos según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021).

La problemática actual del cáncer y sus alarmantes cifras son el resultado de las posibilidades de acceso a la salud que los gobiernos son capaces de proveerles a las pacientes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) refiere que, en los países de medianos y bajos ingresos, la incidencia por cáncer de mama es menor, pero la mortalidad es mayor. Asimismo, Momenimovahed & Salehiniya (2019), refieren que más del 80% de las mujeres acuden a los servicios médicos en un estadio de la enfermedad avanzado, con metástasis o tributaria de cuidados paliativos, lo que demuestra que la incidencia es menor, pero la tasa de mortalidad es mayor en las regiones de bajos ingresos. Sin dudas, el diagnóstico temprano a través de un acceso eficaz a los servicios de salud es la mejor oportunidad en la lucha contra los tumores de mama; según Shirzadi et al. (2020) esto puede ayudar a disminuir los costos del tratamiento, reducir la carga de la enfermedad y lograr una mejor calidad de vida (CV).

Las mujeres con cáncer de mama desde la espera del diagnóstico se enfrentan a una serie de problemas psicológicos, médicos y sociales relacionados con las distintas etapas del proceso. Siguiendo la línea discursiva de Pérez y colaboradores, es una enfermedad que provoca un desajuste emocional en la vida del paciente y su familia, debido a sus connotaciones psicosociales (Pérez et al., 2018). Consecuentemente, es necesario un despliegue de herramientas de infraestructura a nivel nacional que brinden las soluciones pertinentes a los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Por lo que se estima que para el año 2030, el 46% de las personas pobres del mundo vivirán en áreas caracterizadas como frágiles o afectadas por conflictos (ONU, 2018). Este último dato atenta considerablemente contra un diagnóstico precoz del cáncer de mama y elimina casi en su totalidad la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado y la sobrevivencia ante la enfermedad.

La magnitud del problema se hace evidente cuando se analiza no solo en cifras sino en el impacto que provoca en la vida de los pacientes y de todos los que le rodean. Debe señalarse que el cáncer desde su diagnóstico hasta el final de la vida es como una granada en las manos del

paciente y sus esquirolas tienen un largo alcance hacia la persona que lo padece, la familia, la comunidad y el Estado en general. Dentro de este marco, su impacto requiere de un abordaje biopsicosocial donde las autoridades sanitarias y los gobiernos adopten una posición activa para la detección temprana de la enfermedad y el acceso oportuno a los tratamientos. Pues no se puede hablar de la problemática del cáncer solo mencionando cifras, porque el mundo emocional que hay detrás del número es urgente abordarlo.

En la medida de lo posible el estudio pretende aportar resultados relevantes que abran el camino hacia transformaciones políticas y acciones de salud encaminadas a mejorar la CV de las pacientes; y hacia la identificación de barreras psicológicas, médicas y sociales que obstaculizan el diagnóstico temprano y los tratamientos oportunos. El abordaje del acceso a la justicia y del apoyo social resulta pertinente y revolucionario en vías de que se haga efectivo el acceso a un servicio de salud digno, en términos de equidad y de calidad de vida para todos.

La importancia de estudiar el acceso a la justicia como un derecho humano de los pacientes con cáncer de mama para acceder a los servicios de salud y a otros recursos que permitan el mejoramiento de su CV es un tema novedoso dentro del campo de la Psicología. Se tiene la intención de abordar la problemática desde la subjetividad de las pacientes; dejando claro que las posibilidades para acceder a un diagnóstico temprano y a tratamientos oportunos, es un derecho que le está siendo negado a un porcentaje importante de la población. Además, a largo plazo afecta la CV de los pacientes, de su familia y de la población en general.

La investigación muestra relevancia social en el sentido que permitirá crear un punto de partida clave en el diseño y la implementación de distintos programas eficaces para la atención y diagnóstico precoz del cáncer de mama. Cabe considerar que sentará las bases para el desarrollo de políticas públicas, privadas y de salud que permitan derribar las barreras de acceso a la justicia que enfrentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. El estudio está en

correspondencia con la visión de las investigaciones y planes de acción de las organizaciones no gubernamentales sobre el cáncer de mama y el acceso a la salud.

Se tiene la intención de aportar información de valor teórico, que ayude en la elaboración de acciones coordinadas para la atención en salud y se ofrecerá una mirada integral sobre la problemática en cuestión. La información que se pretende recopilar con este estudio puede servir para argumentar las bases teóricas sobre el impacto biopsicosocial del cáncer de mama y futuras maneras de abordar el problema. De hecho, el presente estudio procura ofrecer un camino viable para una amplia gama de problemas prácticos vigentes en los servicios de Oncología. Tales como, el estado físico y emocional de las pacientes durante los tratamientos y el impacto del proceso oncológico en la valoración de los síntomas. Probará un modelo teórico de salud y enfermedad que permitirá conocer mejor el comportamiento de las variables afrontamiento y valoración con relación al cáncer de mama.

Desde una perspectiva general no se han encontrado estudios precedentes que aborden el tema del acceso a la justicia como variable a tomar en cuenta a la hora de analizar el impacto del cáncer de mama. Por lo cual, el acceso a la justicia se verá en la investigación que se pretende realizar como derecho humano para acceder a la salud. Según la bibliografía consultada, se puede establecer una relación entre el acceso a la salud como derecho humano en función de las barreras con las cuales se encuentran las pacientes para acceder de forma oportuna y temprana al diagnóstico precoz; y la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado en términos de equidad.

Hasta ahora, no existen estudios consecuentes que permitan caracterizar la lógica de transformación en cuanto a cobertura de salud y acceso a los servicios médicos y sus correspondientes resultados en el cáncer de mama. Por lo tanto, el acceso a la información y el

acceso a las tecnologías de la salud, fungen como un derecho humano para hacer frente a las inequidades sociales en términos médicos.

El estudio tiene una gran importancia desde el aspecto metodológico ya que va a proponer un nuevo enfoque para el abordaje del cáncer de mama, donde se van a poder comparar las variables psicológicas, médicas y sociales. Visto de esta forma aportará datos relevantes sobre cuáles de estas variables tienen mayor peso en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y en la adaptación psicosocial al cáncer. De esta manera se probará el carácter científico y novedoso de la investigación, ya que no se ha estudiado anteriormente la correlación de estas variables a través de la propuesta de un modelo hipotético que las relacione y que incluya el acceso a la justicia como una variable de impacto en la CV.

Es fundamental para salvar vidas, analizar el entorno alrededor del número o la estadística, de las que forman parte las pacientes al recibir un diagnóstico de cáncer de mama. Los servicios de atención debieran garantizar el acceso a los tratamientos de forma oportuna y eficaz. Deben ser concebidos como prioridad desde su base, es decir, la detección temprana de la enfermedad y la igualdad de oportunidades para acceder a los tratamientos que van a salvar sus vidas. En este sentido, la presente investigación pretende analizar la problemática del cáncer de mama a través de un conjunto de variables psicológicas, médicas y sociales que generan valoraciones y estrategias de afrontamiento que a su vez provocan un impacto en la CV del paciente. El modelo de abordaje psicológico que se propone pretende incluir el acceso a la justicia como una variable médica a la cual el paciente debe tener acceso como un derecho humano. Por estas razones se plantea como objetivo general de la investigación:

Analizar la relación entre ansiedad, depresión, preocupaciones, acceso a la justicia, apoyo social, afrontamiento y valoraciones en el impacto de la calidad de vida de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Antecedentes

Son numerosos los estudios que se han realizado en el ámbito del cáncer de mama. Esos estudios han servido para trazar el camino en cuanto a los conocimientos vigentes de la enfermedad y la manera de abordar la problemática. El impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de supervivencia, ha sido estudiado poniendo el centro de atención en la experiencia de las pacientes durante este periodo y no en el tiempo ni en el pronóstico de supervivencia (Vivar, 2012). Se realizó una revisión narrativa a través de búsquedas bibliográficas en la base de datos Pubmed que ofreció como resultados tres áreas específicas para evidenciar el impacto psicosocial del cáncer de mama: físico, psicológico y social. Las secuelas físicas identificadas fueron mastectomía, menopausia temprana, linfedema e infertilidad. Dentro de las secuelas psicológicas se encontraron el estrés emocional y el miedo a la recidiva de la enfermedad y en las secuelas sociales los cambios en la esfera laboral y familiar.

Otro estudio realizado por Castillo y colaboradores, (Castillo et al., 2017) con el objetivo de identificar la repercusión desde lo psicológico y lo social del cáncer en la paciente y su familia, aportó como resultados que la respuesta emocional varía según determinados factores. Por ejemplo, la experiencia previa con la patología (ya fuera en un familiar cercano o como recaída de la enfermedad), el sistema de apoyo, el tipo de tratamiento y la situación personal y familiar desde el punto socioafectivo y económico en el momento del diagnóstico. En otros estudios, el impacto del cáncer de mama sobre aspectos psicológicos o variables psicosociales que afectaban la CV de las pacientes, desde el diagnóstico de la enfermedad, durante todo el proceso y hasta el final de la vida. En una investigación mexicana realizada por (Martínez et al., 2014) cuyo objetivo fue describir los aspectos psicológicos del cáncer de mama y la mastectomía, se evidenció que el momento en que más se deteriora la CV es durante el tratamiento. Esto sucede debido a los efectos secundarios y las secuelas que provocan la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia en la autoimagen y en las relaciones sociales y maritales.

Chanduvi y colaboradores (Chanduví et al., 2015) argumentaron que el nivel de CV y la adopción de alguna estrategia de afrontamiento no tienen relación alguna. Sin embargo, la mayoría de su muestra refirió un nivel de CV entre alto y muy alto y adoptó como estrategia de afrontamiento el acercamiento a la religión. En este mismo sentido Arrieta y colaboradores (Arrieta et al., 2019) hallaron correlaciones positivas entre estrategias de afrontamiento activas y CV y entre estrategias de afrontamiento pasivas y un deterioro de la CV. Por lo que se concluye que los resultados pueden estar mediados por el estadio de la enfermedad y la situación psicosocial del paciente. En la misma línea de ideas, la relación entre CV y afrontamiento estudiada por Moreno (Moreno, 2016), permitió concluir que hay dos formas de afrontamiento: activo y pasivo y que el afrontamiento activo apunta hacia una mejor CV en pacientes oncológicos.

De igual manera, las distintas estrategias de afrontamiento y su relación con la CV fueron abordadas por Mayorga & Peñaherrera (2019). Los resultados indicaron que las calificaciones más altas en cuanto a las dimensiones de autonomía, religión, búsqueda de apoyo social y en las áreas de síntomas y funcionamiento tuvieron un impacto en la CV. Por otra parte, Torrecilla y colaboradores (Torrecilla et al., 2016) refirieron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad predisponían negativamente a la percepción de la CV de la paciente con cáncer. Por otro lado, Lostaunau et al. (2017) relacionaron la contribución del estrés y el afrontamiento en los componentes físicos y mentales de la CVRS en mujeres con cáncer de mama. Se obtuvo que el tipo de tratamiento y el estrés influyeron en los cambios relacionados con el componente físico de la CVRS. Mientras que el estrés percibido y traumático relacionado con el estilo de afrontamiento centrado en las emociones se relacionaron significativamente con el componente mental de la CV.

De igual manera la relación entre CV, estrés y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama ha sido motivo de estudios de otros autores como Golden-Kreutz et al. (2005), quienes se

propusieron evaluar la relación entre los diferentes niveles de estrés por el cáncer en distintos momentos de la enfermedad y su predisposición en la CVRS. Los resultados obtenidos predijeron menores niveles de CVRS a largo plazo en pacientes con niveles altos de estrés (percibido y traumático) en el inicio del tratamiento. Asimismo, Van Laarhoven et al. (2011) encontraron mayores niveles de CVRS en estrecha relación con el desarrollo de las estrategias de afrontamiento de aceptación y religiosidad. Por otro lado, Yang et al. (2008) sugieren que el estrés percibido es un ingrediente determinante entre el afrontamiento y la CVRS, pues a mayores síntomas de estrés aumentaba la probabilidad del uso de tácticas de afrontamiento evasivas.

De forma general, los investigadores que han centrado su atención en el afrontamiento en el paciente con cáncer han identificado diferentes tipos de estrategias para adaptarse a la enfermedad. Autores como Ortiz et al. (2014) reportaron la búsqueda de apoyo profesional, la religión y la solución de problemas como estrategias de afrontamiento en el cáncer. De igual manera, el espíritu de lucha, el fatalismo, el apoyo social y el pensamiento desiderativo fueron relevantes (Rodríguez et al., 2012; Haro et al., 2014). Por otro lado, Bussell y Naus (2010), estudiaron la relación entre el afrontamiento y la angustia en pacientes con cáncer de mama durante la quimioterapia. Sus resultados arrojaron que el afrontamiento centrado en las emociones como la desconexión, el desahogo, la negación y la culpa a si mismo se relacionaron con la presencia de angustia física y psicológica. Asimismo, Pérez et al. (2017) mostraron una relación entre las estrategias de afrontamiento, las variables sociodemográficas y clínicas y el apoyo social percibido. La dimensión de mayor relevancia fue el apoyo afectivo y los afrontamientos más frecuentes fueron la evitación comportamental y cognitiva.

Puntualmente, Rojas y Gutiérrez (2017) destacaron que la ansiedad aumentaba a medida que avanzaba la enfermedad y citaron una serie de factores personales y sociales asociados al cáncer que incrementaban la posibilidad de padecer ansiedad como un trastorno, durante el

tratamiento oncológico. De igual manera se han estudiado los patrones funcionales de la personalidad, los estados emocionales negativos, como la depresión, la ira, la ansiedad, la imagen corporal y la autoestima en pacientes con cáncer de mama (Llantá et al., 2005; Rojas y Gutiérrez, 2017).

Para Barroilhet et al. (2005) las preocupaciones, los miedos, los cambios en el estilo de vida y el malestar psicológico, representan variables de gran importancia a incluir en el modelo de abordaje para el cáncer de mama. Según Tesfaw et al. (2020), las variables psicológicas asociadas al impacto del cáncer son: la falta de conocimiento, el miedo, las creencias y la falta de confianza en los servicios médicos. Sin embargo, para Shirzadi et al. (2020), la imagen corporal y la interferencia en las relaciones sexuales pueden estar en estrecha relación con la idea de aplazar la decisión de someterse a una mamografía exploratoria.

El daño provocado por la enfermedad en la autoimagen y en el desempeño físico también tuvo un impacto negativo en la CV para Larsson et al. (2010), el cual refiere dos momentos críticos para estas valoraciones: primero en el momento del diagnóstico y posteriormente después de la mastectomía. En el mismo tenor, el funcionamiento de roles, el dolor y la fatiga relacionadas con las variables sociodemográficas fueron significativas para mujeres solteras según Sat et al. (2011). Los autores concluyen que el hecho puede ser el reflejo del impacto psicoemocional en la CV de una mujer que no cuenta con una pareja, ni con una red social de apoyo. De igual manera, Rojas y Gutiérrez (2017) refieren que la presencia de estas variables conduce hacia un peor ajuste de forma general de la enfermedad y a una peor CV. Así, Cosedine et al. (2004) refieren que la ansiedad, el miedo y la preocupación son descritas como variables facilitadoras o como barreras de la detección del cáncer de mama.

En otro sentido, Martínez (2018) no encontró relación entre CV y apoyo social, por tanto, evidencia que las variables son independientes la una de la otra. Por el contrario, el apoyo de

una red social primaria fue una variable significativa para Rodríguez (2015) y para Rengifo (2017), la importancia del apoyo social y su relación con el funcionamiento emocional y fisiológico en pacientes con cáncer de mama fue un resultado relevante. Además, este autor identificó como principales redes de apoyo, en primer lugar, a la familia, luego a las instituciones de salud y finalmente a los amigos.

El impacto psicoemocional de la enfermedad se evidenció para Triana y Díaz (2018) en variables psicológicas significativas como tristeza, inseguridad, irritabilidad, angustia y miedos. La dificultad en la realización de actividades de esfuerzo físico se identificó en toda su muestra estudiada, lo que evidencia nuevamente la presencia en la dificultad en cuanto a la funcionalidad física y de roles. En este estudio se hace referencia a las preocupaciones que genera el cáncer de mama como enfermedad que atenta contra la vida, las cuales se encontraron dirigidas hacia el bienestar y el futuro de los hijos y la familia después del fallecimiento.

Para Enríquez y Vargas (2018), en un estudio en el noroeste de México, el funcionamiento y el disfrute sexual fueron indicadores relacionados con afectaciones en la CV, principalmente en mujeres casadas, y finalmente la etapa del cáncer mostró tener un impacto negativo en el estado global de la salud, valoración sobre la sexualidad y perspectiva sobre el futuro. En otro estudio realizado por Mejía (2020), la CV se mostró afectada durante la quimioterapia, como resultado del daño de la enfermedad en el placer sexual, la funcionalidad física y la presencia de algunos síntomas como fatiga, alopecia e insomnio.

Para González et al. (2020) en un estudio con mujeres mexicanas con cáncer de mama se encontró que la dimensión más afectada que puntuó para las valoraciones de una CV deteriorada fue la salud física; y como estrategia de afrontamiento aparece un acercamiento a la religión y la búsqueda de apoyo social. En Arce (2020), sus resultados más relevantes apuntaron a que el conocimiento previo sobre la enfermedad no minimizó el impacto emocional que

provoca el cáncer en las pacientes. En la muestra estudiada, el apoyo social emocional, el apoyo familiar y el institucional fueron las estrategias de afrontamiento más utilizadas, seguidas del apoyo en la religión y las creencias espirituales. Igualmente, la religión o las creencias religiosas como estrategia de afrontamiento y el apoyo social ofrecieron resultados de igual importancia en Amaya (2013). La cual realizó un estudio con pacientes de dolor crónico, donde se identificó una correlación significativa entre apoyo social percibido y afrontamiento, y entre apoyo social percibido y afrontamiento activo. En el caso de un estudio realizado por Azevedo et al. (2017) en pacientes tributarios de cuidados paliativos se identificó que, a mayor apoyo social, mejor era la CV funcional. Sin embargo, la CV y el afrontamiento ante el cáncer de mama fueron interés para Krederdt et al. (2020) sin encontrar una relación significativa entre estas dos variables en su estudio.

Triana y Díaz (2018) encontraron que las cuestiones que más afectan a la familia y al paciente en relación con el impacto psicosocial ante el cáncer de mama están referidos a la esfera económica. El estudio refiere los gastos en alimentación, transporte, afectación de la vida laboral y otros como cuestiones fundamentales relacionadas con el cáncer. De estos resultados se puede inferir la importancia de las variables económicas y sociales vinculadas al acceso a la salud que pueden tener un impacto en la CV de las pacientes con cáncer de mama. Otro estudio realizado por Mullapudi et al. (2019) estimó la falta de acceso a la atención quirúrgica segura, asequible y oportuna en menores de 19 años a nivel mundial. Los resultados fueron que 1,700 millones de niños y adolescentes en el 2017 no contaron con las posibilidades de acceder a la atención quirúrgica y 453 millones de niños menores de 5 años ni siquiera tuvieron acceso a la atención quirúrgica básica para salvar vidas.

Los resultados anteriores mostraron la necesidad de plantear estrategias a nivel mundial para el acceso a la salud como derecho humano equitativo para todos y no como un privilegio para algunos. De este modo, la OPS (2017) en sus estudios en la región de las Américas resaltó

que entre el 2013 y el 2014 se hubiesen podido evitar más de 1,2 millones de muertes, si el acceso a los servicios de salud fuera oportuno, eficaz y de calidad para todos. Obviamente, el cáncer de mama, por su incidencia y prevalencia y sus repercusiones en la CV, queda incluido entre las enfermedades que requieren un mayor acceso a los servicios de atención médica y de salud en general para lograr un diagnóstico precoz y una mayor sobrevivencia.

Parfraseando a Ugalde (2018), en su artículo sobre Desigualdades y justicia social: Informe Desigualdades en México 2018, en el cual se proponen una serie de reflexiones para lograr un modelo de justicia social se abordan temas como el acceso a la educación, al empleo, a la equidad en los salarios entre hombres y mujeres y otros temas, pero se queda fuera del debate el acceso a la salud. El derecho humano de tener acceso a los servicios médicos permite a las personas ser más productivas, mantenerse saludables y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. En este mismo sentido, y de forma altruista se propicia el crecimiento de los pueblos. Entonces como se puede pensar en un nuevo modelo de justicia social sin tener en cuenta la posibilidad de acceder a la salud como un derecho humano indispensable. El mayor acceso de las mujeres con cáncer de mama a los servicios de salud no solo es justo, sino necesario, y mejoraría el afrontamiento y la CV ante la enfermedad.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

Psicología de la Salud y cáncer

El cáncer, según la OMS (2021), es una enfermedad no transmisible que comprende un conjunto de enfermedades en sí misma y surge de la división descontrolada de algunas células que comienzan a invadir los tejidos a su alrededor. Este proceso es principalmente el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales y puede comenzar en cualquier órgano o tejido del cuerpo. Así, Ding et al. (2021) plantean que el cáncer de mama es un tumor heterogéneo y vascular dependiente, cuya estructura anatómica interna cambia constantemente especialmente después de la quimioterapia. Es un crecimiento descontrolado de las células mamarias y ha pasado a ser el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, poniendo en peligro la vida y provocando importantes repercusiones psicológicas (Konat-Baska et al., 2020).

Esta enfermedad se está abriendo camino entre poblaciones de mujeres cada vez más jóvenes. Según (Zouzoulas et al., 2020) con tumores de gran tamaño y mal pronóstico, lo que provoca tratamientos agresivos y de gran impacto psicosocial en edades cada vez más tempranas de la vida. La mayoría de las pacientes llegan a las consultas en un estadio avanzado según el criterio de Eiriz et al. (2021), como resultado de que el cribado en mujeres menores de 40 años es prácticamente inexistente, de acuerdo con lo que reporta (Nasim et al., 2020). Aunque la población más vulnerable sigue siendo el grupo de mujeres de 60 años y más, al parecer a medida que va aumentando la edad en la mujer, aumenta también el riesgo de padecer un cáncer de mama (OMS, 2021c). Es prácticamente un padecimiento exclusivo de las mujeres (Momenimovahed & Salehiniya, 2019) y comprende una serie de factores de riesgo como: la edad, el género, el tabaquismo, la obesidad, una dieta inadecuada, el consumo de alcohol en exceso, la predisposición genética, la exposición a radiaciones y otros (Tergas & Wright, 2019).

El cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud grave, que está demandando de forma urgente un abordaje más completo, ya que las estadísticas y la predicción del 2030 indican que aumentará en un 34 % el número de casos diagnosticados en las Américas según la OMS (OMS, 2021b). Es una enfermedad que requiere de la innovación constante de sus métodos de prevención, detección y tratamiento con el fin de lograr un impacto en su morbilidad y el mejoramiento de la CV de los pacientes (OMS, 2017). Es necesario un abordaje interdisciplinario efectivo, que comprenda la evaluación, la terapia psicológica y otros recursos de apoyo que ayuden a mitigar las repercusiones psicosociales que la enfermedad y el tratamiento provocan en la vida de la paciente y su familia (Pérez et al., 2018).

Para explicar el impacto psicológico del cáncer (Llantá et al., 2005) proponen la escala de amenazas de Cohen y Lazarus que se refiere a amenazas a la vida, a la pérdida de la intimidad física y psicológica, a la integridad corporal, a la separación de la familia, a la modificación de los roles socio-profesionales, a la necesidad de depender de otros, a la incapacidad, a la toma de decisiones en situación de estrés, a la necesidad de enfrentarse al dolor, a la hospitalización, a los tratamientos y a la comprensión de la terminología médica, etc. La realidad del paciente oncológico desde la espera de un posible diagnóstico hasta el final de la vida se basa en una tormenta de emociones, preocupaciones, angustias, miedos; en fin, una larga lista de variables y constructos psicológicos relacionados con la necesidad de adaptarse a una nueva realidad en cuanto a su proceso salud-enfermedad.

En armonía con la opinión de Caballero y sus colaboradores Caballero et al. (2021), el padecimiento de una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) como el cáncer y su vertiginoso aumento entre la población mexicana, demuestra la importancia de la Psicología de la Salud para un abordaje interdisciplinario del fenómeno. Se hace impostergable pensarlo no como una estadística en aumento a nivel mundial, sino como enfermedad crónica que a criterio de Grau (2016) amenaza la integridad del sujeto, genera malestar emocional y obliga a modificar

hábitos y costumbres. Además, condiciona la dependencia a otros, afecta la seguridad económica e interfiere en la vida normal causando dolor, incapacidad, incertidumbre, angustia, aislamiento social, miedos y una incesante lucha por conservar la vida, la integridad y la auto-identidad. Cabe considerar que el difícil entramado psicológico al que está forzado a entrar un sujeto diagnosticado con cáncer impulsa a pensar en las palabras de Bayés (2001) que refieren que un hombre/mujer enfermo es sustancialmente un hombre/mujer vulnerable que se siente amenazado por la invalidez, el malestar, la succión por el cuerpo, la soledad y la anomalía.

Esta nueva realidad impone una reestructuración a nivel conductual desde lo personal, lo familiar y lo social y un manejo de las reacciones emocionales de carácter casi obligatorio para la adaptación a la enfermedad y a sus tratamientos (Caballero et al., 2021). Ser diagnosticada con un cáncer de mama, no es solo someterse a los tratamientos e indicaciones médicas, sino que implica adoptar una posición psicológica ante la enfermedad, donde la conducta juega un papel fundamental. Por tanto, la intención médica no puede ser solamente postergar la muerte, debe incluir proporcionar calidad de vida, control del dolor, bienestar, facilitar el camino hacia la adherencia terapéutica, mitigar el sufrimiento y acompañar en los procesos de duelo.

Estos criterios muestran la utilidad del modelo biopsicosocial al aplicarse los aportes teóricos de Taylor (1990) sobre la Psicología de la Salud cuando intenta describir aquellos factores cognitivos en la salud y en la enfermedad que mejoran el afrontamiento de los acontecimientos estresantes. La importancia de la problemática del cáncer y sus características emocionales de largo alcance hacia la paciente, su familia y el entorno que le rodea ha generado un campo de aplicación práctica de la Psicología de la Salud. La necesidad de integrar la Psicooncología al modelo de la psicología de la salud, exige al psicooncólogo una serie de acciones, en materias investigativas, docentes y de intervenciones sociopsicológicas, que imponen un abordaje más allá de la enfermedad, incluso hacia cuestiones relacionadas con la salutogénesis (Llantá, 2021).

La Psicooncología

Con el surgimiento de la Psicooncología se pretende, según Robert et al. (2013), hacer frente desde la prevención, la supervivencia, la adaptación psicosocial, el riesgo genético y el manejo de la comunicación médico-paciente a una enfermedad, en la cual, desde su diagnóstico inicial, de acuerdo a Rojas & Gutiérrez (2017), la paciente comienza a vivir como si hubiese sido arrojada a una trinchera en medio de un campo de batalla. La Dra. Jimmie Holland, definió inicialmente la Psicooncología como una subespecialidad de la Oncología (Holland & Lewis, 2003) también se concibe como una especialidad dentro de la Psicología Clínica y como un campo de interdisciplinaridad de la Psicología y de las ciencias biomédicas (Cruzado, 2003). La Psicología Oncológica es una rama particular de la Psicología de la Salud, siguiendo los pasos de esta disciplina, pero aplicada a la problemática del cáncer (Llantá et al., 2005).

A la Psicooncología le corresponde el estudio del sufrimiento de la mente a causa del cáncer, (Barroilhet et al., 2005; Robert et al., 2013). Además, debe incorporar entre sus objetivos fundamentales las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales en vías de la búsqueda incansable por preservar la CV y ayudar al paciente, a su familia y al personal médico-sanitario. Como especialidad involucrada en la atención a pacientes con cáncer, su objetivo, no es solo determinar las alteraciones en el enfermo; además, tiene la responsabilidad de generar todo un campo de conocimientos teóricos y prácticos, para el diseño de instrumentos de evaluación y de intervención (Rojas & Gutiérrez, 2017).

La psicología oncológica como modelo para la atención del cáncer (Llantá, 2021) estructura una serie de acciones encaminadas no solo al paciente y su familia, sino a la comunidad, como grupo de apoyo. En el caso del cáncer de mama, el trabajo de intervención se dirige hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a través de acciones dirigidas a los grupos vulnerables. Por ende, se pretende sensibilizar a las comunidades sobre la

detección temprana del cáncer de mama, la búsqueda y el tratamiento oportuno de la atención médica y trabajar en la adopción de estilos de vida saludables. En función de lo planteado se busca disminuir los factores de riesgo y generar recursos de apoyo comunitarios que faciliten la reinserción de la paciente en la comunidad y una mejor recuperación ante la enfermedad (Llantá et al., 2005).

El modelo de Psicooncología puede contribuir a la adaptación psicosocial o rehabilitación de la paciente con cáncer de mama a través de la implementación de diferentes protocolos y procedimientos, que permitan el mejor ajuste ante la enfermedad y sus tratamientos. La Psicología Oncológica cuenta con herramientas destinadas a la intervención en las diferentes fases de la enfermedad con la finalidad de ayudar a las personas en la difícil tarea de reescribirse después del cáncer en cuanto a su vida social, familiar, sexual y laboral (Rojas & Gutiérrez, 2017).

La Psicooncología debe encaminar sus líneas de investigación hacia los factores psicológicos y sociales relacionados con la disminución de los tiempos de decisión para acceder a la ayuda médica y a la participación en los programas de cribado del cáncer de mama (Llantá, 2021). De igual manera, en cuanto a las variables psicológicas, se deben abordar cuestiones como la efectividad de proyectos de intervención en pacientes, familiares y equipo médico que den paso a un mejoramiento de la CV y disminuyan las experiencias de sufrimiento. Es necesario abordar cómo se adapta una mujer tratada por cáncer de mama a las secuelas físicas y psicológicas que deja la enfermedad.

Finalmente existe un grupo de variables que tienen una estrecha relación con este impacto físico y psicológico que provoca padecer un cáncer de mama. Estas variables influyen en la valoración que hacen las pacientes sobre la enfermedad y en las estrategias de afrontamiento

que adoptan durante todo el proceso de esta y se pueden dividir en tres grupos: socioculturales, psicológicas y médicas (Barroilhet et al., 2005)

Calidad de Vida

Aspectos conceptuales y teóricos

El término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha tomado gran auge en los últimos años, convirtiéndose en una preocupación latente entre los profesionales de la salud, siendo así la CVRS es lo que percibe la paciente en cuanto a los efectos que provocan en su bienestar, el padecimiento de la enfermedad y sus tratamientos (Grau, 2016). El concepto, proviene de la definición de salud planteada por la OMS en 1948, la cual incorpora los términos bienestar físico, emocional y social y a su vez comprende dimensiones como el estado de salud, el modo y el estilo de vida, estado de satisfacción de la vida y el estado mental. La primera definición que se conoce sobre la CVRS se le atribuye a Calman en 1984, el cual habla de aspectos como la satisfacción, la habilidad de afrontar, la realización y la alegría, (Lemus et al., 2014).

Así mismo, Carpio y colaboradores refieren que la CVRS, es el resultado del conjunto de condiciones biológicas, psicológicas y socioculturales de los individuos, y a su vez es el estado por el cual se define, la forma o el modo, en que los pacientes se ajustan a las situaciones cotidianas (Carpio et al., 2000). Desde este punto de vista, la Calidad de Vida en general (CV) es una compleja interacción entre los factores objetivos (economía, cultura y medio ambiente) y subjetivos como la valoración de su propia vida (Cabrera et al., 2011).

El concepto de CVRS ha ido evolucionando en el tiempo hacia aspectos de salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes y hacia el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza, considerando el impacto de la enfermedad en las diversas áreas de su vida (Grau, 2016). Las limitaciones físicas o de índole psicológico y social que el paciente percibe provocan una disminución de oportunidades de mantener una

adecuada CV debido a la enfermedad, sus secuelas y los efectos adversos del tratamiento. En este sentido existe un consenso en que la CVRS no es el reflejo directo de las condiciones objetivas, sino de la evaluación realizada por el individuo, lo que podría evidenciar que es la apreciación que hace el sujeto de las interacciones con los factores del entorno (Grau, 2016; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Es pertinente aclarar que uno de los problemas relacionados con la CV es de carácter teórico más bien de indistinción conceptual debido a la variedad de conceptos existentes y relacionados con el término (Grau, 2016). Otro de sus problemas igualmente desde la teoría, está asociado a sus componentes subjetivos y objetivos, pues a los componentes subjetivos se relacionan definiciones globales de CV que incluyen otros conceptos como bienestar, satisfacción y felicidad; y a los componentes objetivos se asocian las condiciones materiales de vida o el concepto de nivel de vida. A pesar de estos problemas relacionados con la naturaleza teórica del concepto (Grau, 2020), existe concordancia en la importancia que adquieren algunos puntos en lo que se entiende por CV: es subjetiva, el valor que se le puede asignar a cada una de sus dimensiones es diferente para cada persona, y éste puede variar a través de las diferentes etapas de la vida. Igualmente se identificó su naturaleza inter y/o multidisciplinaria y la valoración que la persona tiene sobre su funcionamiento desde lo psicológico y lo social, como otros puntos de consenso.

Hasta este punto, se observa la evolución del concepto de CVRS hasta convertirse en una importante medida del impacto en la salud o en la enfermedad de los cuidados médicos y en un objetivo terapéutico en sí mismo. Además, pretende proporcionar una evaluación más comprensible e integral del estado de salud de un individuo y/o grupos sociales y se centra en establecer una valoración más acertada sobre los beneficios y los riesgos que pueden derivarse de la atención médica, el acceso a la salud y otros servicios relacionados. Esto conduce al siguiente análisis: si la CVRS es una valoración subjetiva que hace el sujeto de su propia

realidad, entonces no se puede prescindir de la evaluación personalizada o el auto-reporte, porque es la persona enferma la que mejor puede emitir un criterio sobre sus satisfacciones o no con la vida y su situación de salud (Grau, 2016).

En otro orden de ideas, conviene analizar los componentes de la CV y por esto entiéndase si debe ser una medida global o exige un desglose de la categoría en múltiples dimensiones. Por último, aparece una problemática instrumental que arroja la siguiente reflexión: si no existe un consenso sobre lo que se debe evaluar desde la formulación teórica-conceptual, entonces la generación de instrumentos que midan una variable que no está bien definida provoca un problema mayor desde la validez y la fiabilidad (Grau, 2020).

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en el cáncer

A pesar de la imprecisión conceptual y la poca fiabilidad de los instrumentos no se puede perder de vista que la evaluación de la CVRS en el campo de la Oncología es un área de gran aplicabilidad de la CV y de importantes aportes en cuanto a identificar las necesidades y demandas psicosociales del paciente. Su relevancia y uso como medida de evaluación da paso a la evaluación de una amplia gama de dimensiones que han sido diseñadas para distintos tipos de pacientes y patologías (Tuesca, 2005). Sin dudas, la ciencia, es una empresa corregible y creciente por tanto la creación de nuevas formas de evaluar la CVRS no deberá darse por terminada ya que es el único camino para resolver los problemas relacionados con este concepto (Kantor, 2011).

De esta manera los instrumentos de CVRS pretenden discriminar entre los pacientes que tienen una mejor o peor CV aplicados en distintos momentos de la enfermedad y el tratamiento con el fin de comparar las valoraciones del paciente. Las evaluaciones de la CVRS en pacientes oncológicos representan una de las piedras angulares del abordaje del cáncer. Se deberían incluir los recursos, condiciones, políticas y prácticas con que cuentan las pacientes para

enfrentar la enfermedad que pudiesen tener una influencia sobre las percepciones de salud (Grau, 2016). Es necesario ubicar al cáncer en el contexto de una enfermedad crónica que obliga al paciente y a su familia a adentrarse en un cambio en su estilo de vida. Asimismo, se plantea que los instrumentos que miden la CVRS tienen una extraordinaria utilidad para los profesionales de la salud, porque permiten tener una idea más clara sobre el efecto de las intervenciones en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer (Lopera-Vásquez, 2020).

En el mismo orden de ideas, la evaluación de la CVRS en el paciente oncológico se basa en el funcionamiento psicológico y en la medida en que la enfermedad provoca el daño o la pérdida de la funcionalidad física. Este es un constructo teórico que involucra algunas dimensiones que se deben abordar y evaluar según el problema de salud y sus dimensiones se refieren al estado físico, psicológico, espiritual, bienestar, las interacciones sociales y los factores económicos (Salas & Garzón, 2013).

De forma general, sus conceptos e instrumentos han pasado a formar parte de la práctica clínica en el área de la salud, donde juegan un papel sustancial en discusiones científicas y bioéticas, principalmente en los pacientes con enfermedades terminales. De igual manera, Alonso (2000) plantea que estas evaluaciones funcionan como predictores, independientemente de la hospitalización y la utilización de los servicios médicos.

En el campo de la Psicooncología, la CVRS está determinada por la intención de evaluar aquellos factores que tienen que ver con la percepción de amenazas y de recursos conservados que puede referir el paciente en las distintas etapas de la enfermedad (Grau, 2016). Asimismo, tiene el propósito de destinar sus fuerzas hacia la evaluación de aspectos imprescindibles para una CV adecuada como son: el dolor, la ansiedad, la tristeza, el afrontamiento, el apoyo social, las preocupaciones, etc. En la opinión de Alonso (2000), las formas de CVRS deberían incluir las oportunidades de salud, la duración de la vida y aspectos relacionados con la muerte.

Los instrumentos que se utilizan en la evaluación de la CVRS en pacientes con cáncer se clasifican en globales y específicos. Los primeros incluyen algunos instrumentos como el Índice de Calidad de Vida y la Escala de Actividad de Karnofsky. Esta última, fue creada con el propósito de definir el estado funcional de los pacientes con cáncer y apreciada por ser un método confiable rápido y simple; a pesar de no medir CV puntualmente, sino el estatus funcional del paciente (Velarde & Ávila, 2002). El otro grupo lo integran las pruebas específicas, por ejemplo: el Índice de Vida Funcional en Cáncer (FLIC, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC). Este último instrumento, tiene módulos específicos para diferentes tipos de cáncer como es el QLQ-BR23 para tumores de mama (Grau, 2020).

Las nuevas evaluaciones de CVRS apuntan a formular guías y políticas de cuidados en salud, describir el impacto de la enfermedad y servir como indicador de resultados en diseños de ensayos clínicos. Lo importante en este milenio es como se siente el paciente y como tratarlo para mantener o conservar una mejor CV hasta el último minuto. En estudios realizados por Llantá y colaboradores, se ha evaluado la CV en niños y adolescentes a partir de distintas dimensiones como síntomas emocionales, preocupaciones, relaciones familiares, síntomas asociados al tratamiento y otras (Llantá et al., 2016). De esta forma se evalúa la CVRS de forma global, sin perder la riqueza que ofrece la evaluación por dimensiones. Igualmente se tienen en cuenta la valoración del niño como CV percibida y la valoración de los cuidadores (generalmente padres) y profesionales de la salud, como CV reportada, por observadores externos (Mejías et al., 2013).

Por otro lado, se ha puesto especial énfasis en el estudio de la CVRS en los pacientes tributarios de cuidados paliativos o en fase final de su vida, centrandose su atención en la disminución del sufrimiento, del dolor y la preservación de la CV como fenómenos que deben ser analizados en un contexto pluridimensional. Las investigaciones de CVRS en los pacientes al

final de la vida han tenido un auge importante con el desarrollo de los cuidados paliativos, ya que, en los intentos por mantener la vida a toda costa, en ocasiones se incurre en temas éticos relacionados con la dignidad del paciente y se procede con encarnizamiento terapéutico. En este camino, las evaluaciones de la CVRS han tomado un vuelco importante en los últimos años hacia contenidos relacionados con la calidad de muerte, el valor (discutible) de la eutanasia y la evitación de la obstinación o encarnizamiento terapéutico (Grau, 2016, 2020).

Los tipos de instrumentos de CVRS destinados para esta etapa de los pacientes con cáncer en su mayoría se basan en Escalas Analógico-Visuales (EVA), principalmente de dolor; en las cuales el paciente se ubica, según cómo se siente y en función de lo que evalúa la escala. Otra técnica ampliamente utilizada es la herramienta elaborada por Grau y colaboradores (Grau, 2016) sobre la propuesta que hicieron Peñacoba y autores españoles, la cual evalúa de forma sencilla dimensiones específicas de la CV en adultos y sobre la satisfacción de la atención. Además, incorpora una evaluación de satisfacción con la vida a modo de evaluar la CV global. La Escala y el cuestionario de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) también evalúan CV, y esta última incluye un módulo para cáncer terminal (QLQ-C30) y otro más específico sobre la CV en cáncer de mama (QLQ-BR23, (Zermeño, 2017).

Con relación a la CV en el paciente terminal por cáncer, hay un consenso en cuanto a la necesidad de una cobertura de las dimensiones física y biológica que comprenda aspectos relacionados con la enfermedad, síntomas, tratamientos paliativos, edad del paciente y etapa de la vida en la que se encuentra. Por otra parte, desde la dimensión psicológica y social debe haber un ajuste de las metas en cuanto al tiempo de vida y el funcionamiento físico, la expresión de emociones, el manejo de los miedos, la adecuación de las esperanzas y la satisfacción con el cuidado recibido. Por tales razones, los instrumentos de evaluación de la CVRS al final de la vida deben ser no sólo válidos y confiables, sino asequibles, o sea, sencillos, no intrusivos ni

iatrogénicos y comprensibles hasta para pacientes encamados o con determinadas afectaciones (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Calidad de vida relacionada con la salud en el cáncer de mama

La noticia de padecer un cáncer de mama apunta directamente hacia la subjetividad de las mujeres creando conexiones de pensamiento ligadas al deterioro de la imagen corporal y afectaciones en la autoestima. Desde la sospecha del diagnóstico, se activa la preocupación por la dependencia a otros, aparece el duelo como experiencia de pérdida ante la condición de sujeto supuestamente sano y por la sensación de estar más cercano a la muerte. Se puede decir que la figura femenina representa el centro del hogar y el diagnóstico de un cáncer de mama genera como consecuencia el que se vea seriamente afectada la dinámica familiar y el regreso a la vida laboral luego de los tratamientos (Pantoja & Ponce, 2020). Las vivencias que el cáncer deja a su paso son huellas inolvidables para el paciente y su familia, quienes tienen que hacer gala de la resiliencia, el apoyo y el deseo de supervivencia.

Teniendo en cuenta el impacto que la enfermedad provoca en las pacientes con cáncer de mama, las principales dimensiones de la CVRS a evaluar son: el nivel de bienestar físico, social emocional y psicológico (Pantoja & Ponce, 2020). Lo esencial de poder evaluar este concepto es reconocer que la propia percepción de la CVRS depende en gran medida de los valores, el sistema de creencias y la historia personal de la paciente con relación al cáncer. Por lo general el ajuste a la enfermedad se vuelve un hándicap por el temor a los cambios en la CV, a la pérdida de la feminidad, al dolor y la preocupación por la familia (Krederdt et al., 2020).

Hasta este punto se han mencionado las dificultades para evaluar la CVRS de forma efectiva, porque la variable en sí misma es un mega-constructo que comprende tanto aspectos objetivos como subjetivos. Sin embargo, a pesar de ser una tarea difícil es necesario evaluarla,

porque aporta importantes datos sobre cómo se siente la paciente con cáncer de mama sobre el curso de su enfermedad y los tratamientos.

El estudio de la CVRS ha permitido rescatar el sentir de las pacientes con relación a la enfermedad, sus experiencias y puntos de vista en primera persona. De manera integral ha dado paso a identificar los problemas que no son frecuentemente tomados en cuenta en la práctica clínica. Sin embargo, la evaluación de la CVRS en el cáncer de mama igualmente no debe solo centrarse en la efectividad o no de los tratamientos, ni en la simple evaluación de dimensiones, debe incluir aspectos sociales ligado a políticas públicas y de acceso a la salud; porque de alguna manera estos elementos tienen un efecto en los grados de adaptación a la enfermedad.

Las valoraciones y los afrontamientos

La valoración tiene su base en la evaluación individual que hace la persona sobre el significado del cáncer para sí misma y sobre los recursos con que cuenta para enfrentarlo (Barroilhet et al., 2005). El proceso de valoración en sí mismo tiene su base en la hipótesis de que las personas están constantemente evaluando su interacción con el medio. De hecho, el juicio crítico que se realiza de esta interacción influye en las emociones y en el afrontamiento que se logra ante la exposición a distintos eventos. La posibilidad de padecer un cáncer de mama conduce a la persona a un cambio de sus metas y preocupaciones tal y como las tenía concebidas hasta el momento, pudiendo modificar sus proyectos y sentidos de vida.

Consecuentemente con lo anterior, las creencias que tenga la persona sobre el cáncer y otros argumentos desde el punto de vista cognitivo dan paso a la formación de una valoración positiva o negativa que se crea el paciente sobre la enfermedad. La evaluación que se haga del evento causa una respuesta emocional basada en esa valoración. En este mismo sentido, Arnold (1960) refiere que el primer paso en la emoción es una evaluación inicial de significado de la situación, que en este caso es el cáncer. La propia Magda Arnold definió la valoración como

causal de la emoción y como un proceso directo, inmediato e intuitivo que no requiere en su inicio el reconocimiento del objeto que se valora.

Las valoraciones se pueden clasificar en dos tipos primaria y secundaria. Este tipo de clasificación fue planteada por primera vez por Lazarus & Folkman (1986) los cuales refirieron que la evaluación o valoración primaria evalúa dos aspectos de la situación: relevancia y congruencia motivacional. La relevancia motivacional se refiere al grado de importancia de la situación para el individuo, es decir a mayor relevancia mayor será la respuesta emocional ante el evento; y la congruencia evalúa la consistencia o no de la situación con los objetivos del sujeto. Por otro lado, la valoración secundaria comprende la evaluación de los recursos y personas con que se cuenta para hacer frente a la situación y el hecho de quien es responsable o no por ella. Además, incluye el potencial de afrontamiento del sujeto, ya sea centrado en el problema o en las emociones y tiene en cuenta los cambios en las expectativas en función de la congruencia motivacional (Lazarus, 1991).

Las valoraciones en el cáncer pueden sugerir niveles de daño y pérdidas, según las distintas etapas del cáncer. En el caso de la valoración primaria en los pacientes con cáncer, ésta puede estar influenciada por las creencias y valores del paciente, de hecho, es una evaluación del significado personal de la enfermedad en términos de pérdidas reales o desafíos individuales. Asimismo, la valoración secundaria se relaciona con el grado en que el paciente logra controlar o cambiar la situación generada por la enfermedad y los estilos de afrontamiento que utiliza para lograr el ajuste a la misma (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1986).

De esta forma, otro aspecto que influye en la valoración de una paciente con cáncer de mama suele ser la recurrencia del evento o situación, en este caso la recidiva de la enfermedad que puede provocar una valoración negativa en cuanto a la pérdida de las esperanzas, de la autonomía y un cambio radical en los proyectos futuros. Además, esta valoración va a estar

indudablemente determinada por la etapa del ciclo vital influyendo de manera directa en la toma de decisiones por parte de la paciente y de su familia (Barroilhet et al., 2005).

Una vez que se valora el cáncer como un evento estresante, el paciente evalúa el nivel de amenaza y adopta estrategias de afrontamiento para intentar reducir el daño potencial. De esta forma, se ve el carácter multidimensional del afrontamiento gracias a que estas tácticas dependen del contexto y de las características del evento desbordante (Moreno, 2016). Del mismo modo se puede decir que las personas ajustan sus estrategias de afrontamiento en función de la intensidad de su respuesta emocional y de sus habilidades para regularla. Se puede inferir que la utilización que cada sujeto hace de un tipo de afrontamiento o de otro, depende en gran medida de su aprendizaje social o como resultado de un comportamiento fortuito ante una situación de emergencia.

Para enfrentar el cáncer la paciente tiene que hacer uso de ciertas habilidades, a las que Lazarus & Folkman (1986) nombraron estrategias de afrontamiento. La propuesta de estos autores se centra en la resolución de problemas que se perciben como amenazas entre las personas y su entorno. Además, son los pensamientos o procesos cognitivos conductuales que la paciente desarrolla para adaptarse a las demandas específicas de la enfermedad que son evaluadas como desbordantes de sus recursos personales (Arrieta et al., 2019).

La literatura ha descrito tres estrategias de afrontamiento, la primera centrada en las emociones como el alejamiento, el autocontrol y la reevaluación positiva, la segunda centrada en la resolución de los problemas como son: confrontación y planificación; y la tercera centrada en el significado. Las estrategias centradas en las emociones contribuyen a que los pacientes con cáncer regulen su nivel de sufrimiento emocional y las centradas en los problemas les orientan hacia la búsqueda de información y hacia la resolución de conflictos pendientes. Por su parte, las

estrategias de significado favorecen la comprensión y el impacto de la enfermedad (Barroilhet et al., 2005).

Los afrontamientos centrados en las emociones incluyen inevitablemente otras variables como el apoyo social y emocional, basado principalmente en la comprensión y en el soporte moral (Báez et al., 2020). Otro afrontamiento relacionado con las emociones es el desahogo, que no es más que situar la energía en las experiencias negativas y permitirse exteriorizarlas, este afrontamiento ayuda a la paciente a liberarse un poco de esa carga emocional que impone padecer un cáncer. Sin embargo, en muchos casos este desahogo está permeado por conductas de negación y sentimientos de culpa, donde predomina la interrogante de por qué le pasa esto. Este tipo de actitudes favorece la aparición de factores de riesgo como el estrés y las emociones asociadas (depresión, ansiedad, angustia) y aleja la posibilidad de adoptar un afrontamiento centrado en la razón (Ortiz & Maldonado, 2019). Las formas de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen más posibilidades de desarrollarse cuando no hay mucho por hacer para modificar la amenaza del entorno, mientras que las estrategias centradas en el problema aparecen con mayor frecuencia cuando la situación concebida como desbordante es susceptible a cambios (Moreno et al., 2018).

En cuanto a la utilización de modelos para explorar los afrontamientos, el modelo más popular es la propuesta de Lazarus & Folkman (1986) que responde a la teoría del estrés y el afrontamiento. Este postulado teórico pretende explicar los mecanismos o las estrategias que pone en práctica el sujeto para enfrentarse al estrés. El modelo se refiere a las demandas externas e internas, ambientales o personales que superan su capacidad de respuesta y recursos y que por consecuencia se convierten en una amenaza para su bienestar (Amaya & Carrillo, 2015).

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el afrontamiento es el Inventario de Estimación de Afrontamientos /COPE, creado para evaluar las diferentes respuestas al estrés teniendo en cuenta las situaciones que lo provocan. Este inventario permite obtener una organización de los estilos de afrontamiento como, por ejemplo, la planificación, la supresión de actividades competentes, la búsqueda de apoyo social, aceptación, negación, desentendimiento y otros, (Chanduví et al., 2015). También se utiliza con igual frecuencia el Inventario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Inventory/ WOC) el cual pretende evaluar la emoción y el problema en sí mismo. En su contenido comprende ocho subescalas que abordan el afrontamiento, el apoyo, la negociación, el autocontrol, la aceptación de responsabilidad, reevaluación positiva, escape/evitación y solución de problemas.

En el mismo sentido, el Inventario de Afrontamiento CSI evalúa en qué grado se utilizan las estrategias de afrontamiento activas o pasivas ante el estrés. También se utiliza la Escala de Estrategias de Coping Modificada, que comprende doce factores o estrategias de afrontamiento como son la solución de problemas, la reacción agresiva, la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva, la espera, la evitación emocional, la religión, la búsqueda de apoyo profesional, la evitación cognitiva, la expresión y la negación (Ortiz Garzón et al., 2014). Por otro lado, algunas categorías sobre los distintos tipos de afrontamiento en pacientes con cáncer han sido validadas a través del cuestionario Adaptación Mental al Cáncer (MAC) el cual agrupa cinco estrategias de afrontamiento, relacionadas con el espíritu de lucha, estrategias de evitación y aceptación estoica, así como preocupación ansiosa, desamparo y desesperanza (Barroilhet et al., 2005).

Variables psicológicas asociadas al impacto del cáncer

Al introducir el tema de las variables psicológicas asociadas a la evaluación y afrontamiento del cáncer de mama, muchos son los autores que han aportado sus

conocimientos teóricos y experiencias prácticas en la atención e investigación de dicha problemática.

Preocupaciones

Las preocupaciones, constituyen una variable psicológica imprescindible en el abordaje de la problemática del cáncer de mama. Es un término que ha tomado auge en las investigaciones en los últimos años. Por ejemplo, Prados (2002) refiere que la preocupación se ha convertido en un problema científico actual. Además, explica que es un fenómeno o tipo de actividad cognitiva que influye en la conducta, en la cual los sujetos anticipan una posibilidad indeseada. De otra manera, la preocupación es definida por Borkovec & Hu (1990) como una cadena de pensamientos o actividad lingüística que incluye las acciones verbales y las imágenes.

La preocupación es algo cotidiano presente en todas las etapas del ciclo vital que no debería ser visto exclusivamente, como un fenómeno patológico. Desde una percepción no patológica, la preocupación cumple importantes funciones en la previsión de amenazas potenciales y en la preparación del sujeto para afrontarlas. En armonía con la idea anterior, se describen a la preocupación como un intento de solución mental de problemas, a pesar de la posibilidad de sus consecuencias negativas (González et al., 2012).

La preocupación, desde una mirada patológica se vincula a la ansiedad elevada, el malestar emocional, o a una disminución en la efectividad para resolver problemas cotidianos; y en su manifestación clínica grave con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Nuevo et al., 2003). Según Holaway et al. (2006) las personas que experimentan una preocupación patológica la califican como más generalizada y menos controlable. La preocupación intensa puede conducir al miedo, y sostenida en el tiempo provoca una predisposición, hacia la enfermedad (Prados, 2002). También puede convertirse en un síntoma crónico, iniciando con

un pensamiento intrusivo involuntario, el cual puede activarse de forma volitiva en función de la percepción (Papageorgiou, 2006).

Las preocupaciones pudieran cambiar en cuanto a sus contenidos, debido a las motivaciones y necesidades de cada etapa del ciclo vital. En esta línea de pensamiento, se hace referencia que en la juventud las preocupaciones se orientan principalmente hacia el futuro, mientras que, las personas mayores están más centradas en situaciones del presente (Nuevo et al., 2003). El género también ha mostrado evidencias en cuanto a las preocupaciones, algunos estudios citados por (Holaway et al., 2006) sugieren que las preocupaciones y el TAG son más frecuentes en las mujeres y las preocupaciones por cáncer también (McQueen et al., 2008).

Estas ideas, orientan el pensamiento hacia las preocupaciones por el cáncer. No es lo mismo un tratamiento de cáncer en la juventud donde las preocupaciones están centradas en planes y proyectos del futuro, en la planificación de formar una familia y en el desarrollo profesional que permite una estabilidad económica; que en la etapa de la senectud donde las necesidades son de trascendencia, centradas en el aquí y el ahora, y en el mantenimiento de la salud para la preservación de una CV adecuada, teniendo en cuenta la presencia de algunas ECNT como el cáncer.

Las preocupaciones y su estrecha relación con el cáncer han sido una importante variable en marcos y modelos teóricos a la hora de implementar distintas intervenciones encaminadas a la detección (McQueen et al., 2008). Las preocupaciones por el cáncer (Christy et al., 2018), pueden afectar las conductas relacionadas con la detección de la enfermedad, en dos direcciones diferentes: hacia inhibir la conducta de detección o hacia su lado opuesto, facilitando un comportamiento que la detecte de forma precoz.

De esta manera, las preocupaciones han ocupado un papel relevante en las investigaciones sobre cáncer, pero como variable asociada a la detección de la enfermedad. La

historia de los estudios sobre las preocupaciones por el cáncer se remonta al año 1940, cuando aparece el término “cancerfobia” (Hay et al., 2006). Este evento representó un primer intento por conceptualizar las preocupaciones, en este caso patológicas, relacionadas con la posibilidad de padecer cualquier tipo de cáncer, haciendo hincapié en la emoción negativa o el efecto relacionado con el cáncer.

Hágase notar, que la preocupación hasta ahora se ha centrado en la posibilidad de padecer un cáncer, y en esa alarma que se activa a nivel mental, que conduce al sujeto hacia una posible detección de la enfermedad. Siguiendo el mismo hilo conductor, la Escala de Preocupaciones en Cáncer de Mama, es una estrategia de medición de las preocupaciones por cáncer y el grado en que éstas afectan el funcionamiento diario de las pacientes (Cabrera et al., 2011). Entonces, que pasa con aquellas preocupaciones, ya no por el cáncer, sino como resultado de él, como intruso en el organismo.

Las preocupaciones antes de recibir un diagnóstico y antes de comenzar el tratamiento fueron abordadas por Blasco & Fuentes (2010) dividiéndolas en tres grupos. En primer lugar, las relacionadas con el tratamiento, ya sea, cirugía, quimioterapia o radioterapia, luego las relacionadas con el cuidado de los hijos o de terceras personas y por último las relacionadas con el pronóstico. Así mismo, para Contreras et al. (2015) las preocupaciones se dividieron en psicológicas, físicas y sociales. La posibilidad de abordar las preocupaciones de los pacientes con cáncer se hace urgente, como vía para identificar sus necesidades y desarrollar modelos teóricos que respondan a la realidad de vivir con una enfermedad oncológica.

Por otra parte, la construcción desde lo teórico pretende abordar las preocupaciones, en este caso, desde la teoría o modelo de la evitación de la preocupación y trastorno de ansiedad generalizada. Ya se ha mencionado anteriormente la relación que ha establecido la ciencia entre las preocupaciones y el TAG. En esta propuesta teórica se evidencia el papel de la preocupación

como forma de pensamiento repetitivo que tiene un impacto en la manifestación de numerosos síntomas psicológicos; que pueden devenir en trastornos como la paranoia, la ansiedad y la depresión (Rashtbari & Saed, 2020). Behar et al. (2011) indicaban que los componentes teóricos de este modelo son las creencias positivas sobre la preocupación, la ineficaz resolución de problemas, los problemas interpersonales, el estilo de apego, la evitación cognitiva y el trauma previo. Este modelo también asume que la preocupación aumenta la probabilidad de experimentar un contraste emocional positivo.

Otro ejemplo teórico, lo constituye la teoría de la autorregulación de Leventhal donde se plantea la hipótesis que las personas desarrollan de forma simultánea dos planes de acción para enfrentar una enfermedad. Por un lado, el plan de acción estaría encaminado a manejar las demandas objetivas de la enfermedad y por el otro a manejar el efecto asociado con la amenaza del padecimiento. En el caso del cáncer de mama, el plan objetivo sería, los esfuerzos de los pacientes en el proceso de afrontar las reacciones emocionales. La teoría de Leventhal concuerda con la idea de que la preocupación puede tener beneficios ya que promueve la búsqueda de información adaptativa, el monitoreo y el afrontamiento centrado en el problema (Hay et al., 2006).

Recientemente se escucha hablar más de modelos para el abordaje de un problema determinado que de las propias teorías en sí mismas. El modelo de creencias sobre la salud para justificar la preocupación por el cáncer como un facilitador del cribado en los tumores de la mama que propone cuatro creencias relacionadas con la probabilidad de implementar una acción de salud. Estas creencias están relacionadas con la percepción de la enfermedad y se refieren a la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas (Moreno & Gil, 2003).

El Modelo Metacognitivo de Wells establece una división de las preocupaciones en dos grandes grupos. Las preocupaciones de tipo I se refieren a los aspectos cotidianos y las de tipo II

son metapreocupaciones, es la preocupación por estar preocupado. Este modelo centra su atención en las creencias positivas sobre la preocupación, en el caso del tipo I y en las creencias negativas en el caso de las preocupaciones tipo II (Rashtbari & Saed, 2020).

Más recientemente ha surgido el Modelo PAMPA (Percepción de amenaza futura, Activación, Motivación, Pensamiento y Acción) el cual ve a la preocupación como un mecanismo de adaptación derivado del miedo y de la respuesta básica de estrés agudo, cuyo fin es proteger a las personas de posibles amenazas. Este modelo es el primero en enfatizar a la preocupación como un mecanismo adaptativo, útil y funcional. Desde la panorámica de este modelo la preocupación es un mecanismo que evoluciona del miedo y se concibe desde que el sujeto percibe algún fenómeno como amenaza futura. Algunas de sus ventajas es que percibe la ausencia de preocupación como una disfunción a tratar (Padrós et al., 2019).

Ansiedad y Depresión

La depresión y la ansiedad son síntomas emocionales negativos muy frecuentes y que afectan a un número significativo de la población general. En el caso de la depresión (Corral-Frías et al., 2019) cerca de 322 millones de personas fueron diagnosticadas con depresión en el año 2015 a nivel mundial y 264 millones de personas con ansiedad (OMS, 2017). Pues, la ansiedad y la depresión como estados emocionales negativos tienen una alta tasa de comorbilidad y comparten muchos síntomas similares. En tal sentido, en estudios longitudinales se ha encontrado una divergencia entre los factores de riesgo y el curso de la enfermedad entre la depresión y la ansiedad (Fergusson et al., 2006; Moffitt et al., 2007). Ambos trastornos, aunque comparten características comunes como la experimentación de una angustia general, son distintos, en cuanto a su evolución, pronóstico y forma de medición.

La ansiedad aparece en el organismo como respuesta a eventos desagradables e inciertos que aumentan el estado de alerta para prevenir un resultado negativo. Es considerada una

reacción adaptativa cuyo fin es prever una respuesta adecuada ante situaciones significativas. Sin embargo, aunque se concibe como una emoción natural y protectora ante eventos desafortunados, tiene un lado oscuro en el cual niveles altos de ansiedad mantenidos en el tiempo son considerados bajo un matiz patológico. Este lado patológico de la ansiedad puede afectar la vida personal, familiar, el ambiente laboral y la relaciones sociales, puntualmente cuando la intensidad, la frecuencia y la duración de la respuesta ansiosa en el organismo confluyen de forma excesiva (Muñoz Alga & Bernal García, 2016).

Es decir, por ansiedad se entiende, el conjunto de reacciones emocionales o sentimientos que involucran aspectos fisiológicos y psicológicos, en los cuales el paciente muestra una activación fisiológica. De forma general, se ha descrito a la ansiedad como una respuesta patológica o no ante una situación amenazante derivada de la percepción y la evaluación subjetiva (García-Hernández et al., 2020). Se muestra como respuesta biológica en el organismo de diferentes formas, por ejemplo, afectación del ritmo cardiaco y del sistema nervioso simpático y parasimpático, lo que provoca algunos síntomas como resequedad en la boca, sensación de hormigueo o intranquilidad, tensión muscular, dolor en el pecho y otras (Mota et al., 2018).

Por otro lado, está la depresión que igual es bastante frecuente entre la población general y especialmente entre pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Es considerada como una alteración del estado de ánimo, que se muestra como pérdida de interés y motivación para realizar distintas actividades cotidianas ya sean familiares, laborales y/o escolares, falta de concentración y energía, exceso de cansancio, irritabilidad, tristeza, sensación de vacío, alteraciones de sueño y cambios en la conducta alimentaria (OMS, 2021a). En tal sentido, la empresa científica ha creado algunos instrumentos que comprenden distintos indicadores o reactivos de la ansiedad y la depresión como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, (Galindo et al., 2015) y el Mini-MASQ, (Corral-Frías et al., 2019).

Sin dudas, la evidencia científica ha mostrado que la ansiedad y la depresión en población oncológica, puede influir negativamente en el bienestar del paciente, aumentando su estancia hospitalaria, dificultando la adherencia al tratamiento, autocuidado y aumentando la sensación de insatisfacción y otros síntomas como dolor, náuseas, vómito y fatiga (Galindo et al., 2015). Es decir, la presencia de la ansiedad y la depresión unido a los síntomas físicos que provoca la enfermedad y sus tratamientos tienen un impacto negativo en la CV de estos pacientes y disminuyen la satisfacción con la vida (Cerezo et al., 2022). Por otro lado, Clark y Watson proponen el modelo tripartito de ansiedad-depresión el cual incorpora tres elementos denominados: afecto negativo, hiperactivación fisiológica y anhedonia o disminución del afecto positivo, donde los niveles de afecto negativo son un indicador de los problemas relacionados con las variables psicológicas negativas ansiedad y depresión, (Corral-Frías et al., 2019). Esta situación resulta preocupante porque se ha documentado que el cáncer supone un desequilibrio en la vida de las pacientes y determinados tipos de tratamientos están más relacionados con niveles más altos de ansiedad y depresión lo cual ponen en riesgo el sistema inmunológico y la vida de paciente, (Escalante et al., 2020; García-Hernández et al., 2020).

Variables sociales asociadas al cáncer al impacto del cáncer

En este sentido (Barroilhet et al., 2005) propone que las variables médicas juegan un papel fundamental en la adaptación psicosocial, como por ejemplo la localización del cáncer y su derivación a cirugía, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tipo de tratamiento y oportunidades de rehabilitación. Estas variables ciertamente influyen en las valoraciones y los afrontamientos. La localización del cáncer afecta de modo distintivo a la CV y al bienestar psicológico.

Acceso a la justicia

Es imposible continuar hablando de una adecuada atención al paciente con cáncer sin haber comentado la necesidad imperante de descifrar las formas de acceso al sistema de salud para un tratamiento digno y oportuno. Hay que ajustar las velas para alcanzar un horizonte en el que las personas enfermas piensen en su forma de curación y afrontamientos para sobrevivir al cáncer y no en cuanto le cuesta en términos económicos el acceder a un tratamiento efectivo. La salud no puede ser concebida como un lujo, es un derecho humano (Carbonell, 2014) y para que se logre un sistema social justo es necesario un ideal de responsabilidad y equidad en la protección y reivindicación de los derechos y la prevención.

La expresión acceso a la justicia hace referencia a la acción de llegar o acercarse a un derecho, razón o equidad (Argés, 2018). De forma más específica quiere decir acercamiento o entrada a la justicia. En la actualidad el derecho de acceso a la justicia se ha tornado más amplio en términos de justicia concebida como principio, virtud o derecho humano. Por otro lado, de la definición del acceso a la justicia se infiere que no debe ser únicamente el acceder a la institución judicial. Se impone la necesidad de entender el término como un derecho fundamental, que defiende la equidad y la no discriminación, el acceso a la salud y al conocimiento de los derechos y equidad jurisdiccional, según lo plantean (Nava & Breceda, 2017).

En este sentido (Enríquez & Santana, 2020) se refieren al acceso a la justicia como un derecho humano que habilita la protección y el disfrute de otros derechos o intereses. De forma más clara, sin acceso a la justicia las personas no pueden ejercer sus derechos, ni hacer frente a la discriminación, ni lograr que los representantes legales rindan cuentas sobre decisiones arbitrarias o menos favorecedoras para la mayoría, (PNUD, 2021). Es la capacidad de las

personas para buscar y obtener una vía de recurso a través de instituciones formales o informales de justicia, y de conformidad con las reglas sobre derechos humanos (ONU, 2018).

En la actualidad el acceso a la justicia es un derecho fundamental que forma parte del *ius cogens*. Esto quiere decir que cuando una norma adquiere el carácter de *ius cogens*, se vincula a toda la comunidad internacional con el objetivo de adecuar legislaciones y prácticas jurídicas a nivel de los Estados (Argés, 2018). Por otro lado, se encuentra la relación entre el acceso a la justicia y protección de derechos humanos, ya que la posibilidad de acceder a ella fortalece la noción de ciudadanía y su desarrollo pleno (Chaparro, 2019).

En el ámbito de las atenciones médicas, hablar de acceso a la salud es homólogo a hablar de acceso a la justicia, se refiere al derecho de recibir un servicio de salud justo, digno, eficaz y asequible que esté regido sobre la base de la equidad para sus demandantes. En las mujeres con cáncer de mama es la posibilidad de vivenciar el acceso al sistema de salud. Esto significa que las pacientes no se deben preocupar por cómo acceder al tratamiento o donde conseguir los medicamentos. Igualmente, consiste en ofrecer los recursos y las ayudas para una estancia favorable lejos de casa durante la quimioterapia, radioterapia, una cirugía o la recuperación de esta (OPS, 2017)). Así como, que las pacientes puedan disfrutar de una escucha activa por parte del personal de salud que lo asiste y sean aclaradas todas sus dudas y cuestionamientos en vías de disminuir estados emocionales negativos.

Puntualmente durante la pandemia del COVID-19, la detección oportuna del cáncer de mama y el acceso a los distintos tratamientos se han visto afectados considerablemente. Teniendo en cuenta que estos dos elementos son fundamentales para mejorar la calidad de vida y aumentar la supervivencia de las pacientes, los retrasos en el diagnóstico y en los tratamientos podrán conducir a tratamientos más intensivos y cruentos y a un aumento de la mortalidad por cáncer de mama (Figuroa et al., 2021).

Por lo tanto, el acceso a la justicia en el ámbito de la salud es la responsabilidad de los gobiernos de crear las estrategias para cuidar y proteger a sus ciudadanos de forma responsable (OPS, 2017). Hacer valer este derecho es que las personas puedan contar con los recursos para mejorar su CVRS o acceder a un tratamiento. La no existencia del acceso a la justicia es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación múltiple e interseccional. No se puede concebir una lucha justa por los derechos humanos y de las mujeres en particular sin concebir el acceso a la justicia como un derecho necesario, ni se puede dormir con tranquilidad, cuando no están aún desarrolladas las estrategias funcionales para que el derecho se haga efectivo. Deben tener las mismas posibilidades de atención y servicios médicos la dependiente de un comercio pequeño que una miembro de la Cámara de Senadores (OPS, 2015).

Además, el acceso a la salud forma parte de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible bajo la consigna y el compromiso de no dejar a nadie atrás y alcanzar a las personas excluidas (ONU, 2018). Es darse a la tarea de construir un camino recto hacia la reducción de la pobreza y la paz sostenible. Es la marca que define a las sociedades pacíficas, justas e inclusivas y una condición de los derechos humanos. Dentro de los objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) propuesta por la (OPS, 2017) se busca promover estrategias de que den paso al acceso de la información como herramienta para abordar las desigualdades en cuestiones de acceso a la salud, la toma de decisiones y uso del conocimiento (Gallego-Pérez et al., 2020).

De esta manera se pretende facilitar el conocimiento sobre el acceso a la justicia en la arena científica y crear instituciones responsables e inclusivas a todos los niveles que den paso a mejores posibilidades de acceso para todas. Los medios para lograr esto se ven reflejados en la Meta 16.3 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, que mide hasta qué punto se está promoviendo el estado de derecho y la igualdad de acceso a la justicia para todos, en los planos nacional e internacional. Para dar un paso de avance en el logro de estos objetivos se hace

imprescindible ser conscientes de las barreras que enfrentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en cuanto al acceso a la salud se refiere (OPS, 2017).

Por otro lado, las dificultades en cuanto al acceso de salud se traducen en la falta de acceso a la atención médica, al transporte y a las dificultades económicas (Tesfaw et al., 2020). Además, incluye el acompañamiento eficaz y el reconocimiento del rol de la paciente como sujeto autónomo con la capacidad de tomar decisiones pertinentes sobre cómo quiere vivir el trascurso de su enfermedad, participar en la elección de su tratamiento y ser informada adecuadamente sobre su proceso de enfermedad y terapéutico, (Llantá, 2021). Estas variables se pueden relacionar con la necesidad de incluir en los modelos psicológicos de abordaje del cáncer de mama, el acceso a la justicia como posibilidad de acceder a los servicios de salud. De esta manera, Gallego et al. (2020) se han aprobado estrategias para el acceso a la justicia y políticas que promueven la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud (Tesfaw et al., 2020). Sin embargo, hasta ahora no existen investigaciones que permitan visualizar los resultados correspondientes a estas transformaciones en materia de cobertura a los servicios médicos.

Barreras relacionadas con el acceso a la salud y la detección temprana cáncer de mama

La mejor manera de disminuir la carga del cáncer es por medio de la detección temprana. Es más probable que el cáncer responda a un tratamiento eficaz cuando hay un diagnóstico precoz, lo que da como resultado una mayor probabilidad de supervivencia, así como una menor morbilidad y un tratamiento menos costoso (Scheel et al., 2020). La detección temprana procura para su viabilidad saltar las barreras que impiden al acceso a la justicia y lograr las siguientes estrategias:

Con el fin de evadir las barreras estructurales se hace necesario la activación de programas de coordinación de los servicios, redes sólidas y efectivas de derivación de las pacientes, cambios estructurales que mejoren el acceso al diagnóstico y al tratamiento, adiestramiento en temas de factores de riesgo del cáncer de mama, exploración clínica y una adecuada distribución geográfica de los servicios (OPS, 2015). La opción de erradicar o disminuir las barreras estructurales puede tener un impacto en el seguimiento de las pacientes para mejorar su CVRS. En este sentido (Ouyang et al., 2021) proponen que la falta de seguro médico y mayor distancia de la residencia al hospital, son factores que atentan contra el seguimiento a largo plazo de las pacientes y por tanto contra la detección temprana del cáncer de mama.

En este mismo camino se presentan las barreras socioculturales las cuales demandan de aliados sociales y gubernamentales, sobrevivientes del cáncer de mamá, promotores de salud y la sociedad civil en general para ser eliminadas. En este sentido sería identificar y abordar los problemas de acceso a la salud de las pacientes, educar a las comunidades en cuanto a los factores de riesgo, la detección temprana, los estigmas y los prejuicios e ideas erróneas sobre el cáncer de mama. Por este motivo la meta es fortalecer la colaboración entre los establecimientos de salud y los asociados de la comunidad de acuerdo con la planificación propuesta por la (OPS, 2015) para mejorar el acceso a la atención. De igual manera se hace inaplazable la necesidad de trabajar en la educación y la conciencia pública de las comunidades aprovechando las bondades de la psicología social, ya que la detección temprana del cáncer de mama no es posible, si las personas vulnerables y la población en general desconoce su valor (Yip et al., 2008).

Afirmando la idea anterior, algunas de las barreras psicosociales que impiden el acceso a la salud, son la vergüenza y el estigma asociados al cáncer, el miedo al rechazo social y el pobre conocimiento sobre la enfermedad (McCutchan et al., 2021). Definitivamente la necesidad de abordar la problemática referida desde las comunidades y trabajar en la conciencia sobre la

detección temprana del cáncer de mama es urgente. Así, se plantea la necesidad de eliminar a través de la culturización de las comunidades la creencia en la medicina tradicional y las prácticas religiosas para el tratamiento. Ambos autores coinciden a grandes rasgos en aspectos financieros relacionados con el acceso a la salud y a los centros médicos como la posibilidad para viajar y concertar citas, el alto costo de los servicios de diagnóstico y la falta de recursos médicos y materiales en las instalaciones locales o rurales (Getachew et al., 2020).

En otro tenor, las barreras personales están relacionadas con la individualidad y la necesidad impostergable de establecer una relación de confianza con el sistema de salud. Además de eliminar o mitigar el temor de solicitar atención para los problemas relacionados con el cáncer de mama y establecer tratamientos, intervenciones y sistemas de apoyo que ayuden a paliar el estrés, la ansiedad, la depresión, la angustia y el dolor (OPS, 2015). Desde este punto de vista, (Sharp et al., 2019) informan sobre barreras relacionadas con el déficit de conocimientos identificadas en el (79%) de su muestra; seguidas por las barreras económicas que permiten la posibilidad de acceder a los servicios de atención médica y la percepción de un apoyo social deficiente. Siguiendo la línea de las barreras financieras (González-Robledo, 2015) concuerdan que el cáncer agrega una importante carga en la economía familiar y a nivel de estado en cuanto a la destinación de recursos para la implementación de políticas de salud.

Una vez vencidas las barreras para acceder a la salud se puede lograr el diagnóstico precoz que se resume en tres pasos fundamentales: la conciencia sobre el problema y el acceso a la salud, la evaluación clínica, diagnóstico, estadificación y finalmente el acceso al tratamiento cumpliendo con los tiempos oportunos en cada una de las fases de este. Ciertamente el diagnóstico temprano representa más del 50% en el camino para sobrevivir a un cáncer de mama y los programas relacionados con su atención pueden diseñarse con el fin de eliminar las barreras, las demoras y permitir el acceso a la salud y al tratamiento (OPS, 2015).

Igualmente, la opción de que el cáncer se detecte y se trate a tiempo aumenta las oportunidades de supervivencia y de mantener una adecuada CV (Ginsburg et al., 2020). Sin embargo, las mujeres en muchos entornos enfrentan barreras complejas para la detección temprana, incluidos factores sociales, económicos, geográficos y otros interrelacionados, que pueden limitar su acceso a servicios de atención a la salud de cáncer oportunos, asequibles y eficaces. La idea que el diagnóstico temprano es el principal método para aumentar la tasa de supervivencia del cáncer de mama unido a conocer las barreras y los facilitadores para acceder a la mamografía son el primer paso en el desarrollo de un programa de detección exitoso (Momenimovahed et al., 2020).

Así, Shirzadi et al. (2020) explican que las barreras para la detección temprana del cáncer de mama están apegadas indisolublemente al acceso a la salud, al contexto sociocultural como características sociodemográficas y la ubicación de la comunidad y otros aspectos como las preocupaciones y el miedo. Cabe señalar que hay ciertos tipos de barreras que son más frecuentes en unas poblaciones que en otras. En este sentido, se argumenta que se requieren estrategias que mejoren rápidamente el acceso de los residentes a las instalaciones de salud y se deben realizar esfuerzos que apunten hacia las mujeres rurales vulnerables para mejorar el acceso a la educación en autocuidado y salud en el género femenino (Sano et al., 2017).

Por su parte Scheel et al. (2020) proponen fortalecer las redes de derivación y mejorar el diagnóstico precoz del cáncer de mama a través de programas educativos en la atención primaria de salud y en los centros comunitarios de atención médica, a donde las mujeres llegan solicitando una revisión por primera vez. Igualmente, se alude al establecimiento de sistemas de derivación donde exista toda una estructura desde la atención primaria de salud para derivar a las pacientes a consultas especializadas de cáncer de mama, con diversos especialistas ya sea oncólogo, radiólogo, terapeuta y otros (Matsumoto et al., 2020). Además, añade la necesidad de registros médicos de los pacientes para el seguimiento y garantizar la calidad de la atención. En

este sentido, (Jatho et al., 2021) refieren que los países de ingresos bajos deben comprometerse con el desarrollo de acciones al menos de bajo costo encaminadas a las habilidades del personal de salud para la detección del cáncer de mama para lograr que el diagnóstico esté al alcance de las comunidades.

El hecho de que se haga manifiesto el acceso a la justicia como derecho para acceder a la salud es un camino que conduce a un cambio en las políticas sanitarias. En armonía con este planteamiento (Ginsburg et al., 2020) plantean que ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados, implica facilitar el acceso geográfico, que está determinado por la infraestructura y la fuerza laboral disponibles y garantizar la cantidad y calidad de recursos humanos y materiales (Global Health Workforce Alliance & OMS, 2020).

En este sentido se ha desplegado una iniciativa contra el cáncer de mama a nivel mundial como mecanismo de colaboración que constará de tres pilares fundamentales: la promoción de salud, el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral. Se pretende la creación de grupos de trabajo multisectoriales que generen líneas de acción desde la promoción de salud, la detección temprana y el tratamiento integral de acuerdo con la publicación de Vivas (2021). Esta iniciativa concuerda con las ideas de Al-Zalabani et al. (2018) de que un programa de detección temprana puede ayudar a reducir las tasas de mortalidad por cáncer entre las mujeres.

De esta manera, la cirugía, los medicamentos contra el cáncer y sus síntomas asociados, la quimioterapia, la radioterapia y la atención personalizada por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales debidamente entrenados en la problemática, no son lujos, ni oportunidades; son derechos humanos que deben ser aplicados y puestos en práctica de forma equitativa. Son las opciones a las que todas las mujeres con esta patología deberían tener acceso si realmente se hiciera efectivo el acceso a la justicia. Debiera existir un plan activo de atención y control sistemático para monitorear la recurrencia de la enfermedad, evaluar y manejar los

efectos a largo plazo, su tratamiento, y servicios para garantizar que se satisfagan las necesidades de sus sobrevivientes. Un servicio digno y humanizado de cuidados paliativos enfocado en mejorar la calidad de vida de las pacientes y su familia, como ingrediente esencial de una atención que merite a la excelencia (OPS, 2015).

A modo de conclusión, la elección del tratamiento que es a su vez la elección de vivir no puede depender de las capacidades del sistema de salud; porque es ahí donde se encuentra la llaga social de la problemática relacionada con el cáncer. La utopía de que exista un sistema de salud que funcione en términos adecuados de plazos, acceso a tratamientos, recursos y favorezca la calidad de vida de las pacientes, lleva una inversión millonaria no solo de riquezas económicas sino de buena voluntad y deseos de prosperidad para la colectividad. Asimismo, debe existir un sentir social por el deseo de mejorar la calidad de vida de la paciente, curar y prolongar su vida; ese sería el sello de una sociedad donde exista el acceso a la justicia de forma manifiesta.

Apoyo social y familiar

El apoyo social representa una variable de gran impacto en la CV de los pacientes con cáncer que puede ayudar a moderar el impacto negativo de la enfermedad y contribuye al ajuste psicosocial ante situaciones de estrés y vulnerabilidad social o emocional. Es un constructo que le brinda la posibilidad a la paciente ante la exposición a un evento estresante de redefinir esta situación y enfrentarla mediante estrategias adaptativas. Es una de las principales variables asociadas al cáncer que posibilita aliviar el malestar emocional o las respuestas negativas del individuo ante el evento desbordante y sus estresores (Grau, 2020).

En general el apoyo social se define como la disponibilidad de otras personas para ayudar ante determinado evento (Durá & Garcés, 1991) o la necesidad de provisión en cuanto a vínculos particulares con otras personas. Por otra parte, (Thoits, 1982) definió el apoyo social como las necesidades básicas que satisfacen al individuo por medio de la interacción con otros.

Las principales funciones del apoyo social están relacionadas con brindar ayuda, soporte, consejos u orientaciones que faciliten al sujeto una mejor adaptación ante el evento desbordante emocionalmente, que satura sus recursos de afrontamiento. De esta manera (Grau, 2020) plantea la existencia de dos modelos explicativos de los efectos del apoyo social: el directo y el indirecto, como amortiguador del estrés y a su vez como beneficioso en sí mismo. Por su parte (Durá & Garcés, 1991) señalan seis beneficios del apoyo social: la integración social, aprendizaje, sentido de una fiel alianza y orientación, sentido de logro y afirmación de valía. De la misma manera, refirieron a que los beneficios del apoyo social están más relacionados con la opinión que emite el sujeto respecto a su nivel de integración en cierto grupo social y su valoración sobre si se siente amado o valorado. (Grau, 2020) le otorga al apoyo social una función afectiva, una función cognoscitiva y una función instrumental.

Así, el apoyo social funge como variable de gran importancia en la disminución del estrés teniendo en cuenta su función como estrategia ligada al afrontamiento ante una situación de alta demanda emocional. Contrariamente su ausencia puede generar estados emocionales negativos funcionando como agente estresor. De vuelta a lo positivo, ayuda a reducir los problemas emocionales relacionados con la edad, facilita la adherencia terapéutica, ayuda a disminuir el distrés emocional y provoca un mayor bienestar en los pacientes y sus familias (Grau, 2020).

En esta misma línea de ideas, la posibilidad de contar con una red de apoyo ha demostrado ser un recurso de gran utilidad en el manejo de las enfermedades crónicas como el cáncer de mama. (Vaux, 1988) refiere que al apoyo social es más bien un megaconstructo que abarca desde las redes y conductas de apoyo hasta la evaluación subjetiva del apoyo en sí. (Hjelm & Berterö, s. f.) Las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, gracias a que se fomentan las conductas saludables y se propicia un mejoramiento de la autoestima. Además, ayuda a liberar y expresar emociones, a mantener un

nivel adecuado de interacción social y mejora la percepción sobre la enfermedad a la hora de adoptar estrategias de afrontamiento.

El apoyo social puede ser emocional, informativo o instrumental. Igualmente, (Hjelm & Berterö, 2014) se refieren al término de instrumental, pero a lo que se podría decir emocional se le llamó afectivo y añadió como un nuevo tipo de apoyo, la afirmación. Se podría decir que la clasificación tiene cierta similitud con la clasificación de los afrontamientos de Lazarus, pues habla de un apoyo social orientado a la solución de los problemas, otro de influencia personal indirecta y un apoyo que implica una actuación ambiental (Gracia & Herrero, 2006). De otro modo (Durá & Garcés, 1991) terminaron clasificando el apoyo social en emocional, informativo e instrumental y valorativo.

Hasta ahora, se puede decir que el apoyo social representa otra de las variables psicológicas asociadas al cáncer ampliamente estudiadas. Ayuda a los pacientes en la expresión de las emociones, en la conservación y mejoramiento de las relaciones sociales, en el cómo identifican el bienestar psicológico y en la selección de diversas estrategias de afrontamiento eficientes. Es en este sentido que el apoyo social como valoración cognitiva se convierte en una variable de alto significado para la adaptación psicosocial de las pacientes ante el cáncer. Asimismo, (Kim et al., 2010) refieren que juega un rol fundamental en el mantenimiento de la salud y en la valoración que hacen los pacientes sobre su CVRS.

En cuanto a la importancia del concepto de apoyo social percibido, sienta sus bases en el conocimiento que algunos recursos estarán disponibles llegado el caso (Gracia et al., 2002). Este dato evidencia la relación entre el acceso a la justicia y el apoyo social, pues se espera que en el momento en que la persona deja de ser un sujeto sano, exista la posibilidad de acceder a los servicios de salud de forma oportuna y contar con el apoyo social de las políticas públicas.

(Castro et al., 1997) opinaron que el apoyo social consta de tres dimensiones. En primer lugar, el grado de integración social que se basa en el alcance de las redes sociales. En segundo lugar, el apoyo percibido que no es más que la idea de certeza de contar con el apoyo social en caso de necesitarlo. En tercer lugar, el apoyo previsto que son aquellas acciones que se realizan para apoyar a una persona en particular. Estas dimensiones son posibles gracias a los tipos de sistemas de apoyo que existen como pueden ser la familia, el vecindario y la comunidad en general, los amigos, los grupos de autoayuda y centros comunitarios; en la actualidad entendida como era digital las redes sociales online.

En este sentido, (Barra, 2004) indica que estos sistemas de apoyo contribuyen de forma efectiva al ajuste psicosocial de las personas con cáncer y a su vez se asocia con una mayor sobrevivencia a la enfermedad. De forma puntual el apoyo social es una variable que se ha relacionado con las valoraciones de CVRS en el cáncer de mama. (Rodríguez, 2015) plantea que la falta de apoyo social es un predisponente de gran relevancia para un ajuste inadecuado tras el diagnóstico de un cáncer.

El diagnóstico de una patología oncológica como se ha expresado en los acápites anteriores obliga al paciente y a su familia a exponerse a grandes cambios psicoemocionales y físicos a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Se podría decir, que cada proceso es diferente y depende en gran medida de algunos factores como el tipo de diagnóstico, el estadio, la experiencia previa con este tipo de patología ya sea a nivel personal o familiar, el estatus económico y las redes de apoyo con que cuenta el paciente y su familia (M. Hernández et al., 2012).

En investigaciones anteriores, se muestra un impacto de las vivencias negativas como estrés, aislamiento social, angustia, miedo y otras en la familia del paciente (Balandin, 2014; Moreno et al., 2014). A pesar de esto, no hay dudas que la familia funge como la principal fuente

de apoyo con la que cuenta la enferma. Rodríguez (2015) estudió a un grupo de mujeres con cáncer de mama e identificaron a su pareja como la principal red de apoyo. Asimismo, se indica que el contar con un apoyo marital contribuyó a reducir la ansiedad que provocaban las distintas situaciones del cáncer (Hawrylak et al., 2018).

Entonces, esto conduce a la conclusión de que la familia es el principal sostén de los pacientes que se ven afectados por un cáncer (Kroenke et al., 2017). Los cuales identifican este apoyo emocional e instrumental recibido de parte de los integrantes de su ambiente familiar, en especial el del cónyuge como el soporte social más importante (Palacios et al., 2015).

En este sentido el hecho de padecer un cáncer impone determinados cambios en la dinámica del ambiente familiar, pues todos los miembros quedan vulnerables para sentir emociones negativas relacionadas con el nuevo evento como miedo, ansiedad, preocupaciones, desesperanza y otros (Hawrylak et al., 2018). En la opinión de Arés (2002) la familia, es una institución social, cumple funciones básicas tales como: biológica, económica, afectiva, cultural espiritual y de apoyo. De este modo se reafirma que la familia no es un ente aislado, por lo tanto, la paciente es parte de una unidad familiar determinada, esta es el resultado de un medio social, cultural e histórico, que determina en parte la forma en que el grupo familiar afronta la enfermedad.

En este punto resulta pertinente hablar de los elementos de la funcionalidad familiar que favorecen el ajuste a la enfermedad oncológica. Por ejemplo, se plantea la capacidad de reajuste ante los cambios y el uso de estrategias adecuadas para resolver conflictos, ambos aspectos imprescindibles en el proceso de adaptación familiar y personal ante el cáncer (Arés, 2002). También resultan importantes una adecuada distribución de los roles familiares y que exista la posibilidad de expresar emociones y sentimientos a través de una comunicación clara, cercana y directa. El cáncer como situación novedosa e inquietante en el núcleo familiar obliga a la reestructuración de estos roles familiares, en ocasiones la persona enferma es el horcón de la casa

y en quien recae la mayor cantidad de tareas domésticas, por lo cual el resto de los integrantes del ambiente familiar se ven obligados a asumir faenas que antes no eran su responsabilidad.

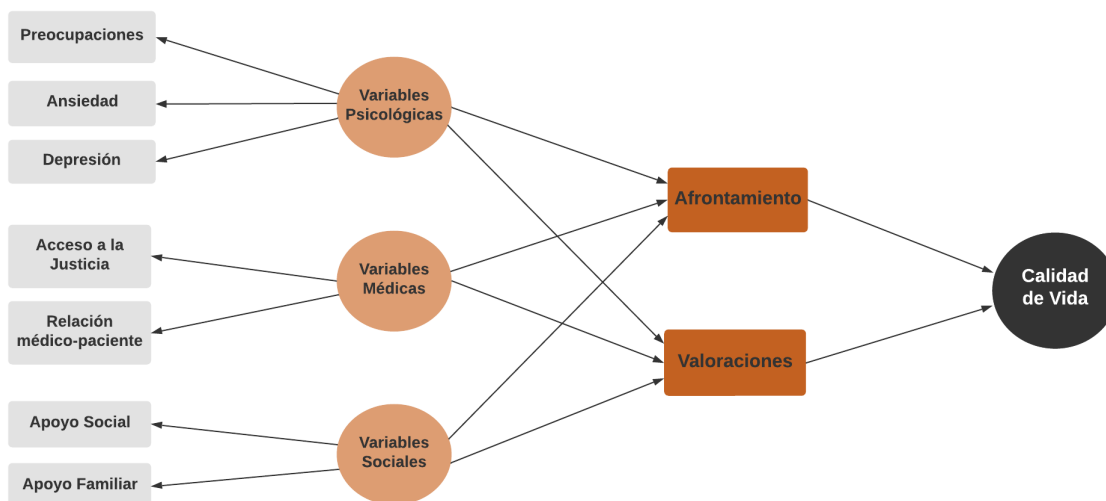
Con relación a la comunicación, el cáncer genera un fenómeno conocido en el campo de la Psicooncología como la conspiración del silencio. Este fenómeno atenta contra uno de los aspectos de la funcionalidad familiar antes mencionado que es la comunicación clara y directa. La conspiración del silencio no es más que un acuerdo de palabras entre el médico y la familia del paciente para disfrazar u ocultar la verdad relacionada con el estado real de la enfermedad (Espinosa et al., 2018). A grandes rasgos genera distancia emocional entre los miembros de la familia, inseguridad y desconfianza. En este orden, la comunicación se vuelve fría y carente de sentido porque las palabras de aliento u optimismo mal empleadas no corresponden con el sentir del grupo familiar.

Otro de los elementos de la funcionalidad familiar a traer a colación es la flexibilidad y la cohesión de la familia, pues le brindará las herramientas para reestructurar el campo de acción, diseñar nuevas estrategias y organizar y planificar para responder a las condiciones objetivas de la enfermedad. Por otra parte, conviene mencionar el apoyo mutuo y el mantenerse unidos para hacer frente a la soledad y al aislamiento social que sufre tanto la paciente como su familia (Hawrylak et al., 2018).

En consecuencia, el sistema de apoyo familiar ayuda a las personas con cáncer a resistir los embates de la enfermedad, favorece un mejor ajuste y recuperación mental. Además, contribuye al aumento de la autoestima, a la adaptación a las secuelas físicas provocadas por los tratamientos y propicia una mejor CV (Hinze et al., 2016). A lo largo del proceso la familia y el paciente se encontrarán con el reto de estar en constante readaptación ante nuevas situaciones y complicaciones generadas por la enfermedad, pues la manera de afrontar la vida junto al cáncer es diferente para cada familia (Holland & Lewis, 2003).

Modelo hipotético para el abordaje del cáncer de mama

Se propone un modelo hipotético para el abordaje del cáncer de mama que comprende las preocupaciones, la ansiedad y la depresión como variables psicológicas. Integra la relación médico-paciente y el acceso a la justicia como variables médicas, lo que representa algo novedoso en estudios sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Finalmente acoge al apoyo social y familiar como variables sociales. Estas variables psicológicas, médicas y sociales a su vez se asocian con la valoración que realizan las pacientes sobre el cáncer y los estilos de afrontamiento que adoptan para enfrentar la enfermedad e inciden en la CVRS (Ver Figura 1).

Figura 1: Modelo Hipotético

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN GENERAL

¿Qué relación existe entre las valoraciones y las estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama y su impacto en la Calidad de Vida de las pacientes diagnosticadas?

¿Cómo influyen las variables psicológicas y sociales en la valoración y el afrontamiento del cáncer de mama de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama?

Objetivo general

- ✓ Analizar la relación entre ansiedad, depresión, preocupaciones, acceso a la justicia, apoyo social, afrontamiento y valoraciones en el impacto de la calidad de vida de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Objetivos específicos

- ✓ Establecer una relación entre las variables psicológicas y sociales que provocan un impacto en las valoraciones del cáncer de mama.
- ✓ Relacionar las variables psicológicas y sociales que provocan un impacto en las estrategias de afrontamiento para el cáncer de mama.

Hipótesis de investigación

- ✓ Las variables psicológicas y sociales tendrán un impacto en la CV de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.
- ✓ Las estrategias de afrontamiento adoptadas ante el cáncer tendrán un impacto positivo en la CV de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.
- ✓ Las valoraciones positivas sobre la enfermedad de cáncer de mama impactarán positivamente en la CV de las pacientes diagnosticadas.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

En el presente capítulo se pretende mostrar los aspectos metodológicos que se tendrán en cuenta para la investigación. A continuación, se muestran: el diseño de la investigación, la selección de la muestra, las variables que se pretenden incluir en el estudio, los instrumentos de medición, el procedimiento y el análisis estadístico que se tiene la intención de realizar.

Diseño de investigación

La investigación posee un enfoque cuantitativo, el cual recolecta datos para probar las hipótesis planteadas con anterioridad y tiene su base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías (Hernández et al., 2014). Se utilizará un diseño no experimental transeccional-correlacional ya que se pretende analizar la relación entre las valoraciones y las estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama y su impacto en la Calidad de Vida de las pacientes. En función del tipo de estudio que se pretende realizar se podrá correlacionar la variable dependiente (Calidad de Vida) con las variables independientes expuestas anteriormente.

Las bondades del enfoque cuantitativo permitirán probar el modelo hipotético propuesto para esta investigación, mediante un minucioso trabajo de recolección de datos que dará lugar a la medición numérica de las variables y el posterior manejo de procedimientos estadísticos para el análisis de estos valores. Los resultados obtenidos de este análisis en la muestra que se pretende evaluar darán elementos para hacer inferencias en cuanto a la CVRS de una población de pacientes con cáncer de mama.

Selección de la muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia en función de la facilidad de acceso a la población de interés y según la disponibilidad de las pacientes para participar en el estudio.

Los criterios de selección fueron ser mujer, mayor de edad, haber recibido un diagnóstico de cáncer de mama y estar de acuerdo en participar en la investigación. Se consideró como criterio de salida a las pacientes con diagnóstico psiquiátrico actual o déficits cognitivos, que mostraran una incapacidad para proporcionar un consentimiento informado válido y respuestas coherentes a las herramientas del estudio. Se tuvo un total de 178 participantes, de las cuales 159 (89,3%) dieron su consentimiento para participar en el estudio (véase la tabla 1).

Tabla 1. Distribución de consentimiento informado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Aceptó participar	159	89.3	100.0	100.0
Perdidos sistema	19	10.7		
Total	178	100.0		

Se obtuvo el consentimiento de $n=159$ (89,3%), y el sistema identificó 19 perdidos. La edad media de las participantes fue de 59,2, asimismo, el rango mínimo de edad fue de 24 años y el rango máximo de 88 años. Las participantes en su mayoría son casadas $n=81$ (45,5%), con estudios secundarios terminados 63(35,4%) y universitarias y con posgrados 72(40.4%). En cuanto al lugar de residencia 53 (29,8%) residen en México y 121(68%) en Cuba y 4 de otros países (Colombia, Argentina, Venezuela, USA). Para explorar el estatus económico de las pacientes se utilizó la técnica de la escalera donde 45(25,3%) se ubicó en el rango 6 de un margen entre 1-10. Con respecto al cáncer de mama 43 (24,2%) se encontraba en etapa II y 36(20.2%) en etapa III. La mitad de la muestra 91(51.1%) obtuvo su diagnóstico hace más de un año y fueron sometidas a cirugía 154(86.5%), de ellas 109(61.2%) de tipo mastectomía. Las características de las participantes se encuentran detallados en la tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas y relacionadas al cáncer de mama

Características	n	%
Estado Civil		
Casada	81	45.5%
Soltera	25	14%
Divorciada	31	17.4%
Viuda	23	12.9%
Unión Libre	14	7.9%
Escolaridad		
Primaria	12	6.7%
Secundaria	26	14.6%
Preparatoria	63	35.4%
Universidad	54	30.3%
Posgrado	18	10.1%
Perdidos	5	2.8%
Residencia (País)		
México	53	29.8%
Cuba	121	68.0%
Otros países	4	2.2%
Etapa del cáncer		
0	5	2.8%
I	17	9.6%
II	43	24.2%
III	36	20.2%
IV	11	6.2%
Perdidos	66	37.1%
Tiempo desde el diagnóstico		
Menor a un año	27	15.2%
Mayor a un año	91	51.1%
Perdidos	60	33.7%
Cirugía		
Sí	154	86.5%
No	18	10.1%
Perdidos	6	3.4%
Tipo de Cirugía		
Conservadora	41	23.0%
Mastectomía	109	61.2%
Perdidos	28	15.7%

Variables

Variable dependiente:

- ✓ Calidad de Vida

Variables independientes:

- ✓ Afrontamiento
- ✓ Valoraciones

Variables psicológicas

- ✓ Preocupaciones
- ✓ Ansiedad
- ✓ Depresión

Variables sociales

- ✓ Acceso a la justicia
- ✓ Apoyo social y familiar

Variables sociodemográficas

- ✓ Edad
- ✓ Estadio clínico
- ✓ Tipo de tratamiento
- ✓ Estado civil
- ✓ Escolaridad
- ✓ Hijos

Instrumentos de Medición

European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30).

Este instrumento QLQ-C30 fue desarrollado por la Organización Europea para el Estudio y Tratamiento del Cáncer (EORTC) para identificar la CV en pacientes con cáncer, tiene 30 reactivos distribuidos en tres escalas: la salud global, el funcionamiento (físico, rol, emocional, cognitivo y social) y de síntomas recurrentes a la hora de consulta (fatiga, dolor, náuseas, vómito, disnea, pérdida de apetito, insomnio, constipación y diarrea), (M. C. Enríquez & Vargas, 2018; Krederdt et al., 2020). Las opciones de respuesta a los reactivos son de opción múltiple bajo una escala Likert que oscila de 1=En absoluto 2= Un poco 3=Bastante 4= Mucho, (Hernández et al., 2020). Este instrumento ha sido validado en población mexicana, y en estudios anteriores ha obtenido un alfa aceptable de ≥ 0.70 , (Cerezo et al., 2022).

Cuestionario de Valoraciones

El cuestionario de valoraciones que se utilizó fue creado exprofeso para responder a las necesidades del estudio y es una adaptación realizada por las investigadoras, basada en el Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), el cual fue diseñado a partir del modelo de valoración de Lazarus y Folkman (1986). El IVA que sirvió de referencia para este cuestionario consta de tres subescalas de valoración (amenaza, desafío e irrelevante) y seis subescalas de afrontamiento. Sin embargo, la adaptación que se hizo para los objetivos de la investigación estableció las dimensiones de creencia, control y cambio. Las opciones de respuesta a los reactivos fueron de opción múltiple bajo una escala Likert que oscila de 1=Para nada 2= Un poco 3=Bastante 4= Mucho, (Cano-Vindel et al., 2010).

Escala de Estrategias de Afrontamiento

La escala fue modificada tomando como referencia la Escala de Estrategias de Afrontamiento Revisada (EEC-R), que ha sido utilizada previamente en enfermedades crónicas con el objetivo de determinar las Estrategias de Afrontamientos que realizan los pacientes frente a su enfermedad (De los Santos, 2017). El Alfa de Cronbach obtenido mostró niveles altos de confiabilidad (≥ 0.85).

Preocupaciones

La Escala de Preocupación por el Cáncer (EPC) elaborada por Lerman et al. (1991) es la escala más utilizada para evaluar las preocupaciones principalmente en cáncer de mama. Este instrumento consta de 6 preguntas destinadas a la frecuencia con que la persona se ha preocupado por el cáncer, además concibe el impacto de esta preocupación en el estado de ánimo y las actividades diarias. Además, evalúa la preocupación relacionada con el retorno del cáncer y la importancia que tiene esta preocupación en el individuo. La EPC ha demostrado en estudios anteriores una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de $\geq 0,82$. Además, ad hoc al estudio se le añadió una pregunta sobre la preocupación relacionada con el retorno del cáncer (Cabrera et al., 2011).

Ansiedad y depresión Mini-MASQ

El Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ) fue desarrollado con el propósito de medir los síntomas y las dimensiones del modelo tripartito de ansiedad y depresión. En esta ocasión se utilizará Mini-MASQ creado por Casillas y Clark (2000). Dicha escala es una adaptación de 26 ítems que incluye versiones abreviadas de tres escalas: a) angustia general, conteniendo ocho ítems, incluyendo cinco ítems de síntomas depresivos y tres ítems de síntomas ansiosos, b) depresión anhedónica con ocho ítems, incluyendo 2 ítems con

clave positiva y 6 ítems con clave inversa, y c) excitación ansiosa con 10 ítems (Corral-Frías et al., 2019).

Escala de Acceso a la Justicia

La escala de acceso a la justicia se confeccionó ad hoc en función de los motivos del estudio, consta de 17 ítems, donde se pretende medir la percepción de las pacientes sobre acceso a la salud, procesos, decisiones relacionadas con su tratamiento y proceso de enfermedad en general. Así como sus posibilidades y derechos humanos de participar en la elección de su tratamiento y de ser informado adecuadamente sobre su proceso de enfermedad. La construcción de la escala fue una adaptación realizada por la directora del proyecto de investigación a partir de una escala de justicia institucional, (Valenzuela-García et al., 2022).

Apoyo social y familiar

El Apoyo Social (AS) se evaluó con una adaptación de la escala Redes de Apoyo de Villalobos (2009). La escala original estaba conformada por 45 reactivos. Para el presente estudio se tomó la adaptación de Torres-Mejía et al. (2013) con 19 reactivos. La modalidad de respuesta constaba de 5 opciones que van desde nunca a siempre. El valor de alfa reportado para esta escala en un estudio piloto anterior fue de ≥ 0.96 (Aranda & Frías, 2016).

Procedimiento

Se tuvo acceso a una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama a través del apoyo de coordinadores de los grupos de redes de apoyo hacia la mujer con cáncer de mama. Se contó con la colaboración de los jefes de servicios de las consultas de cáncer de mama para acceder a las pacientes.

Se solicitó para la aplicación de los instrumentos el consentimiento informado tanto verbal como escrito, las pacientes que se encuentren dispuestas a integrar la muestra de esta

investigación la firmaran. Se coordinó la aplicación de los instrumentos teniendo en cuenta las condiciones de comodidad, privacidad e iluminación mínimas adecuadas. Además de cumplir con los requisitos higiénicos sanitarios que se corresponden con la situación de contingencia actual debido a la pandemia de la Covid-19. La investigación no implicó afectaciones físicas ni psíquicas a los pacientes estudiados y se protegieron sus derechos a participar en la investigación correspondiente con los preceptos y principios del Acta de Helsinki, revisada en la Asamblea Médica Mundial de Tokio, en 1975, "Helsinki II". Se exponen los resultados generales de la investigación mediante la declaración de características globales que permitan enunciar la movilidad de las dimensiones evaluadas durante la investigación. Además, la investigación se llevó a cabo respetando las normas y consideraciones éticas establecidas en el Código de Ética del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) y aquellas delineadas por la Universidad de Sonora.

Análisis estadístico

En este acápite se obtuvo la fiabilidad de las escalas, tomando en consideración el valor del Alfa de Cronbach y el de Correlación Inter-Ítems (AIC). Se evaluó la validez en función de un análisis factorial confirmatorio. Se llevaron a cabo media y desviaciones estándar y frecuencias en el paquete estadístico de SPSS v. 25. Teniendo como intención conocer si los datos empíricos respaldaban el modelo teórico-hipotético, se probó un modelo de ecuaciones estructurales (EQS v. 6).

RESULTADOS

Impacto en la Salud Mental y severidad

Al sumar los porcentos de las diferentes opciones que hacen referencia a algún nivel de impacto en la salud mental (poco, algo, mucho, muchísimo) se obtuvo que el 62.3% de las mujeres encuestadas indicaron que la enfermedad había incidido en su salud mental de alguna manera y el 34.8% se identificó con la opción de respuesta “Para nada” (véase tabla 3).

Tabla 3. Consideración del impacto de la enfermedad en la salud mental

	Para nada			Muchísimo	
	1	2	3	4	5
¿Consideras que tu enfermedad ha incidido de alguna manera en tu salud mental	34.8%	12.9%	22.5%	21.3%	5.6%
Perdidos	2.8%				

Con respecto a la atención por parte de un profesional de la salud mental 117(65.7%) no recibió atención de un profesional después del diagnóstico, ni durante el tratamiento, (véase tabla 4).

Tabla 4. Atención profesional posterior al diagnóstico de cáncer de mama.

	n	%
Si	19	10.7%
No	117	65.7%
Perdidos	42	23.6%

N = 178

Los resultados de las medias, desviaciones estándar y las alfas de Cronbach que resultaron del presente estudio se muestran en las siguientes tablas. En el caso particular de las

alfas en su mayoría resultaron $\geq .60$, por lo cual, fueron considerados valores aceptables, exceptuando el alfa de la escala de afrontamiento que resultó con un alfa de $.040$ y no se considera un valor aceptable. Se calcularon las alfas por subescalas y resultó que la subescala de afrontamientos activos obtuvo un alfa de $.77$, sin embargo, la subescala de afrontamiento pasivos continúa dando baja con $.37$.

En la siguiente tabla (véase tabla 5) se muestran los resultados para la escala de Calidad de Vida (EORTC-QLQ-30), la cual obtuvo un alfa de $.79$ (véase tabla 5).

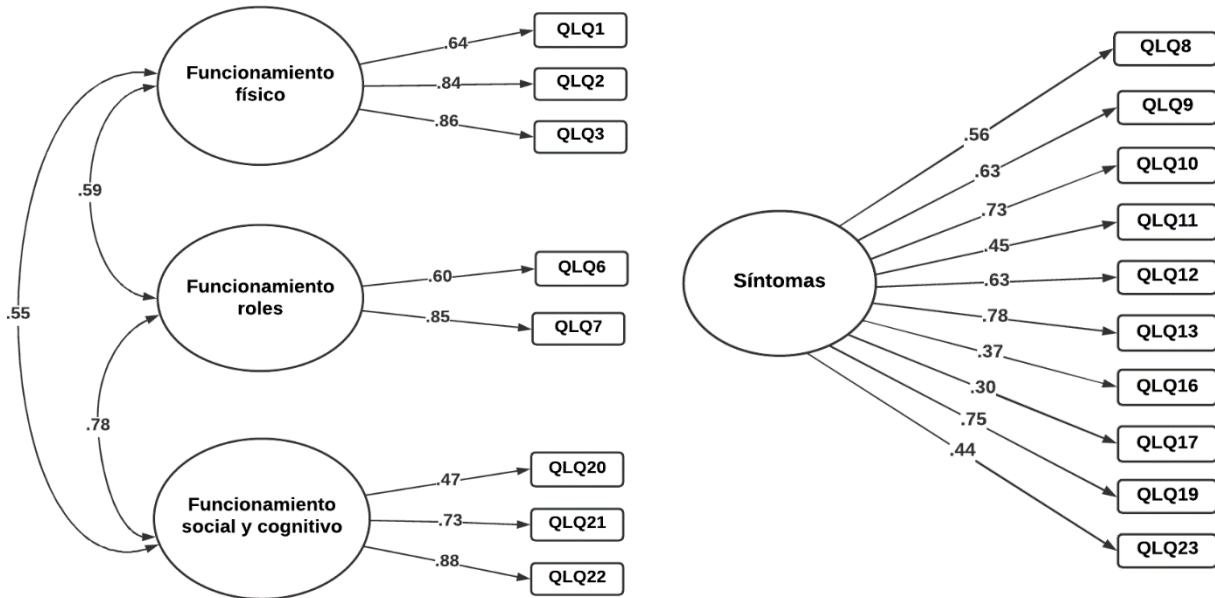
Tabla 5: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala de Calidad de Vida (EORTC-QLQ-30).

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Calidad de Vida (EORTC-QLQ-C30)						.79
¿Tienes alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	161	1	4	2.03	.99	
¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo largo?	161	1	4	1.84	1.04	
¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	160	1	4	1.45	.79	
¿Tienes que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	161	1	4	1.32	.67	
¿Necesitas ayuda para comer, vestirte, asearte o ir al baño?	161	1	4	1.18	.56	
Durante la semana pasada: ¿Has tenido algún impedimento para hacer tu trabajo u otras actividades cotidianas?	161	1	4	1.44	.81	
¿Has tenido algún impedimento para realizar tus aficiones u otras actividades de descanso, distracción?	161	1	4	1.37	.66	
¿Sentiste que se te cortó la respiración?	161	1	4	1.22	.50	
¿Has tenido dolor?	161	1	4	1.71	.78	
¿Necesitaste parar de hacer una actividad para descansar?	161	1	4	1.60	.85	
¿Has tenido dificultades para dormir?	161	1	4	1.93	.97	
¿Te has sentido débil?	161	1	4	1.54	.79	
¿Te ha faltado el apetito?	161	1	4	1.39	.68	
¿Has tenido náuseas?	161	1	4	1.55	.83	
¿Has vomitado?	161	1	4	1.34	.68	
¿Has estado estreñida?	161	1	4	1.42	.76	
¿Has tenido diarreas?	161	1	4	1.25	.58	
¿Estuviste cansada?	159	1	4	1.57	.83	
¿El dolor interfirió en tus actividades diarias?	161	1	4	1.48	.79	
¿Has tenido dificultades para recordar cosas?	161	1	4	1.76	.88	
¿Tu estado físico o el tratamiento médico han interferido en tu vida familiar?	159	1	4	1.39	.66	
¿Tu estado físico o el tratamiento médico han interferido en tus actividades sociales?	160	1	4	1.51	.83	
¿Tu estado físico o el tratamiento médico te han causado dificultades financieras?	160	1	4	1.81	.98	
¿Cómo valorarías, en general, tu salud durante la semana pasada?	161	1	7	5.41	1.55	
¿Cómo valorarías, en general, tu calidad de vida durante la semana pasada?	161	1	7	5.58	1.59	

El análisis factorial confirmatorio mostró que la primera dimensión propuesta estado de salud global, la cual constaba de dos preguntas, no resultaron significativas y no contribuyeron a la formación del factor. La otra dimensión corresponde a funcionamiento, la cual se agrupa en varias subescalas (físico, roles, cognitivo y social). El manejo de los datos para la formación de este factor resultó en la eliminación de los reactivos: “¿Tienes que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día? (QLQ4)” y “¿Necesitas ayuda para comer, vestirte, asearte o ir al baño? (QLQ5)”. Los indicadores de bondad de ajuste para este reactivo fueron BBNFI=.85, BBNNFI=.84 con un CFI=.90 y el RMSEA=.09, los cuales fueron cercanos a 1.0 lo que indica que el modelo teórico se ajustó a los datos y cumplió con el criterio de bondad de ajuste práctico. Además, se obtuvieron valores de ($\chi^2=41$, $p=.00$) con 17gl.

Por último, la escala de síntomas teóricamente agrupa (fatiga, náuseas, vómitos, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras). En el análisis que se hizo según el comportamiento de la muestra estudiada fue necesario eliminar los reactivos “¿Ha tenido náuseas (QLQ14)” y “¿Ha vomitado? (QLQ15)”, al estar muy correlacionados con el resto de los reactivos. Los índices de bondad de ajuste para este factor fueron BBNFI=.80, BBNNFI=.94 con un CFI=.95 y el RMSEA=.03 igualmente cercanos a 1.0 por tanto validos en función del ajuste práctico. Los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=54$, $p=.12$) con 44gl. Debido al número de reactivos con que cuenta la escala (25 reactivos) y la muestra que se obtuvo fue de 178, lo cual no es una muestra grande en correspondencia con el de reactivos que tiene la escala, el análisis de los factores se realizó por separado. Finalmente, se formaron dos factores (funcionamiento y síntomas) los cuales bastan para apoyar la pertinencia de la escala para medir la CV (véase figura 2).

Figura 2: Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones funcionamiento y síntomas de la escala de calidad de vida (QLQ C-30).



La escala de valoraciones obtuvo un alfa de Cronbach con un valor de .71 (véase tabla 6). El análisis por eliminación de reactivos ofrece que en caso de suprimir el reactivo “*Ha sido difícil de controlar o resolver*” el alfa sube a .75.

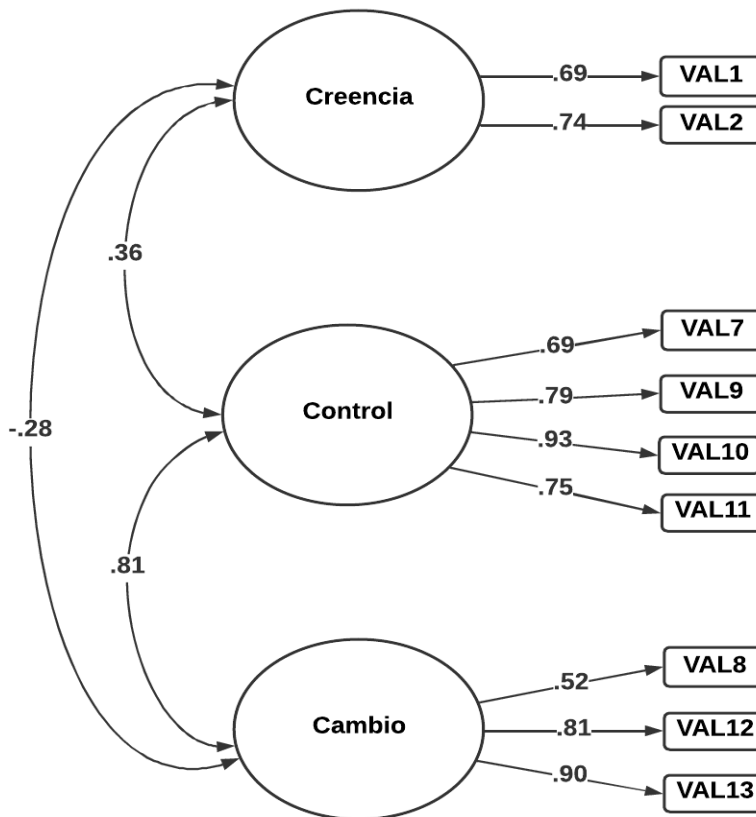
Tabla 6: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala Valoraciones.

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Valoraciones						.71
El cáncer ha producido muchas consecuencias negativas en mi vida.	163	1	4	1.97	.99	
Ha sido amenazante para mí.	162	1	4	1.98	.88	
Ha sido difícil de controlar o resolver.	163	1	4	1.61	.85	
Creo que puedo enfrentarme a esta situación.	162	1	4	3.25	.96	
El cáncer supone un desafío para mí.	161	1	4	2.62	1.04	
Trato de restarle importancia a la situación.	163	1	4	2.69	1.14	
Trato de ver algún aspecto positivo de esta situación.	163	1	4	3.40	.87	
Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación.	163	1	4	3.38	.89	
Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan.	163	1	4	3.42	.75	
Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos.	163	1	4	3.54	.70	
Trato de conocer y prepararme para esta situación.	163	1	4	3.48	.75	
Hago cosas que me ayuden a relajarme.	163	1	4	3.53	.78	
Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más segura.	163	1	4	3.56	.73	

La escala de valoraciones propone desde su referente teórico tres dimensiones creencias, control y cambio. Para fines del análisis factorial confirmatorio se realizó un análisis robusto, se eliminaron tres reactivos debido a que no resultaron significativos para la formación de los factores “ha sido difícil de controlar o resolver”, “creo que puedo enfrentarme a esta situación” y “el cáncer supone un desafío para mí”. Finalmente, se formaron los tres factores respondiendo a los indicadores de bondad de ajuste: BBNFI=.90, BBNNFI=.92 con un CFI=.94, todos cercanos

a 1.0 por tanto se ajustaron los datos al modelo. El RMSEA=.08 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=50$, $p=.00$) con 24gl (véase figura 3)

Figura 3: Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones creencia, control y cambio de la escala de valoraciones.



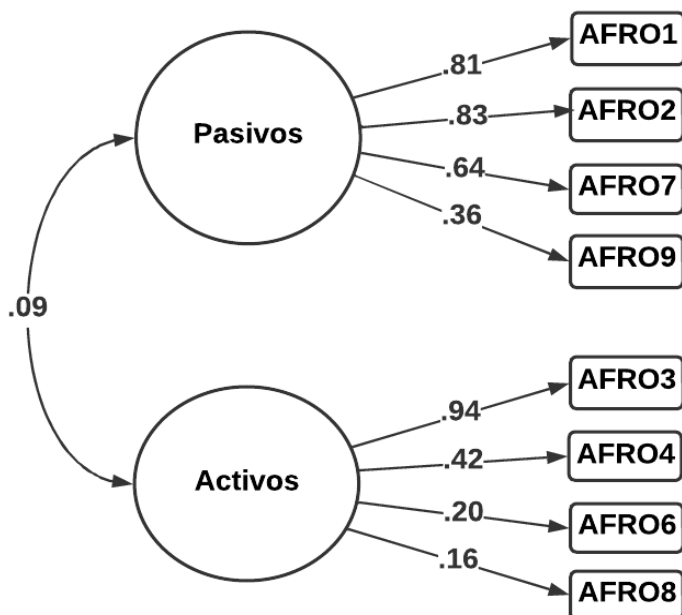
La escala de afrontamiento utilizada en el estudio fue la que menor alfa de Cronbach obtuvo de .45, sin embargo, si se elimina el reactivo “Pensé que no había nada que pudiera hacer para resolverlo” el alfa sube a .52, lo cual es un valor que aún no alcanza el estándar deseado, pero es mucho mejor que el resultado anterior. Asimismo, cabe resaltar que el reactivo que mayor desviación estándar obtuvo fue “*me puse a llorar*” como principal recurso de afrontamiento adoptado en el momento del diagnóstico (véase tabla 7).

Tabla 7: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala Afrontamiento.

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Afrontamiento		1	4			.45
Intenté buscar soluciones.	165	1	4	3.75	.65	
Me esforcé en resolver la situación.	165	1	4	3.73	.60	
Me eché la culpa de lo que pasaba.	165	1	4	1.32	.76	
Me puse a llorar.	164	1	4	2.80	1.21	
Lo repasé una y otra vez en mi mente hasta poder verlo de forma diferente.	164	1	4	3.52	.73	
Pensé que no había nada que pudiera hacer para resolverlo.	165	1	4	1.75	1.14	
Hice cosas para mejorar la situación.	164	1	4	3.76	.55	
Pensé en acabar con mi vida.	130	1	4	1.28	.71	
Acepté la realidad de que eso estaba pasando.	165	1	4	3.75	.61	

El análisis factorial confirmatorio realizado a la escala de afrontamiento corresponde con la propuesta teórica en la cual se forman dos factores: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Para que se formaran los factores y se dieran los índices de bondad de ajuste de la escala fue necesario eliminar el reactivo “Lo repasé una y otra vez en mi mente hasta poder verlo de forma diferente” ya que no aportaba a la formación del factor afrontamientos pasivos: BBNFI=.88, BBNNFI=.97 con un CFI=.98 todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.03 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=22$, $p=.26$) con 19gl (véase figura 4).

Figura 4: Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones afrontamiento activos y afrontamientos pasivos de la escala de afrontamiento.

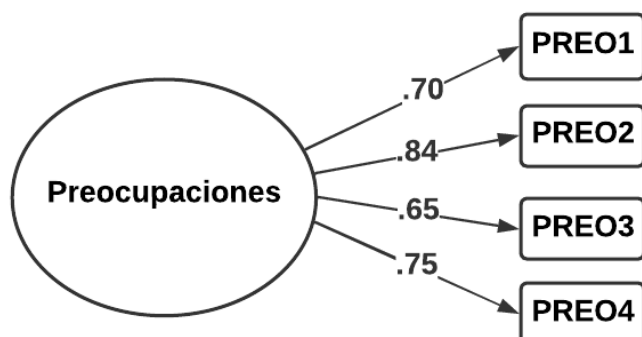


El análisis de confiabilidad de la escala de preocupaciones ha ofrecido un alfa de .82 (véase tabla 8). La escala pretende medir las preocupaciones relacionadas con el padecer cáncer y sobre el retorno de la enfermedad, agrupados en un solo factor. El análisis factorial confirmatorio de la escala ofreció como resultados que efectivamente se forma un solo factor, donde los cuatro reactivos fueron significativos. Los índices de bondad de ajuste fueron: BBNFI=.96, BBNNFI=.93 con un CFI=.97, todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.09 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=4.8$, $p=.09$) con 2gl (véase figura 5).

Tabla 8: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala de Preocupaciones.

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Preocupaciones						.82
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia has pensado sobre las probabilidades de desarrollar cáncer?	167	1	4	1.90	.85	
Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado tu estado de ánimo?	167	1	4	1.62	.80	
Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado tu capacidad para realizar sus actividades del “día a día”?	167	1	4	1.38	.70	
El estar preocupado por el retorno del cáncer ¿es un problema para ti?	167	1	4	1.89	.95	

Figura 5: Análisis factorial confirmatorio de la escala de preocupaciones.



Los estados emocionales negativos de ansiedad y depresión se midieron por medio de la escala validada en México Mini-MASQ. De acuerdo con los fines de esta investigación fue aplicada en una muestra de mujeres con cáncer de mama y obtuvo un alfa de Cronbach de .88. Se realizaron los análisis estadísticos descriptivos de media y desviación estándar y resulta relevante comentar que los siguientes reactivos obtuvieron cifras más altas en comparación al resto: *tuve la boca muy seca, sentí que tenía un montón de cosas interesantes que hacer, sentí que nada era agradable, sentí como si tuviera mucho por delante y me sentí tensa o "excitable"*. La angustia, ansiedad, y depresión son estados emociones negativos entre la

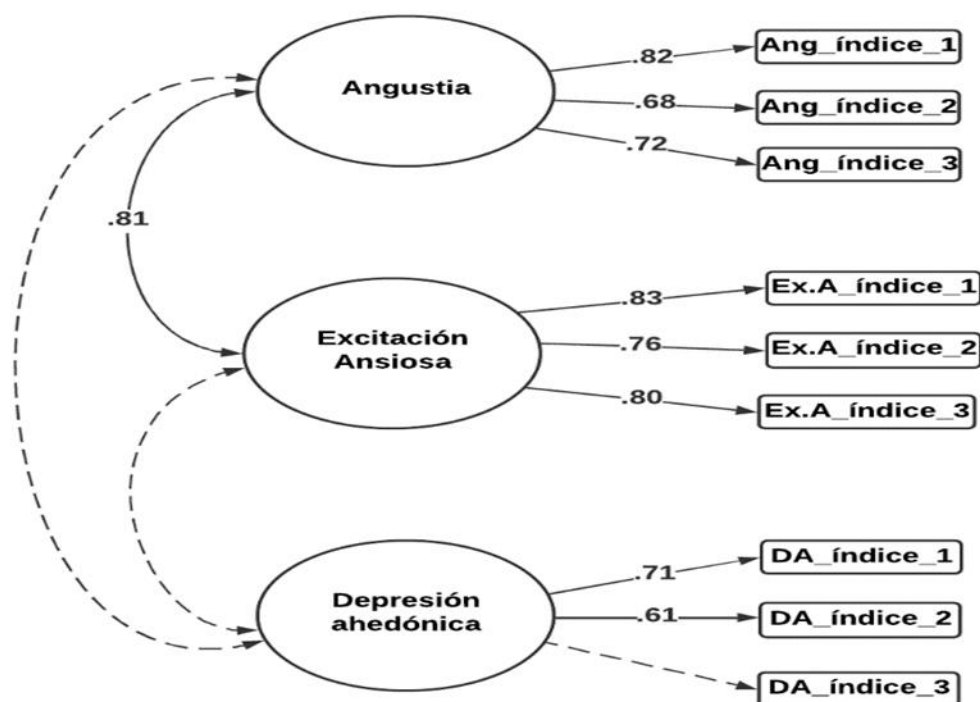
muestra estudiada partiendo de que la mayoría de las mujeres tenían más de un año de haber sido diagnosticadas y estos estados emocionales son más comunes en los 12 meses posteriores al diagnóstico, (Edward et al., 2019). Lo que evidencia la necesidad de intervenciones psicológicas en pacientes de cáncer de mama al culminar los tratamientos (véase tabla 9).

Tabla 9: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala de Ansiedad y Depresión.

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Ansiedad y Depresión						.88
Me sentí desanimada.	167	1	5	1.97	1.06	
Mis manos estaban temblorosas.	167	1	5	1.35	.77	
Me sentí inútil.	167	1	5	1.54	.99	
Me sentí muy feliz.	166	1	5	2.10	1.16	
Me sentí deprimida.	167	1	5	1.42	.83	
Me faltó el aire.	167	1	5	1.65	.92	
Me sentí incómoda.	167	1	5	1.52	.91	
Tuve escalofríos o bochornos.	167	1	5	1.29	.84	
Me sentí como un fracaso.	167	1	5	1.29	.70	
Sentí como que me estaba divirtiendo mucho.	167	1	5	1.54	.98	
Mis manos estuvieron frías y sudorosas.	167	1	5	1.75	1.10	
Me sentí alejada de las otras personas.	167	1	5	1.25	.66	
Me sentí tensa, "al borde".	168	1	5	1.29	.66	
Me sentí como si tuviera mucha energía.	167	1	5	1.45	.86	
Estuve temblando o estremecida.	167	1	5	1.65	.97	
Tuve problemas para tragar.	167	1	5	1.30	.69	
Sentí desesperanza.	167	1	5	1.38	.83	
Me sentí mareada o aturdida.	167	1	5	1.90	1.11	
Me sentí realmente "arriba" o animada.	167	1	5	1.53	.86	
Me sentí como si estuviera ahogándome.	167	1	5	1.79	1.00	
Mis músculos temblaban o se contraían.	167	1	5	3.59	1.25	
Tuve la boca muy seca.	167	1	5	4.20	1.04	
Sentí que tenía un montón de cosas interesantes que hacer.	167	1	5	4.15	1.14	
Sentí que nada era agradable.	167	1	5	4.16	1.14	
Sentí como si tuviera mucho por delante.	167	1	5	3.12	1.33	
Me sentí tensa o "excitable".	167	1	5	3.10	1.40	

El análisis factorial confirmatorio de la escala ofreció como resultados que efectivamente se forman los tres factores. Los índices de bondad de ajuste fueron: BBNFI=.89, BBNNFI=.95 con un CFI=.97, todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.05 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=22.15$, $p=.17$) con 17gl (véase figura 6)

Figura 6: Análisis factorial confirmatorio de la escala de ansiedad y depresión Mini MASQ.



Los resultados relacionados con la escala de Acceso a la Justicia indicaron que las pacientes recibieron toda la información acerca de su problema de salud y sus tratamientos. Pues, en ambos reactivos se obtuvo una media estadística de 4.02 y una desviación estándar de 1.21, donde la respuesta que mayor frecuencia recibió fue “Todo el tiempo”. Además, se puede observar el indicador de confiabilidad de la escala igual a .73 que demuestra la fiabilidad de la escala y sus reactivos para medir los objetivos que se pretende con ella (véase tabla 10).

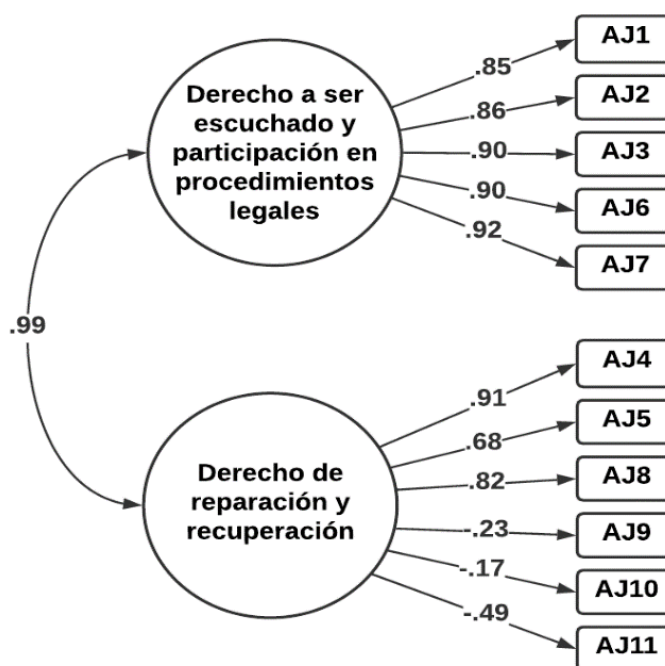
Tabla 10: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala de Acceso a la Justicia

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Acceso a la Justicia						.73
Me proporcionaron información acerca de los diferentes tratamientos para mi problema de cáncer.	163	1	5	4.56	.963	
Escucharon mis dudas acerca de los tratamientos.	163	1	5	4.54	.964	
Tomaron en cuenta mi opinión para seleccionar el mejor tratamiento.	162	1	5	4.44	1.158	
En caso de que tuviera un problema con el tratamiento me proporcionaron la ayuda para poder corregirlo.	163	1	5	4.53	1.050	
Me proporcionaron los recursos adicionales para afrontar los tratamientos (prótesis y/o peluca).	163	1	5	4.00	1.618	
Me permitieron participar en la planeación del tratamiento.	163	1	5	4.35	1.279	
Me orientaron acerca de las diferentes posibilidades de tratamiento.	162	1	5	4.49	1.099	
Me acompañaron en los diferentes procesos en caso de que tuviera algún problema con el tratamiento.	163	1	5	4.44	1.128	
Me proporcionaron ayuda para mi recuperación psicológica.	157	1	5	2.55	1.802	
Tuve problemas porque los aparatos no servían.	163	1	5	1.61	1.026	
No tuve acceso a un oncólogo.	161	1	5	1.62	1.360	
Las quimioterapias o radiaciones se retrasaron porque no había medicamento o no servían los aparatos.	163	1	5	1.61	.965	
Tuve que hablar con alguien más para que me atendiera un médico.	163	1	5	1.25	.695	
Tuve que hablar con alguien en el hospital para que me dieran el tratamiento.	163	1	5	1.26	.766	
Me proporcionaron información acerca de los diferentes tratamientos para mi problema de cáncer.	163	1	5	4.56	.963	
Escucharon mis dudas acerca de los tratamientos.	163	1	5	4.54	.964	
Tomaron en cuenta mi opinión para seleccionar el mejor tratamiento.	162	1	5	4.44	1.158	
En caso de que tuviera un problema con el tratamiento me proporcionaron la ayuda para poder corregirlo.	163	1	5	4.53	1.050	
Me proporcionaron los recursos adicionales para afrontar los tratamientos (prótesis y/o peluca).	163	1	5	4.00	1.618	
Me permitieron participar en la planeación del tratamiento.	163	1	5	4.35	1.279	
Me orientaron acerca de las diferentes posibilidades de tratamiento.	162	1	5	4.49	1.099	
Me acompañaron en los diferentes procesos en caso de que tuviera algún problema con el tratamiento.	163	1	5	4.44	1.128	
Me proporcionaron ayuda para mi recuperación psicológica.	157	1	5	2.55	1.802	
Tuve problemas porque los aparatos no servían.	163	1	5	1.61	1.026	
No tuve acceso a un oncólogo.	161	1	5	1.62	1.360	

En el análisis factorial de confirmatorio de la escala de Acceso a la Justicia la propuesta teórica comprendía tres factores. El primer factor se refiere al derecho a ser escuchado y participar en procedimientos legales, el segundo al derecho a la protección y el tercero al derecho de reparación y recuperación. Durante el análisis el segundo factor no se formó por lo cual se excluyó por no ser significativos sus reactivos. Quedaron dos factores que finalmente se

conformaron por los siguientes reactivos. Los índices de bondad de ajuste para este factor fueron BBNFI=.86, BBNNFI=.86 con un CFI=.89 cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.15 resultó un poco alto y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=196$, $p=.00$) con 43gl, (véase figura 7).

Figura 7: Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones derecho a ser escuchado, derecho de participación en procedimientos legales y derecho de participación y recuperación de la escala acceso a la justicia.



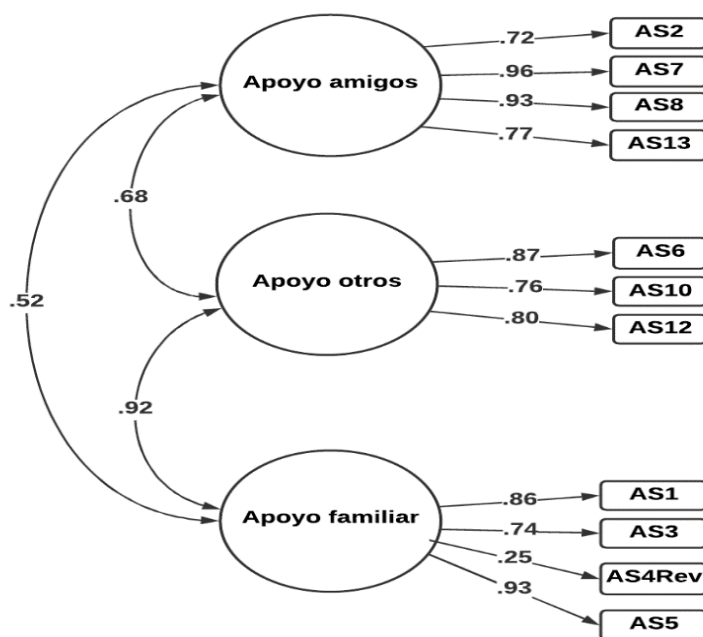
En el caso de la escala de Apoyo Social resultaron relevantes los ítems “Tengo personas que me apoyan” y “Estoy segura de que hay gente que confía en mí” donde la respuesta con mayor frecuencia de aparición fue “Siempre”. Igualmente se puede observar el índice de confiabilidad igual a .77 que se refleja una fiabilidad de la escala. En este caso el análisis estadístico ofrece que al eliminar el reactivo “Solo cuento conmigo mismo” el alfa puede subir a .81, (véase tabla 11).

Tabla 11: Estadísticas descriptivas y Alfa de Cronbach de la escala de Apoyo Social.

Escala y variables	N	Min	Max	X	D.E.	Alfa
Apoyo Social						.74
En mi familia nos ayudamos unos(as) a otros(as).	163	1	5	4.55	.91	
Cuando tengo un problema, puedo contárselo a mis amigos(as).	163	1	5	4.40	1.08	
En mi familia nos tratamos con cariño y respeto.	162	1	5	4.71	.69	
En mi familia cada quien está en sus cosas, sin preocuparnos mucho por los(as) demás.	163	1	5	2.47	1.63	
Me siento valorada por mi familia.	162	1	5	4.60	.85	
Tengo personas que me apoyan.	163	1	5	4.67	.69	
Cuento con mis amigos(as).	162	1	5	4.35	1.10	
Mis amigos(as) y compañeros(as) me han dado buenos consejos.	163	1	5	4.29	1.12	
Me siento aceptado por mis compañeros(as).	161	1	5	4.47	.97	
Me siento querida y apoyada por otras personas, además de mi familia y amigos(as).	163	1	5	4.59	.79	
Cuento con el apoyo de alguna institución de gobierno o institución religiosa.	161	1	5	2.49	1.77	
Estoy segura de que hay gente que confía en mí.	163	1	5	4.69	.67	
Cuando estoy triste o tengo algún problema, mis amigos(as) y compañeros(as) logran hacerme sentir mejor.	163	1	5	4.36	1.10	
Cuento con algún apoyo por parte de mi trabajo.	161	1	5	3.76	1.72	
Sólo cuento conmigo misma.	160	1	5	1.94	1.52	
Si tuviera un problema no dudaría en recurrir a mi familia.	163	1	5	3.19	1.84	
En mi familia nos ayudamos unos(as) a otros(as).	163	1	5	4.55	.91	

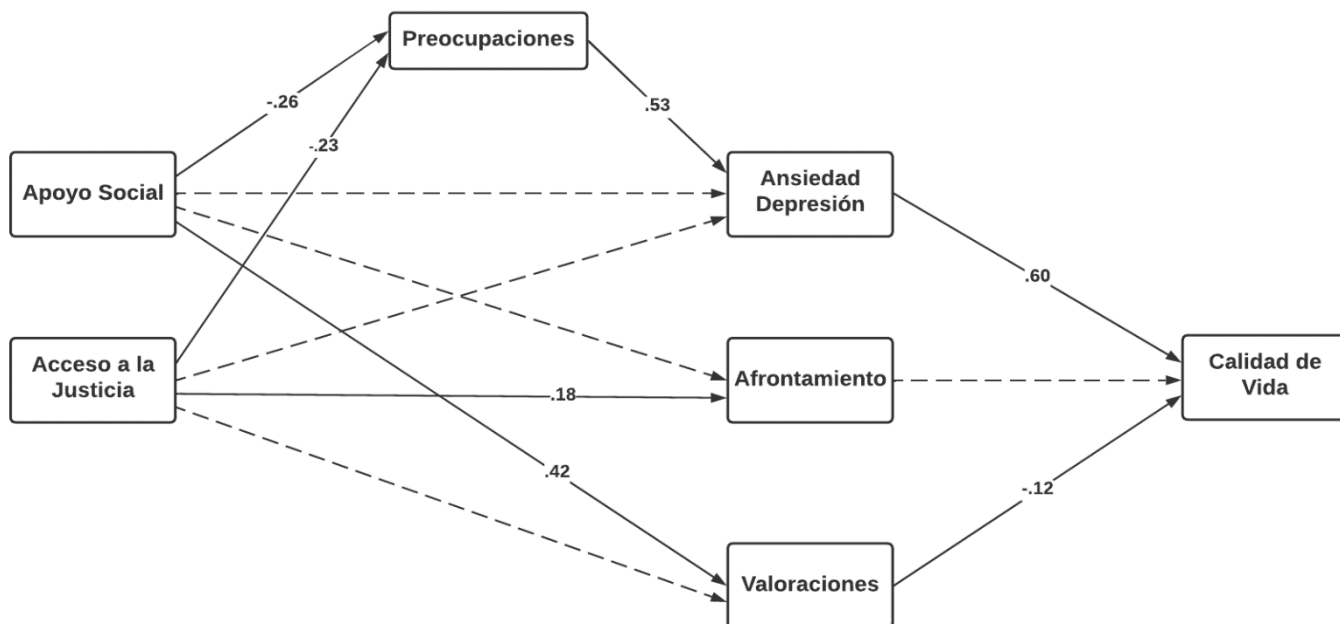
Igualmente, se le realizó análisis factorial confirmatorio a la escala de apoyo social la cual en su propuesta teórica se divide en tres factores (amigos, familia y otros). La pertinencia estadística de la escala resultó difícil de lograr porque los factores estaban muy correlacionados principalmente el factor otros con el factor amigos. Los índices de bondad de ajuste para este factor fueron BBNFI=.91, BBNNFI=.97 con un CFI=.97 cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.04 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=53$, $p=.00$) con 41gl, (véase figura 8).

Figura 8: Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones apoyo social de amigos, familia y otros de la escala de apoyo social.



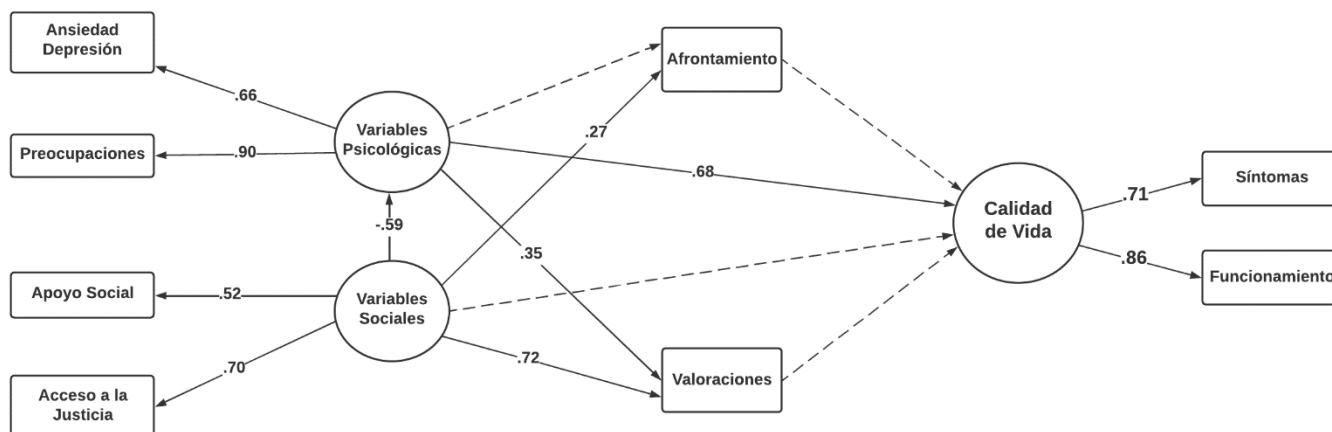
A continuación, se muestra el modelo de trayectorias que resultó de los datos de la muestra estudiada. En el modelo se puede observar cómo se comporta el fenómeno de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama y las variables que inciden en ella, (véase figura 7). Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron: BBNFI=.95, BBNNFI=.96 con un CFI=.98, todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.05 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=11.42$, $p=.17$) con 8gl, (véase figura 9).

Figura 9: Modelo de trayectorias



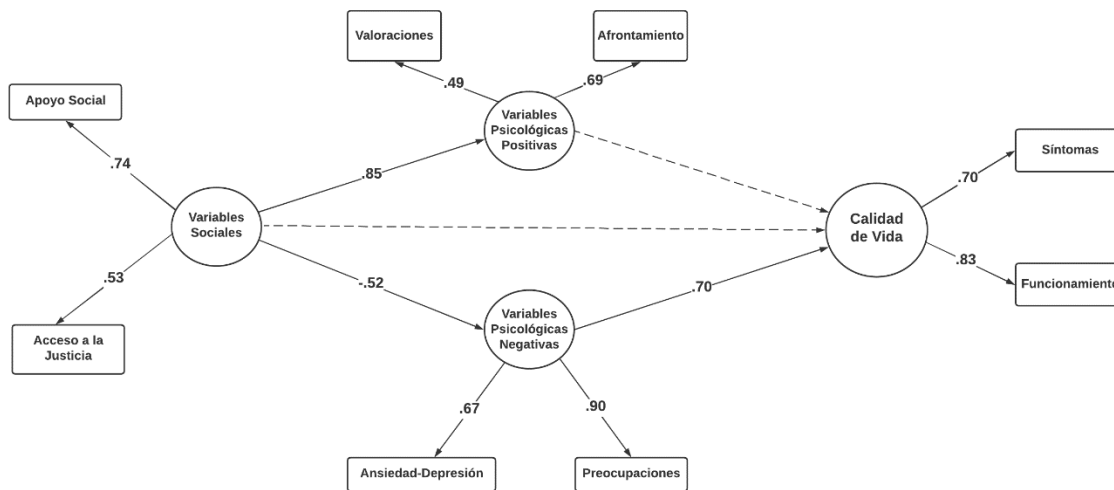
Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron: BBNFI=.95, BBNNFI=.96, con un CFI=.98, todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.05 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=11.42$, $p=.17$) con 8gl.

Figura 10: Modelo estructural A.



Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron: BBNFI=.90, BBNNFI=.88 con un CFI=.94, todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.08 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=28$, $p=.01$) con 14gl.

Figura 11: Modelo estructural B.



BBNFI=.89, BBNNFI=.89 con un CFI=.90, todos cercanos a 1.0 por tanto son válidos en función del ajuste práctico. El RMSEA=.08 y los estadísticos de chi cuadrado fueron ($\chi^2=30.46$, $p=.01$) con 15gl.

En la próxima tabla (véase tabla 12) se muestra que existe una correlación entre las variables del estudio. De forma general existe una correlación significativa en el nivel 0.05 (bilateral) entre Calidad de Vida, Apoyo Social, Acceso a la justicia, Preocupaciones, Ansiedad-Depresión, Afrontamiento y Valoraciones. Igualmente se puede observar una correlación significativa en el nivel 0.01 (bilateral) entre la variable Valoraciones con Acceso a la Justicia y Preocupaciones y entre la Calidad con el Afrontamiento y las Valoraciones.

Tabla 12: Correlaciones de Pearson entre las variables apoyo social, acceso a la justicia, preocupaciones, ansiedad-depresión, afrontamiento, valoraciones y calidad de vida.

Variabes	1	2	3	4	5	6	7
1. Apoyo social	1						
2. Acceso a la Justicia	-.375**	1					
3. Preocupaciones	-.342**	-.310**	1				
4. Ansiedad-Depresión	-.326**	-.323**	.592**	1			
5. Afrontamiento	.101	.206**	-.012	-.024	1		
6. Valoraciones	.429**	.185*	-.174*	-.066	.152	1	
7. Calidad de Vida	-.358**	-.332**	.414**	.620**	-.169*	-.172*	1

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

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

Desde el punto de vista del análisis de la regresión lineal (véase tabla 13), se encuentra la R cuadrada = .430 lo que indica que se puede suponer el 43% de la varianza de la CV.

Tabla 13: Regresión de las variables del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,655 ^a	,430	,407	,27681

a. Predictores: (Constante), Valoraciones, Ansiedad-Depresión, Afrontamiento, Acceso a la Justicia, Apoyo Social y Preocupaciones

b. Variable dependiente: Calidad de Vida

A partir de los resultados de la regresión también se obtiene la ANOVA (véase tabla 13) donde la $F=7.735$ resultó ser significativa. Por tanto, sugiere que el modelo de regresión predice significativamente bien la CV.

Tabla 14: ANOVA

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	8.889	6	1.482	19.335	,000 ^b
	Residuo	11.800	154	.077		
	Total	20.690	160			

a. Variable dependiente: Calidad de Vida

b. Predictores: (Constante), Valoraciones, Ansiedad-Depresión, Afrontamiento, Acceso a la Justicia, Apoyo Social y Preocupaciones

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que más de la mitad de las pacientes reportaron un impacto de la enfermedad en su salud mental en mayor o menor grado. Sin embargo, resulta un hallazgo que solo el 10.7% recibió atención por parte de un profesional de la salud mental. Este hecho entra en contradicción con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, la cual promueve el acceso a un tratamiento integral. Podría deberse a la falta de personal entrenado en cuestiones de salud mental ya que en el 2019 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó que existían 12 psicólogos por cada 10 mil habitantes, cifra insuficiente para ofrecer un servicio de salud mental y atención psicológica satisfactoria a la población mexicana (Cortés Ojeda, 2021).

La atención a la salud mental en las mujeres con cáncer de mama es algo que preocupa como uno de los resultados del estudio. Teniendo en cuenta que es conocimiento científico y popular las afectaciones psicoemocionales que provoca el cáncer de mama, la evaluación y tratamiento por parte de un profesional de la psicología en las mujeres estudiadas resultó limitado o casi nulo. Considerando que se evaluó una muestra mixta de mujeres cubanas y mexicanas, ambos países con sistemas de salud totalmente diferentes, los resultados en este aspecto son bastante similares, casi ninguna mujer ha recibido atención por parte de un profesional para dar seguimiento y tratamiento a las alteraciones que la enfermedad provoca en la salud mental. Este hecho representa un aspecto importante sobre las políticas de salud y la necesidad de brindar al paciente con cáncer un servicio integral multidisciplinario que incorpore la atención de varios especialistas en especial psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros.

Por otro lado, está el hecho de que las mujeres con cáncer de mama no visualizan la necesidad de asistir a una consulta psicológica como parte de su tratamiento, coincidiendo con

reportes anteriores que hacen alusión a la idiosincrasia mexicana y de forma general a todas las latinoamericanas donde ir al psicólogo no está bien visto socialmente, (Cruz, 2015; Espinosa et al., 2018). A lo anterior se suman las preocupaciones que en vez de estar relacionadas con la enfermedad y la posibilidad de una recaída, tienen que ver con el cuidado de los hijos y a terceras personas (Blasco & Fuentes, 2010). Este comportamiento posiblemente hable de falta de autocuidado entre las mujeres con cáncer de mama, debido a que al hacer una lista de sus preocupaciones quedan en un segundo plano las relacionadas con el tratamiento, el pronóstico de la enfermedad y su bienestar personal.

El hecho es, que esta evidencia es una oportunidad para la implementación de intervenciones psicológicas en los diferentes niveles de atención de salud orientadas al autocuidado, autoestima, creencias, desmitificación de la asistencia psicológica y otras problemáticas relacionadas con el cuidado y el bienestar de la salud mental. Además, los datos recogidos sobre la atención por parte de profesionales de la salud mental son la muestra en estadísticas de la necesidad de aumentar los recursos del gobierno destinados a programas para resolver la crisis actual que atraviesa el país en cuanto a disponibilidad y acceso a los servicios de salud mental (Peralta Vazqu ez, 2022; Reynoso Alcántara, 2019).

Uno de los pilares de esta etapa fue el análisis factorial confirmatorio realizado a las escalas para comprobar sus propiedades psicométricas. La escala de ansiedad y depresión Mini MASQ obtuvo un alfa de .88 pero en análisis factorial confirmatorio hubo que hacer varios análisis para arribar a los indicadores de bondad de ajuste aceptados. Conviene mencionar que la base teórica creada sobre esta escala no ha dado problemas en análisis anteriores, (Corral-Frías et al., 2019) probablemente porque se ha probado en estudiantes universitarios. Es la primera ocasión que se prueba en pacientes con cáncer de mama, lo que puede indicar que el fenómeno se comporte de manera diferente en población oncológica. Los inconvenientes

contaron además con el añadido de ser una muestra bicultural compuesta por mujeres cubanas y mexicanas en plena pandemia de COVID 19.

El comportamiento observado en función de los estados emocionales que mide la escala orienta a pensar en una forma diferente de vivenciar la ansiedad y la depresión debido a las diferencias culturales entre la idiosincrasia cubana y la mexicana. El análisis factorial confirmatorio que se expone es solo de la población cubana porque representan la mayor parte de la muestra. Para confirmar si el fenómeno se comporta igual en población mexicana es necesario aumentar su número para que sean válidos los resultados. Siendo así, resultó necesario eliminar algunos reactivos para que se formaran los tres factores que propone la teoría sobre el uso del Mini MASQ.

Ubicándonos en el contexto en el cual se dio la investigación las pacientes con cáncer de mama estudiadas, además estuvieron bajo el estrés provocado por las medidas implementadas para controlar el COVID 19 y la situación de crisis emocional y económica que se generó a nivel mundial. Hechos que pueden haber afectado las respuestas sobre los estados emocionales de la muestra y por tanto igualmente los análisis factoriales confirmatorios porque, aunque la escala se haya probado anteriormente en otras poblaciones, la muestra estudiada es una población que vivenció su enfermedad por cáncer de mama durante el periodo de pandemia bajo características socioambientales sanitarias especiales.

Al declarar la fase de emergencia sanitaria, uno de los sectores más afectados fueron los servicios no esenciales y dentro de ellos toda la atención relacionada con el cáncer de mama, dígame consultas y mamografías de rutina, pruebas por imágenes para vigilancia y detección, procedimientos de cirugía (mastectomías y reconstrucción mamaria), radioterapia y quimioterapia, (Sollozo-Dupont et al., 2022; Uscher et al., 2022). La muestra que se estudió se vio afectada por estas cuestiones principalmente por la suspensión de cirugías y tratamientos debido a crisis en el abastecimiento de insumos médicos y el colapso de las instituciones de

salud. Además, la situación epidemiológica incidió de cierta forma en la fase de diagnóstico de muchas mujeres de la muestra las cuales retardaron o aplazaron sus diagnósticos debido al confinamiento de los últimos dos años por el Covid 19.

Los datos obtenidos armonizan con investigaciones anteriores las cuales avalan el impacto generalizado de COVID-19 en el diagnóstico de todos los tipos de cánceres, principalmente el cáncer de mama y sus consecuencia en la tiempo y calidad de la etapa de supervivencia (Dinmohamed et al., 2020; Figueroa et al., 2021; Peng et al., 2020; Sud et al., 2020)

En la escala de preocupaciones, a diferencia del Mini MASQ, no hubo que dividir la muestra en población mexicana y cubana porque los indicadores de bondad de ajuste resultaron adecuados y se formó un solo factor tal y como sugiere la teoría, (Blasco & Fuentes, 2010), sin necesidad de eliminar ningún reactivo. Conviene mencionar que la situación provocada por el COVID 19 igualmente afectó las preocupaciones de las pacientes, las cuales se orientaron no solo hacia la enfermedad del cáncer sino en cómo protegerse del virus debido a su condición de vulnerabilidad. En suma, se generó otra situación colateral representada por la suspensión de citas, consultas y tratamientos previamente coordinados por el miedo a enfermarse al asistir a los hospitales, viajar o estar en contacto con personal sanitario, (del Cura-González et al., 2022; Mosella V. et al., 2020). Otra de las preocupaciones expuestas con relación al cáncer fue la recurrencia de la enfermedad, hecho que según la literatura consultada es más frecuente en la etapa de supervivencia, (Brown et al., 2020; Maheu et al., 2021).

En el análisis factorial confirmatorio de la escala de apoyo social se observó una covarianza alta entre los factores amigos y otros, lo que indica que es difícil diferenciar entre estos dos factores porque pueden estar midiendo lo mismo o referirse al mismo grupo de personas. Ciertamente desde la formulación de los reactivos no está diferenciado con claridad, por tanto, hubo que eliminar varios de ellos.

La teoría de la escala de acceso a la justicia propone tres factores, pero al probarla en la muestra estudiada solo se formaron dos: el derecho a ser escuchado y de participación en procedimientos legales y el derecho de reparación y de recuperación. Además, hubo que eliminar algunos reactivos que no fueron significativos para la formación de los factores.

En cuanto al análisis factorial confirmatorio de la escala de afrontamiento los resultados corresponden con la teoría propuesta por De los Santos (2017). En la cual se especula sobre la formación de dos factores los afrontamientos activos y los afrontamientos pasivos. Durante los análisis se les realizó la reversa a cuatro reactivos y se eliminó uno hasta formar los factores que lograron los índices de bondad de ajuste adecuados. Según el referente teórico de la escala de valoraciones se proponen tres dimensiones que agrupan a los reactivos en creencias, control y cambio. Las dimensiones generan confusión de acuerdo con su correspondencia con los reactivos porque se correlacionan mucho entre sí.

En el análisis factorial confirmatorio de la escala de calidad de vida hubo que realizar varios análisis para llegar a los índices de bondad de ajuste. En primer lugar, se analizaron los factores que propone la teoría: dimensión de calidad de vida y estado de salud global, dimensión de funcionamiento que incluye funcionamiento físico, social, cognitivo, emocional y de roles y la dimensión de síntomas que incorpora todos los reactivos referidos a fatiga, náuseas, vómitos, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento diarrea y dificultades financieras. De todas estas dimensiones se conservaron dos, la de síntomas y la de funcionamiento. En el caso del factor de funcionamiento se realizaron índices para los reactivos que correspondían a la misma subescala de roles, físico y se agruparon en el mismo factor a los reactivos que pertenecían al funcionamiento social y cognitivo. En la dimensión de síntomas se consideraron todos como parte de la misma dimensión sin hacer distinciones de segundo orden dentro del factor.

Los resultados encontrados que se asocian con la falta de una adecuada CV han sido respaldados por otros estudios. Uno de las dificultades encontradas tiene que ver con la esfera sexual donde se reportaron alteraciones en la calidad de vida sexual, (Brajkovic et al., 2021; Rosenberg et al., 2020) ya sea que se deba a problemas con la autoimagen, incomprensión y falta de apoyo por parte de la pareja o disminución en la lubricación vaginal. El tipo de cirugía también incide en el funcionamiento mostrando una clara diferencia de comportamiento en la vida conyugal entre las mujeres que fueron sometidas a una cirugía conservadora vs mastectomía. Siendo estas últimas las que presentan mayor presencia de síntomas emocionales negativos (Alvarez-Pardo et al., 2022). Por otra parte, hay presencia de dificultades en el funcionamiento cognitivo principalmente en las pacientes que se encontraban en medio de su tratamiento por quimioterapia las cuales refirieron dificultades para recordar cosas. Estos eventos relacionados con un deterioro cognitivo durante la quimioterapia tienen un fundamento teórico en investigaciones anteriores (Rodríguez Martín et al., 2020), donde se evidencia una recuperación de la dificultad algunos meses después de terminado el tratamiento. Hecho que no debe ser tomado a la ligera ya que es un factor de riesgo importante que avizora un deterioro cognitivo en el futuro y una predisposición a síntomas de ansiedad y depresión.

Al realizar los análisis correspondientes con el modelo de trayectorias la variable de acceso a la justicia muestra su relevancia iniciando el camino que impacta en la CV a través de las preocupaciones, la ansiedad y la depresión. Los resultados afirman la necesidad de incluir en las evaluaciones modernas las condiciones, políticas y prácticas con que cuentan las pacientes para enfrentar la enfermedad como indicador de las posibilidades reales de acceso a la salud y los recursos de apoyo sociales, emocionales y gubernamentales que tienen a su alcance, (Grau et al. 2016). Los asuntos económicos y su influencia en todo lo relacionado con la enfermedad han recibido mayor atención por parte de la comunidad científica, siendo un hecho que las cuestiones que más afectan a la familia y al paciente en relación con el impacto psicosocial ante

el cáncer de mama están referidos a la esfera económica (Triana & Días, 2018). La misma esfera económica que tiene que ver con el acceso a la salud que además influye directamente en la detección precoz de la enfermedad por disímiles razones (Martínez-Cannon et al., 2020).

La hipótesis planteada solamente se cumple en el modelo de trayectorias. En ambas versiones del modelo estructural la hipótesis de que las valoraciones impactan en la CV no se da. Ciertamente en la bibliografía no existe mucha información al respecto lo que podría ser un camino para nuevas investigaciones, teniendo claro que es probable que en la muestra actual no se dé la relación por el tamaño de la muestra y la diferencia cultural.

En cierto modo, el apoyo social ejerce sus efectos protectores a través de las influencias positivas del entramado de relaciones sociales, funcionales y asertivas con las cuales el paciente interactúa. Esto a su vez tiene un efecto directo en el bienestar de acuerdo con Armstrong et al. (2005) y por su grado de similitud entre los conceptos bienestar y CV se puede decir que tiene un efecto protector y positivo en la CV de las mujeres con cáncer de mama. Argumentos que refuerzan la importancia de este tipo de estudios. Las valoraciones en el modelo de trayectorias muestran una relación con el apoyo social que impacta en la CV. De acuerdo con la teoría de (Barroilhet et al., 2005), a mejores valoraciones sobre la enfermedad mejores serán los indicadores de CV aportados por la muestra.

En fin, en el modelo de trayectorias como en ambas versiones del modelo estructural se muestra una relación directa entre la ansiedad y la depresión como factor de riesgo para una calidad de vida adecuada. Los resultados están en línea con la literatura, donde se han encontrado evidencias de niveles altos de ansiedad y depresión relacionados con la cirugía de la mama afectada, la quimioterapia y la enfermedad en general, (Wagner et al., 2019) y se reconoce al cáncer de mama como un agravante adicional del factor de riesgo para la depresión y la ansiedad (Weiss Wiesel et al., 2015).

Los análisis estructurales aportaron que la relación entre la CV y acceso a la justicia a pesar de no poder visualizarse como una relación directa, muestran su conexión a través de las variables psicológicas. Teniendo claro que en cuestiones de acceso a la salud las mujeres con cobertura de salud pública presentan por lo general una enfermedad más avanzada en el momento del diagnóstico, (Liedke et al., 2014) y una peor CV. Ya sea debido a cuestiones de acceso a la salud o a barreras raciales/étnicas, educativas y/o financieras, (Lee et al., 2021), que responden a los lineamientos del acceso a la justicia como concepto involucrado con los derechos humanos. Siendo estas problemáticas uno de los principales problemas de salud pública en países de bajos y medianos ingresos (Cancel et al., 2019)).

Por otra parte, Lila et al. (2013) encontraron entre sus resultados que a mayor nivel de apoyo social mayor ajuste psicológico. Estos datos son comparables con los obtenidos en la presente investigación analizando la relación existente entre una valoración de la CV positiva y un adecuado ajuste psicológico. En el mismo sentido, se habla sobre una relación entre apoyo social, ajuste psicológico y bienestar por medio de la accesibilidad de recursos materiales y apoyo social absoluto, dichos resultados de cierta forma coinciden con las variables manejadas en el estudio donde se podría decir que se declara la importancia del acceso a la justicia como acceso a la salud a través de los datos referidos sobre la relación entre apoyo social y bienestar en función del acceso a los recursos materiales (Rodríguez & Cantera, 2013). A pesar de que está claro que el acceso a la justicia es mucho más que acceso a los recursos materiales y de salud.

Hay que partir de la realidad social que la muestra estudiada no solo estuvo expuesta al estrés de la enfermedad, sino que se vio agravada por la situación de la pandemia y sus medidas de control. Sin dudas, la enfermedad genera un grupo de preocupaciones y estados emocionales que pueden ser fácilmente influenciados por aspectos sociales y/o características sociodemográficas. En este caso el apoyo social se asocia con niveles más bajos de depresión, menos síntomas asociados al tratamiento, mejores valoraciones de salud global y de CV

funcional, (Azebedo et al. 2017, Civilotti et al., 2021; Naseri & Taleghani, 2018) y cuestiones semejantes al acceso a la justicia pueden potenciar el malestar psíquico. De esta forma se prueba la hipótesis de que contar con redes de apoyo funcionales y un acceso a la justicia eficaz tienen un impacto en los estados emocionales que inciden en la calidad de vida, aunque sea de forma indirecta a través de las variables psicológicas.

Es un hallazgo de la investigación que los afrontamientos no hayan mostrado conexión con la CV en ninguno de los modelos propuestos (trayectoria y estructurales). Siendo uno de los objetivos específicos del estudio se puede decir que no se cumple la hipótesis propuesta en donde se plantea que “las estrategias de afrontamiento adoptadas ante el cáncer tendrán un impacto positivo en la CV de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama”. En cambio, el afrontamiento recibe en todos los modelos la relación por parte de las variables sociales mostrando una conexión entre acceso a la justicia y apoyo social con las estrategias de afrontamiento que pudiesen adoptar las pacientes. Este hallazgo encuentra su referente teórico en investigaciones anteriores (Kelkil et al., 2022; Kugbey et al., 2020) donde tener apoyo social incide en la adopción de estrategias de afrontamiento positivas.

La comunidad científica ha ubicado al apoyo social como un rol mediador en la CV de las pacientes con cáncer de mama. En este sentido, hay una fuerte evidencia de que la presencia del apoyo social de amigos, familiares, personal de salud e instituciones gubernamentales son un pronóstico prometedor para una mejor CV (Ban et al., 2021) ya que son una fuente de apoyo informativo, económico y emocional, (Adam & Koranteng, 2020). Tal y como se muestra en las relaciones que se dan en el modelo estructural B a mayor apoyo social efectivo menos ansiedad y depresión que puedan provocar una disminución en la calidad de vida o en el bienestar de una paciente con cáncer de mama (Fong et al., 2017). De hecho, el impacto que tienen las variables sociales en la CV a través de las variables psicológicas o como mediadores entre ellas y la calidad de vida, juegan un papel esencial en la reducción del aislamiento social y síntomas asociados con

la falta de CV como angustia, depresión y ansiedad, (Liu et al., 2021) y todas las esferas de funcionamiento físico, de roles, social y cognitivo.

En conclusión, el estudio probó algunas de las relaciones que se habían propuesto y mostró la importancia de estudiar la relación existente entre apoyo social, acceso a la justicia, ansiedad, depresión, preocupaciones y su impacto en la CV. Además de probar la necesidad de incluir el acceso a la justicia como una nueva variable vinculada a los estudios de CV dentro del problemática del cáncer de mama. La ventaja de estudiar este tipo de fenómenos y sus interacciones es que abren el camino hacia posibles programas de intervención desde la formulación de nuevas políticas públicas que mejoren al acceso a la justicia y por demás aumenten la CV de las mujeres con cáncer de mama.

Igualmente, este tipo de investigaciones motiva a nuevos trabajos con mayores alcances y nuevas propuestas. Finalmente, esta investigación debe considerarse como punto de partida en la inclusión del acceso a la justicia en cuestiones de acceso a la salud como derecho humano debido a su relación con la CV. Cabe señalar que una de las limitaciones del estudio es precisamente el tamaño de la muestra que se logró obtener y las características específicas de su población, por lo cual se hace necesario ampliar el número de la muestra y el tiempo de duración del estudio. Lo ideal sería llevar este tipo de investigación a todos los centros oncológicos del país para poder hacer generalizaciones sobre los resultados a toda la población con cáncer de mama. Igualmente se propone trabajar de la mano con el gobierno del estado en la implementación de respuestas alternativas que disminuyan o eliminen las barreras personales, sociales, económicas y culturales a las que se enfrentan las mujeres con cáncer de mama.

Aunque no se pudo probar una relación directa entre las valoraciones y el afrontamiento y su impacto en la calidad de vida tal y como proponen en su modelo teórico Barroilhet et al. (2005). Se obtuvieron distintas versiones de modelos estructurales avalados por los datos que

nos permiten explicar cómo se comporta el fenómeno del cáncer de mama en una población mixta de mexicanas y cubanas. Además, los hallazgos encontrados nos permiten crear nuestra propia propuesta teórica sobre la relación entre las variables psicológicas y sociales y su impacto en la CV y ofrece una visión diferente del fenómeno para posteriores investigaciones.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En este acápite es válido señalar que a pesar de ser un estudio novedoso que cumplió con sus objetivos propuestos, en el camino se encontraron varias limitaciones que pueden haber incidido en los resultados obtenidos. En primer lugar, el hecho de que la mayor parte de la investigación se desarrollara en el periodo de la pandemia del COVID 19 fue un hecho sin precedentes investigativos que tuvo un impacto significativo en los resultados y en el alcance de la muestra. En segundo lugar, las dificultades relacionadas con el acceso a las instituciones de salud debido a barreras administrativas y burocráticas, incidió directamente en el número de la muestra. En tercer lugar, la poca disponibilidad de estudios anteriores sobre coberturas de salud y acceso a la justicia en Latinoamérica que provoca desconcierto e inseguridad entre los decisores que facilitan el acceso a las instituciones de salud por miedo a que los resultados puedan tener implicaciones para ellos o en el mantenimiento de su puesto. Se hace necesario ampliar el número de la muestra y el tiempo de duración del estudio. Lo ideal sería llevar este tipo de investigación a todos los centros oncológicos del país para poder hacer generalizaciones sobre los resultados a toda la población con cáncer de mama y hacerlo extensivo a otros centros de Latinoamérica. Igualmente se propone trabajar de la mano con el gobierno del estado en la implementación de respuestas alternativas que disminuyan o eliminen las barreras personales, sociales, económicas y culturales a las que se enfrentan las mujeres con cáncer de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Revista Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.
- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14(2):163-167. <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-medida-calidad-vida-relacionada-articulo-S021391100714506>.
[https://DOI: 10.1016/S0213-9111\(00\)71450-6](https://DOI:10.1016/S0213-9111(00)71450-6)
- Al-Zalabani, A. H., Alharbi, K. D., Fallatah, N. I., Alqabshawi, R. I., Al-Zalabani, A. A., & Alghamdi, S. M. (2018). Breast Cancer Knowledge and Screening Practice and Barriers Among Women in Madinah, Saudi Arabia. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 33(1), 201–207.
<https://doi.org/10.1007/s13187-016-1057-7>
- Amaya, M.C. y Carrillo, G.M. (2015) Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Revista Aquichan*, 15(4): 461-474.
<http://DOI:10.5294/aqui.2015.15.4.2>
- Amigo, I. (2018). Manual de psicología de la salud (3a. ed.). Difusora Larousse – Ediciones Pirámide. <https://bbibliograficas.ucc.edu.co:4058/es/lc/ucc/titulos/123087>
- Anderson, B. O., & Jakesz, R. (2008). Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World journal of Surgery*, 32(12), 2578–2585.
<https://doi.org/10.1007/s00268-007-9454-z>
- Anderson, B.O., Yip, C.H., Smith, R.A., Shyyan, R., Sener, S.F., Eniu, A., Carlson, R.W., Azavedo, E., & Harford, J. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*, 113(8), 2221–2243. <https://doi.org/10.1002/cncr.23844>

- Aranda, CL. y Frías, M. (2016). Apoyo social, ambiente familiar positivo y conocimiento y goce de derechos familiares relacionados con el bienestar subjetivo de los adolescentes. Tesis de máster, Universidad de Sonora, Sonora, México.
- Arce López, P. (2020). Impacto emocional del cáncer de seno en mujeres sobrevivientes que participan en la Asociación Metamorfosis. Análisis desde los planteamientos teóricos de la psicología cognitiva de Aaron Beck, Albert Ellis y Richard Lazarus. [Tesis de Licenciatura, Universidad Latina de Costa Rica]. Repositorio Institucional de la Universidad Latina de Costa Rica
- Arés, P. (2002). Psicología de la familia: una aproximación a su estudio. Editorial Félix Varela.
- Argés J. (2018). El acceso a la justicia concebido como derecho humano imperativo (ius cogens) Derecho global. *Estudios sobre derecho y justicia*, 2(8), 73-92.
<https://doi.org/10.32870/dgedj.voi8.145>
- Arnold, M. B. (1960). Emotion and personality. Volume I: Psychological aspects. New York: Columbia University Press.
- Armstrong, M. I., Birnie-Leftcovitch, A. & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family wellbeing, quality of parenting, and child resilience, what we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14, pp. 269-281.
- Arrieta, I.R., Cárdenas, J.E., García, M.M., y Gaviria, A. (2019). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: revisión bibliográfica una mirada desde la psicología de la salud. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, (3), 115-126.
<https://doi.org/10.21501/25907565.3261>
- Arrubarrena, A. (2011). La relación médico-paciente. *Revista Cirujano General*, 33(2), 122-125.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
- Arzate, C.E., Ochoa, F.J. y Alvarado, S. (2013). La relación médico-paciente-familia en Oncología, *Revista GAMO*, 12(1), 41-48.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2013/vol12/no1/7.pdf>

- Azevedo, C., Reis, J., Ferreira da Mata, L.R., Campos, E.L., Pereira, M.G. (2017). Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03245.
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016038003245>
- Badia, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterología y Hepatología*, 27 (S3), 2-6. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924>
- Báez, MC. Cueva, JA. López, ED. (2020) Estrategias de afrontamiento en adultos diagnosticados con cáncer del Hospital Departamental de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia
- Bain, C., Constant, T. H., Contreras, I., Vega, A., Jeronimo, J., & Tsu, V. (2018). Model for Early Detection of Breast Cancer in Low-Resource Areas: The Experience in Peru. *Journal of global oncology*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00006>
- Balandin J. (2014). Tarea stroop como medida del impacto emocional en pacientes con cáncer de mama y familiares. Universidad Complutense de Madrid.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/45581>
- Barra, E. (2004). Apoyo Social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 237-243.
- Barrios A. La investigación del apoyo social en pacientes con cáncer. Actualización de su estudio en Latinoamérica en los últimos 10 años. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Psicología.
- Barroilhet, S. Forjaz M.J., Garrido, E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 2005, 33(6); 390-397.
<http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Bayés, R. (2001). *Psicología del Sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, Martínez Roca.

- Bedoya, C. (2012). El uso del miedo como herramienta de gestión y los efectos en los seres humanos y la organización. [Monografía de Grado para optar al título de Administrador de Empresas, Universidad del Valle]
- Borkovec, T.D y Hu, S. (1990). El efecto de la preocupación en la respuesta cardiovascular a las imágenes fóbicas. *Investigación y terapia del comportamiento*, 25(1), 69-73.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90056-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90056-0)
- Breastcancer (20 de noviembre de 2018) ¿Qué es el cáncer de mama?
https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama
- Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 28(1), 61–78.
<https://doi.org/10.1080/07347330903438958>
- Caballero, N.P., Galvéz, C.L., Gutiérrez, E., Sánchez, S.M. (2021) Programas académicos de psicología y salud en México: desafíos para la supervisión clínica. En J.A, Piña y S.A. Beltrán (Ed.), *Nuevas tendencias en psicología y salud. Teoría, investigación y práctica profesional* (69-85). Qartuppi, S. de R.L. de C.V
- Cabrera, E, et al. Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad). *Med Clin (Barc)*. 2010.
[doi:10.1016/j.medcli.2010.04.015](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.04.015)
- Cabrera, E., Zabalegui, A. y Blanco, I. (2011). Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad). *Medicina Clínica*, 136(1), 8–12. [doi:10.1016/j.medcli.2010.04.015](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.04.015)
- Calman K. C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10(3), 124–127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6334159/>
- Cano, A., Sánchez, N., Iruarizaga, I., Dongil, E., y Wood, C. (2010). Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 413-434.

- Cañete, R., Guilhem, D., y Brito, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200006&lng=es&tlng=es
- Carbonell, M. (2014) México en la encrucijada: ¿modernidad o barbarie? México, D.F.: Flores Editor y Distribuidor: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3697/13.pdf>
- Carmona, J.L. y Cardona, Y.I. (2020). Implicaciones psicológicas de la enfermedad oncológica en la familia. Repositorio Institucional UCC. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/19811/1/2020_implicaciones_psicologicas.pdf
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 40 (1 y 2), 3-15. https://www.academia.edu/11819050/Calidad_de_Vida_Un_an%C3%A1lisis_de_su_dimensi%C3%B3n_psicol%C3%B3gica
- Castillo C., Mañas C., Moralejo A., Ahijado G. (2017) Impacto psicosocial en el paciente oncológico. XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).
- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 425-35 https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012
- Cazap, E., Jacobs, I., McBride, A., Popovian, R., & Sikora, K. (2018). Global Acceptance of Biosimilars: Importance of Regulatory Consistency, Education, and Trust. *The oncologist*, 23(10), 1188–1198. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0671>
- Cerezo, M. V., Soria-Reyes, L. M., Alarcón, R., & Blanca, M. J. (2022). The Satisfaction with Life Scale in breast cancer patients: Psychometric properties. *International journal of*

- clinical and health psychology: IJCHP*, 22(1), 100274.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100274>
- Cervera, S. y Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 7-29. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf>
- Chanduví, L. B., Granados, F., García, L. A., Fanning, M. M. (2014). Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un Hospital en Chiclayo. *Revista Científica Institucional TZHOECOEN*, 7(2), 119-132.
<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/275>
- Chaparro, A.M. (2019). Acceso a la justicia de mujeres víctimas de violencia sexual con discapacidad. Reflexión en el contexto colombiano. *Revista NOVUM JUS*, 13(1), 123-161.
<https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/2104>
- Christy, SM, Schmidt, A., Wang, HL, Sutton, SK, Davis, SN, Chavarria, E., Abdulla, R., Quinn, GP, Vadaparampil, ST, Schultz, I., Roetzheim, R., Shibata, D., Meade, CD y Gwede, CK (2018). Comprensión de la preocupación por el cáncer entre pacientes en un estudio de intervención de detección de cáncer colorrectal basado en una clínica comunitaria. *Revista de Investigación en enfermería*, 67 (4), 275- 285.
<https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000275>
- Cohee, A., Stump, T., Adams, R., Shelley, J., Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P., Cella, D. & Champion, V. (2016). Factors associated with depressive symptoms in Young long term breast cancer survivors. *Quality of life Research*, 25(8), 1991-1997.
- Contreras, A.C., Castro G.J. y Puerto, D.N. (2015) Preocupaciones de pacientes con cáncer: la experiencia del centro de educación del instituto nacional de cancerología. *Revista Científica Biomédica*, 6(1), 15-21.
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/10723/03%20Preocupaciones%20cancer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Cruzado, J. (2003). La formación en psico-oncología. *Revista de Psicooncología*, 0(1), 9-19.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>
- Die Trill, M. (2003). Psico-Oncología. Madrid: ades Ediciones <http://apsom.es/revista-de-psicooncologia/numeros-anteriores/2-uncategorised/615-a2003-vo-n1-a20>
- Ding, J., Xiao, H., Deng, W., Liu, F., Zhu, R. y Ha, R. (2021). Viabilidad de la medición del realce cuantitativo y volumétrico para evaluar la respuesta tumoral en pacientes con cáncer de mama después de la quimioterapia neoadyuvante precoz. *Revista de investigación médica internacional*, 49 (3), 300060521991017.
<https://doi.org/10.1177/0300060521991017>
- Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111762.pdf>
- Eiriz, I. F., Vaz Batista, M., Cruz Tomás, T., Neves, M. T., Guerra-Pereira, N., & Braga, S. (2021). Breast cancer in very young women-a multicenter 10-year experience. *ESMO open*, 6(1), 100029. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2020.100029>
- Enríquez, F. y Santana, M.A. (2020). Medios de solución de conflictos, herramienta para la construcción del acceso a la justicia. *Revista Política Globalidad y Ciudadanía*, 7(13), 41-65. <http://revpoliticas.uanl.mx/index.php/RPGyC/article/view/168>
- Enríquez, M. C. y Vargas, M. A. (2018). Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México. *Hispanic Health Care International*, 16(2), 70-75. <https://doi.org/10.1177/1540415318786675>
- Espinoza, N.R., Zapata, C.M. y Mejía, L.A. (2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Revista Neuropsiquiatría* 80 (2), 125-136.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n2/a06v80n2.pdf>
- Facchini, M. (2004). Cambio de conductas en tratamiento de larga duración: Relación médico-paciente. *Medicina (Buenos Aires)*, 64(6), 550-554.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2006). Structure of internalising symptoms in early adulthood. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 189, 540–546. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022384>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; (<https://gco.iarc.fr/today>).
- Fernández Castillo, K. N., Corral Frías, N. S., & Valenzuela Hernández, E. R. (2021). Validación y adaptación al español del cuestionario de relación médico-paciente en pacientes de diabetes mellitus tipo 2 en el norte de México (PDRQ-9). *Psicumex*, 11.
- Fuentes, S. y Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *PSICOONCOLOGÍA*. 7(1), 51-60. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120051A/15095>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A., & Alvarado., S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado., S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Gallego, D. F., Abdala, C., Amado, D. M., Carvalho de Sousa, I. M., Aldana-Martínez, N. S., & Ghelman, R. (2020). Equidad, abordajes interculturales y acceso a la información sobre las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas en las Américas [Equity, intercultural approaches and access to information on traditional, complementary and integrative medicines in the Americas]. *Equidade, abordagens interculturais e acesso a informações sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas nas Américas*.

- Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health, 44, e143. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.143> Gamboa, G. y. Echarte L.E. (2016). ¿Es posible medir la calidad de vida en el ámbito asistencial? Historia, límites y posibilidades. *Cuadernos de Bioética XXVII*, 1^a, 13-27.
<http://aebioetica.org/revistas/2016/27/89/13.pdf>
- García, EM., López, SJ., Cano, LE., Ávila, M., Duran, T. y Ponce, D. (2020). Diferencias en la ansiedad y depresión por variables contextuales en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 109-118.
<https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.38620>
- García, M. Á. E., y Alvarado, S. (2009). La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 8(3), 119-127.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2009/vol8/no3/6.pdf>
- García, M. y Alvarado, S. (2009). La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. *Revista Gaceta Mexicana de Oncología*, 8(3), 119-126.
<https://www.elsevier.es/en-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-la-comunicacion-relacion-medico-paciente-perspectiva-X1665920109501338>
- Getachew, S., Tesfaw, A., Kaba, M., Wienke, A., Taylor, L., Kantelhardt, E. J., & Addissie, A. (2020). Perceived barriers to early diagnosis of breast Cancer in south and southwestern Ethiopia: a qualitative study. *BMC women's health*, 20(1), 38.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-00909-7>
- Ginsburg, O., Yip, C. H., Brooks, A., Cabanes, A., Caleffi, M., Dunstan Yataco, J. A., Gyawali, B., McCormack, V., McLaughlin de Anderson, M., Mehrotra, R., Mohar, A., Murillo, R., Pace, L. E., Paskett, E. D., Romanoff, A., Rositch, A. F., Scheel, J. R., Schneidman, M., Unger-Saldaña, K., Vanderpuye, V., ... Anderson, B. O. (2020). Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*, 126 Suppl 10(Suppl 10), 2379–2393. <https://doi.org/10.1002/cncr.32887>

- Global Health Workforce Alliance / Organización Mundial de la Salud. Personal sanitario 2030: una estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud. (2020) Suiza: Oficina Federal de Salud Pública.
https://www.who.int/hrh/documents/strategy_brochure2014/en/
- Gold, M., Dunn, LB, Phoenix, B., Paul, SM, Hamolsky, D., Levine, JD y Miaskowski, C. (2016). Co-ocurrencia de síntomas de ansiedad y depresión después de la cirugía de cáncer de mama y su impacto en la calidad de vida. *Revista europea de enfermería oncológica: la revista oficial de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica*, 20, 97-105.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.003>
- Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Wells-DiGregorio, S., Frierson, G., Jim, H., Carpenter, K., Shleby, R., & Andersen, B. (2005). Traumatic stress, perceived global stress and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24(3), 288-296. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.288
- González, B. M., Roldán, X., Bautista, M. L., Reyes, K., y Romero, A. (2020). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en mujeres con cáncer de mama. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8(16), 129-134. <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i16.5585>
- González, M., Rovella¹, A., Barbenza, C., y Rausch, L. (2012) Tendencia a la Preocupación y Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes: contribución diferencial de los procesos cognitivos. *RIDEP*, 1, (33), 31-50.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645437003.pdf>
- González-Robledo, M. C., Wong, R., Ornelas, H. A., & Knaul, F. M. (2015). Costs of breast cancer care in Mexico: analysis of two insurance coverage scenarios. *Ecancermedicalscience*, 9, 587. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.587>

- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 327-342
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. Madrid: Síntesis, S.A.
<https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/54767>
- Grau, J. (2015) Calidad de vida y bienestar subjetivo: Un camino al futuro. TIPICA, Boletín Electrónico de Salud Escolar, 11(1), 1-28.
<http://www.tipica.org/media/system/articulos/Vol11N1/A1.%20Grau%20de%20Vida.pdf>.
- Grau, J. (2016) Factores psicosociales y enfermedades crónicas: el gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Vol. 6 (2), 103-112.
- Grau, J. (2019). Calidad de vida, salud y enfermedad. En: Libro de Psicología Médica, texto para los estudiantes de Medicina de las Universidades cubanas de Ciencias Médicas. En edición.
- Grau, J. (2020). Calidad de vida y bienestar. Conferencia
- Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C. (2015) La evaluación psicológica del sufrimiento y de la calidad de vida al final de la vida. En: Ortiz Viveros, G.R., Stangle Spinola, I., comps. *Psicología de la salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida*. Puebla: Editora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 172-218.
- Grau, J., Llantá, M.C. y Chacón, M. (2016). La evaluación de la calidad de vida en Oncología: problemas, experiencias y perspectivas. En: C. Rojas y Y. Gutiérrez (Eds.). *Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica*. Talca, Chile: Nueva Mirada Ediciones, 84-134.
- Grupo Banco Mundial (2020, febrero 27) Para eliminar la pobreza extrema debe prestarse especial atención a los países frágiles y afectados por conflictos. Comunicado de prensa.

- <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/02/27/eliminating-extreme-poverty-requires-urgent-focus-on-fragile-and-conflict-affected-countries>
- Han, P., Gutheil, C., Hutchinson, R. N., & LaChance, J. A. (2021). Cause or Effect? The Role of Prognostic Uncertainty in the Fear of Cancer Recurrence. *Frontiers in psychology*, 11, 626038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.626038>
- Hay, J. L., Buckley, T. R. y Ostroff, J. S. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psycho-oncology*, 14(7), 517–534. <https://doi.org/10.1002/pon.864>
- Hay, J. L., McCaul, K. D., & Magnan, R. E. (2006). Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive medicine*, 42(6), 401–408. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.03.002>
- Hernández, MA, Ruiz, AO, González, S., & González, Rangel., A. (2020). Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. *Acta de investigación psicológica*, 10(3), 102-111. Epub 25 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>
- Hernández, M., Rodríguez, J. A. C., Prado, C., Rodríguez, E., Pascual, C. H., González, M. Á., y Urreta, J. C. M. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 9(2), 233-257. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40895/39152>
- Hernández-Sampieri, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación*, 6ed., México: Mc: Graw Hill Education.
- Hinzey, A., Gaudier-Diaz, M. M., Lustberg, M. B., y DeVries, A. C. (2016). Breast cancer and social environment: getting by with a little help from our friends. *Breast Cancer Research*, 18(1), 1-<https://breast-cancer-research.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13058-016-0700-x.pdf>

- Hjelm, K. y Berterö, C. (2014) Disimilitudes en el apoyo social según lo descrito por personas nacidas en Suecia y en el extranjero diagnosticadas con diabetes tipo 2 y que viven en Suecia. *Open Journal of Nursing*, 4 (3).
- Holaway, R.M., Rodebaugh, T.L. y Heimberg, RG (2006). La epidemiología de la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada. En GCL., Davey y A., Wells (Eds.), *Preocupación y sus trastornos psicológicos: teoría, evaluación y tratamiento (1-20)*. Wiley Publishing. doi: 10.1002 / 9780470713143.ch1
- Holland, J., Lewis, S. (2003) *La cara humana del cáncer. Vivir con la esperanza, afrontar la incertidumbre*. Editorial Herder.
- Jatho, A., Mugisha, N. M., Kafeero, J., Holoya, G., Okuku, F., Niyonzima, N., & Orem, J. (2021). Capacity building for cancer prevention and early detection in the Ugandan primary healthcare facilities: Working toward reducing the unmet needs of cancer control services. *Cancer medicine*, 10(2), 745–756. <https://doi.org/10.1002/cam4.3659>
- Kantor, J.R. (2011) *De la psicología a la psicología científica*. México. Trillas, S.A de C.V.
- Kim, H.R., Lee, M. y Lee, H.T. (2010) Responsabilidad Social Corporativa e Identificación Empleado-Empresa. *J Bus Ethics* 95, 557–569. <https://doi.org/10.1007/s10551-010-0440-2>
- Konat-Baska, K., Matkowski, R., Błaszczyk, J., Błaszczyk, D., Staszek-Szewczyk, U., Piłat-Norkowska, N., & Maciejczyk, A. (2020). Does Breast Cancer Increasingly Affect Younger Women? *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4884. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134884>
- Kredert, S., Huincho, B. y León, J. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. *Rev. CURAE*. Julio - diciembre 2020. Vol. 3 / N° 2, pp. 1-16 ISSN: 2709-0019. <https://doi.org/10.26495/curae.v3i2.1431>

- Kroenke, C. H., Michael, Y. L., Poole, E. M., Kwan, M. L., Nechuta, S., Leas, E., Caan, B. J., Pierce, J., Shu, X., Zheng, Y., y Chen, W. Y. (2017). Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the After Breast Cancer Pooling Project. *Cancer*, 123(7), 1228-1237. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360517/>
- Larsson, Y., Sandelin, K. y Forsberg, C. (2010). Health related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing*, 33(2),164-170.) <http://doi: 10.1097 / NCC.ob013e3181bbod05>
- Lazarus R.S. y Folkman S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press
- Lazarus, RS. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemus, N., Parradoa, R., Quintana, G., (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 1-3. DOI: 10.1016/S0121-8123(14)70140-9
- Lila, M., Garcia, E., & Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressfullife events. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* 5, 147-153
- Lerman C, Trock B, Rimer BK, Jepson C, Brody D, Boyce A. Efectos secundarios psicológicos de la detección del cáncer de mama. *Psicología de la Salud* 1991; 10 (4):259–267. doi: 10.1037/0278-6133.10.4.259.
- Llantá, M.C. (2021) La psicooncología en el modelo de psicología de la salud: sus contribuciones. En J.A, Piña y S.A. Beltrán (Ed.), *Nuevas tendencias en psicología y salud. Teoría, investigación y práctica profesional* (86-107). Qartuppi, S. de R.L. de C.V
- Llantá, M.C., Grau, J.A., Bayarre, H.D., Renó, J.S., Machín, S. y Verdecia, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicios de Oncohematología de La Habana, 2011-2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016; 15(2), 285-296. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm162p.pdf>

- Lopera, J.P. (2021) Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 25 (2), 693-702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>.
- Lostau nau, V., Torrejón, C., y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90. <http://doi:10.15517/ap.v31i122.253>
- Maheu, C., Singh, M., Tock, W. L., Eyrenci, A., Galica, J., Hébert, M., Frati, F., & Estapé, T. (2021). Fear of Cancer Recurrence, Health Anxiety, Worry, and Uncertainty: A Scoping Review About Their Conceptualization and Measurement Within Breast Cancer Survivorship Research. *Frontiers in psychology*, 12, 644932. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644932>
- Marina, J.A. (2008) *Anatomía del miedo: Un tratado sobre la valentía*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., Alvarado, S. (2014) Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014;13(1):53-58
- Martínez, S. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(1), 34-47. <https://doi.org/10.22463/17949831.1232>
- Matarazzo, J D. (1980): Behavioural health and behavioural medicina. *Frontiers of a new health psychology*. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matsumoto, MM, Widemon, S., Farfán, G., Vidaurre, T., Dunstan, J., Krotish, DE, Ferris, DG, García Santos, JM, Mollura, DJ, Pollack, E. y Scheel, JR (2020). Detección temprana del cáncer de mama en Perú: establecimiento de un programa integral en una región desatendida. *Revista del Colegio Americano de Radiología: JACR*, 17 (11), 1520-1524. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.06.003>
- Mayorga, M. y Peñaherrera, A. (2019). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios. *Revista Griot*, 12(1), 16-30.

- https://www.researchgate.net/publication/340610516_Estrategias_de_Afrontamiento_y_Calidad_de_Vida_Estrategias_de_Afrontamiento_y_Calidad_de_Vida_en_Pacientes_Oncologicos_y_Cuidadores_Principales_1_Coping_Strategies_and_Quality_of_Life_in_Oncological_Pat/link/5e94d73a299bf13079978730/download
- McCutchan, G., Weiss, B., Quinn-Scoggins, H., Dao, A., Downs, T., Deng, Y., Ho, H., Trung, L., Emery, J., & Brain, K. (2021). Psychosocial influences on help-seeking behaviour for cancer in low-income and lower middle-income countries: a mixed-methods systematic review. *BMJ global health*, 6(2), e004213. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004213>
- McQueen, A., Vernon, S. W., Meissner, H. I., & Rakowski, W. (2008). Risk perceptions and worry about cancer: does gender make a difference? *Journal of health communication*, 13(1), 56–79. <https://doi.org/10.1080/10810730701807076>
- Medina, D. (2020). La importancia de la familia en el paciente diagnosticado con cáncer. Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/33137/4/2020_familia_paciente_cancer.pdf
- Mejía, M., Contreras, A., Hernández, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), 349-361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
- Mejías, L., Llantá, M.C., Reno, J.S., Lence, J.J. A., Cabanas, R. y Martínez, Yanelys, O. (2013) Calidad de vida percibida y reportada en Oncopediatría. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(2), 1-30. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=98493>
- Méndez, J.A. (2019). Motivos, barreras percibidas y relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad. [Trabajo fin de Máster, Universidad de Sonora] <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/4230>

- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37(03), 441.
<https://doi.org/10.1017/S0033291706009640>
- Momenimovahed, Z. y Salehiniya, H. (2019). Características epidemiológicas y factores de riesgo del cáncer de mama en el mundo. *Cáncer de mama (Dove Medical Press)*, 11, 151-164.
<https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>
- Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., Hassanipour, S., & Salehiniya, H. (2020). A review of barriers and facilitators to mammography in Asian women. *Ecancermedicalscience*, 14, 1146. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1146>
- Moreno, C. (2016). Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida en el paciente oncológico. [Tesis de fin de Grado, Universidad Internacional de Catalunya].
https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/263843/TFG_Carmen_Moreno_Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.
- Moreno, M., Gutiérrez, D., Zayas, R. (2018). Afrontamiento en mujeres con neoplasia de mama. *Revista Enfermería Investiga*, 110 (145), 23- 33.
<https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/33>
- Moreno, S., Lara, F., Alvarado, S. (2014) Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 47-52.
<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>

- Mota G., C., Aldana C., E., Bohórquez Z., L.M., Martínez M., S. y Peralta L., J.R. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 28(2), 155-165.
- Mullapudi, B., Grabski, D., Ameh, E., Ozgediz, D., Thangarajah, H., Kling, K., Alkire, B., Meara, J. G., & Bickler, S. (2019). Estimates of number of children and adolescents without access to surgical care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(4), 254–258. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.216028>
- Muñoz, A. y Bernal, G. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 227-248. doi: 10.5209/PSIC.54434
- Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Thewes, B., & Lebel, S. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psycho-oncology*, 29(2), 430–436. <https://doi.org/10.1002/pon.5283>
- Naciones Unidas (ONU). (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3)*, Santiago. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Narváez A, Rubiños C, Cortes F, Gómez R, García A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Rev Psicooncol*, 5(1), 93-102. <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.4.11>
- Nasim, Z., Girtain, C., Gupta, V., Patel, I., & Hossain, M. A. (2020). Breast Cancer Incidence and Behavior in Younger Patients: A Study From the Surveillance, Epidemiology and End Results Database. *World journal of oncology*, 11(3), 88–97. <https://doi.org/10.14740/wjon1278>
- Nava, W. y Breceda, J.A. (2017). Mecanismos alternativos de resolución de conflictos: un acceso a la justicia consagrado como derecho humano en la constitución mexicana. *Revista*

- Mexicana de Derecho Constitucional, 37, 203-228.
<http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2017.37.11457>
- Nuevo, R., Montorio, I., Márquez, M., Izal M. y Losada A. (2003) Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 337-355.
- ONU-Mujeres, PNUD, UNODC, ACNUDH (2018) Herramientas para el diseño de programas de acceso a la justicia para las mujeres.
https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/publications/JusticiaPenal/Toolkit_MX_web_ready.pdf
- OPS (2017) Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad.
https://www.paho.org/salud-enlasamericas2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es
- OPS. (2017) Agenda de salud sostenible para las américas 2018-2030 (ASSA2030): un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (2014), Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Cáncer de mama.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). El cáncer de mama es ahora la forma más común de cáncer: la OMS toma medidas. <https://www.who.int/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, México. Observatorio Global del Cáncer (Globocan). (2020).
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Día Mundial contra el Cáncer 2021: Yo Soy y voy a. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, marzo 21). Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud (2015) Planificación: cómo mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/planificacion-mejorar-acceso.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2021, febrero 2) OPS insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/2-2-2021-ops-insta-garantizar-diagnostico-tratamiento-cancer-segunda-causa-principal>.
- Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región [Internet] Washington, DC: OPS; 2017. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. [citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49169>.
- Ortiz, E., Méndez, L. Camargo, J. Chavarro, S. Toro, G. y Vernaza, M. (2014) Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83. <https://190.131.242.67/index.php/Psychologia/article/view/1216/1008>
- Ortiz, N. y Maldonado, L.C. (2019). Cáncer de mama: una mirada desde los procesos de afrontamiento psicológicos. *Universidad cooperativa de Colombia*. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13745/1/2019_afrentamiento_cancer_mama.pdf

- Ouyang, Q., Li, S., Gao, M., Zhu, L., Xu, S., Meng, S., Wu, S., Huang, L., Su, F., Ren, Z., Chen, K., & Min Peng (2021). Risk factors associated with loss to follow-up of breast cancer patients: A retrospective analysis. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 57, 36–42. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2021.02.012>
- Padrós, F., López, C., Cruz M. A. y Martínez, M. P. (2019) Modelo de preocupación PAMPA (percepción de amenaza futura, activación, motivación, pensamiento y acción): preocupación funcional y patológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVIII, (2), 190-198. DOI: 10.24205/03276716.2018.1088
- PAHO. (2017) Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-access.html>
- Palacios, X., González, M.I., y Zani, B. (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 497-515. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a10.pdf>
- Pantoja, C.A. y Ponce, C.D. (2020). Eficacia del ejercicio en la mejora de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama [Trabajo Académico de Especialidad en Enfermería Oncológica, Universidad Privada Norbert Wiener] <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/4073?show=full>
- Papageorgiou, C. (2006) Preocupación y ruminación: estilos de pensamiento negativo persistente en ansiedad y depresión. En GCL., Davey y A., Wells (Eds.), Preocupación y sus trastornos psicológicos: teoría, evaluación y tratamiento (21-40). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch2>
- Pattakou, V. y Nestores, J. (2007). La alianza terapéutica y el compromiso en la terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2).

- Pattee, E. (2020) La diferencia entre preocupación, estrés y ansiedad. The New York Times Company. <https://www.nytimes.com/es/2020/03/04/espanol/estilos-de-vida/que-es-el-estres-ansiedad-preocupacion.html>
- Pérez, P., González, A., Mieles, I. y Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54.
<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1475>
- Pérez, S. Martínez, C. Estapé, T. Pérez, E. (2018). La atención psicológica al paciente de cáncer en España. Evidencia científica, documentación sanitaria y visión de los facultativos sobre la asistencia psicológica a los pacientes de cáncer. Instituto Max Weber y Fundación Mylan para la Salud.
- Rodríguez, R. & Cantera L. (2013) Del laberinto hasta el camino hacia la recuperación de la violencia. *Revista interamericana de psicología*, 47(1) p.68.
- Piña, J.A., & Rivera, B.M. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5, 669-679.
- PNUD, (2021) Acceso a la Justicia y las instituciones del estado del derecho.
<https://www.un.org/ruleoflaw/es/thematic-areas/access-to-justice-and-rule-of-law-institutions/access-to-justice/>
- Prados, JM. (2002) La preocupación: Teoría e Intervención. [Tesis de fin de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4609/>
- Rashtbari, A., Saed O. y Prete, G. (2020) Modelo de evitación del contraste del trastorno de preocupación y ansiedad generalizada: una perspectiva teórica. *Psicología Cogent*, 7: 1, DOI: 10.1080 / 23311908.2020.1800262

- Rengifo, M. (2017, enero 31). Apoyo social percibido y recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana].
<http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/7982>
- Robert, V., Alvarez, C., Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24, 677-684.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Rodriguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), 0-0.
- Rodríguez, L. (2015). El apoyo social a las mujeres con cáncer de mama en la provincia de Santa Cruz de Tenerife [Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social, Universidad de La Laguna]
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1198/El+apoyo+social+a+las+mujeres+con+cancer+de+mama+en+la+provincia+de+Santa+Cruz+de+Tenerife.pdf>
- Rojas, C., Gutiérrez, Y. (2017) Psicooncología. Enfoques, Avances e Investigación. 14(2), 316-318. <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-14-2-18.pdf>
- Salas, C. y Garzón, M.O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4 (1), 36-46.
https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751
- Sánchez, D. y Contreras, Y. (2014). La relación médico paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.
- Sano, H., Goto, R. y Hamashima, C. (2017). ¿La falta de recursos dificulta el acceso a los exámenes de detección del cáncer de mama y de cuello uterino en Japón? *PloS one*, 12 (7), e0180819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180819>
- Scheel, JR., Giglou, M.J., Segel, S., Orem, J., Tsu, V., Galukande, M., Okello, J., Nakigudde, G., Mugisha, N., Muyinda, Z., Anderson, B. O., & Duggan, C. (2020). Breast cancer early detection and diagnostic capacity in Uganda. *Cancer*, 126 Suppl 10 (Suppl 10), 2469–2480. <https://doi.org/10.1002/cncr.32890>

- Sharp, J. W., Hippe, D. S., Nakigudde, G., Anderson, B. O., Muyinda, Z., Molina, Y., & Scheel, J. R. (2019). Modifiable patient-related barriers and their association with breast cancer detection practices among Ugandan women without a diagnosis of breast cancer. *PloS one*, 14(6), e0217938. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217938>
- Shirzadi, S., Allahverdipour, H., Sharma, M. y Hasankhani, H. (2020). Barreras percibidas para la adopción de mamografías entre mujeres en Irán: un estudio cualitativo. *Revista coreana de medicina familiar*, 41 (1), 20-27. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0054>
- Taylor, SE (1990). Psicología de la salud: la ciencia y el campo. *Psicólogo estadounidense*, 45 (1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.1.40>
- Tergas, A. I., & Wright, J. D. (2019). Cancer Prevention Strategies for Women. *Obstetrics and gynecology*, 134(1), 30–43. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003304>
- Tesfaw, A., Alebachew, W., & Tiruneh, M. (2020). Why women with breast cancer presented late to health care facility in North-west Ethiopia? A qualitative study. *PloS one*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243551>
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Torrecilla, M., Casari, L., y Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8. <https://doi:10.5872/psiencia/8.3.21>
- Torres, M. y Ruiz, A. (2013). Habilidades de resiliencia en estudiantes de educación media superior del Estado de México. En J.C. Gaxiola y J. Palomar (Coords.). Estudios de resiliencia en América Latina, 2, 53-69. México: Pearson.
- Triana L, Díaz D. (2018). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, la prevención terciaria y trabajo comunitario. 1 (7): [3 - 6]. www.convencional2018.sld.cu/index.php/convencional2018/paper/.../281

- Tuesca, R. (2005) La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Salud Uninorte*, 21, 76-86. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81702108.pdf>
- Ugalde, V. Desigualdades y justicia social: informe Desigualdades en México 2018. *Estudios Demográficos y Urbanos* 33(3), 799-804 <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v33i3.1882>
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Valencia, J.E. (2018). Intervención educativa para la modulación de comportamiento prosaludable y su efecto en la Calidad de Vida. [Tesis de fin de Maestría, Universidad Sonora]. <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/4189>
- Valenzuela, BM., Cabrera, I., Frías, M. Corral-Frías, NS (2021). Ambiente Escolar Positivo, Conducta Sostenible y Bienestar Psicológico en Estudiantes de Educación Superior. PSYECOLOGY. Aceptado para publicación.
- Van Laarhoven, H., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C., & Prins, J. (2011). Coping, Quality of life, depression and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative end-of-life setting. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-314. doi: 10.1097/NCC.ob013e3181f9a040
- Vaux, A. (1988). Social support: Theory, research, and intervention. New York: PRAEGER.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mexicana*, 44, 349-361. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_a
- Villalobos, A. (2009). Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permite poner a prueba el modelo explicativo de resiliencias basado en modelos psicosociales. Tesis de especialidad no publicada, Universidad de Costa Rica, San Jose, Costa Rica.

- Vivar, C. (2012) Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, España. DOI: 10.1016/j.aprim.2011.07.011
- Vivas, M. (2021) En el día de la mujer la OMS lanza la nueva iniciativa mundial contra el cáncer de mama. <https://consultorsalud.com/iniciativa-mundial-contr-el-cancer-de-mama/>
- Walton, M. (1986). *Cómo Administrar con el Método Deming*. Prólogo de W. Edwards Deming. Colombia: Editorial Norma.
- Yang, H., Brothers, B., & Andersen, B. (2008). Stress and Quality of Life in Breast Cancer Recurrence: Moderation or Mediation of Coping? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 188-197. doi: 10.1007/s12160-008-9016-0
- Yip, C. H., Smith, R. A., Anderson, B. O., Miller, A. B., Thomas, D. B., Ang, E. S., Caffarella, R. S., Corbex, M., Kreps, G. L., McTiernan, A., & Breast Health Global Initiative Early Detection Panel (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. *Cancer*, 113(8 Suppl), 2244-2256. <https://doi.org/10.1002/cncr.23842>
- Zermeño, J.J. (2017). Comparación de calidad de vida evaluada con EORTC C-30 y BR23 en pacientes con cáncer tratadas con cirugía conservadora o mastectomía. [Tesis de fin de Maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí].
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/5936>
- Zouzoulas, D., Tsolakidis, D., Gitas, G., Zafrakas, M., Goulis, D. G., Douganiotis, G., Sympilidis, G., & Grimbizis, G. (2020). Breast cancer in women younger than 35 years old. *Archives of gynecology and obstetrics*, 302(3), 721–730. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05695-z>
- Corral-Frías, N. S., Soto, S. N. V., Frías-Armenta, M., Corona-Espinosa, A., & Watson, D. (2019). Concurrent validity and reliability of two short forms of the mood and anxiety symptom

- questionnaire in a student sample from Northwest Mexico. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(2), 304-316.
- Fernández Castillo, K. N., Corral Frías, N. S., & Valenzuela Hernández, E. R. (2021). Validación y adaptación al español del cuestionario de relación médico-paciente en pacientes de diabetes mellitus tipo 2 en el norte de México (PDRQ-9). *Psicumex*
- Bjelic-Radusic, V., Cardoso, F., Cameron, D., Brain, E., Kuljanic, K., da Costa, R. A., ... Winters, Z. (2020). An international update of the EORTC questionnaire for assessing quality of life in breast cancer patients: EORTC QLQ-BR45. *Annals of Oncology*. doi:10.1016/j.annonc.2019.10.027
- De los Santos, K. (2017). Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervención en Línea de Sesión Única para promover la calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

INVESTIGADORAS PRINCIPALES:

Dra. Martha Frías Armenta, Lic. Laura Mejías Rojas, Dra. Nadia Saraí Corral Frías.

INTRODUCCIÓN / PROPÓSITO: Has sido invitada a participar en un estudio que se está llevando a cabo por parte del Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora. El objetivo de este escrito es informarte acerca del estudio, antes de que confirmes tu disposición a colaborar. El propósito de esta investigación es evaluar la eficacia de una intervención psicológica de una sesión en línea en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

INCLUSIÓN: Podrás participar en el estudio si eres mujer mayor de 18 años, tienes un diagnóstico histológico confirmado de cáncer de mama, cuentas con la capacidad para comprender el lenguaje de la intervención y das tu consentimiento para participar en la investigación.

EXCLUSIÓN: No podrás participar en el estudio si no eres mujer, si eres menor de 18 años, no tienes un diagnóstico de cáncer de mama confirmado histológicamente o eres incapaz de comprender el idioma de la intervención, y si no das tu aprobación a través del consentimiento informado para participar en la investigación.

PROCEDIMIENTOS / INTERVENCIONES QUE SE LLEVARÁN A CABO: Para el estudio nos ayudarás a responder cuestionarios acerca de tu Calidad de Vida, tus sentimientos y conductas que llevas a cabo en las siguientes semanas. La duración de los primeros cuestionarios será de aproximadamente 20 minutos. Posteriormente se realizará una intervención de sesión única que busca contribuir en el bienestar de las participantes con una duración de 25 minutos.

RIESGOS / INCOMODIDADES QUE PUEDE EXPERIMENTAR EL PARTICIPANTE: Hay un riesgo mínimo de contestar preguntas que pueden ser incómodas ya que tratan de cómo te estas sintiendo. En caso de que sientas alguna incomodidad se te proporcionarán recursos en línea y/o contactos para tratar de mejorar tu situación.

BENEFICIOS PREVISIBLES: Dentro de los beneficios previsibles están las habilidades que adquirirás en la intervención. Te mandaremos documentos para que sigas practicando las actividades y te sigan apoyando en tu vida diaria. Adicionalmente, ayudarás con tus respuestas al avance de la ciencia. Se espera que a partir de esta información se pueda mejorar el conocimiento sobre las intervenciones de sesión única en línea. Además, si terminas la encuesta de forma exitosa tendrás la posibilidad de participar en una rifa en la cual podrías ganar un premio de 500, uno de 300, uno de 200 pesos o un brasier con una prótesis para mastectomía. Si gustas participar de la rifa deja tu correo al final de la encuesta.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Es importante que sepas que tus datos se mantendrán confidenciales. Estos serán recolectados en línea, pero sin identificadores. No te pediremos tu nombre o algún otro dato identificador así que no aparecerá en ningún documento, ni en las bases de datos que utilizaremos. Las investigadoras no tendrán la posibilidad de saber quién respondió los cuestionarios. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines de investigación y serán analizados de manera agregada, es decir, no individualmente. Los datos obtenidos en esta investigación podrán ser utilizados en análisis futuros pero todo análisis será a partir de los datos sin identificación personal, asegurando la

confidencialidad de estos. Queremos destacar que tu participación es totalmente voluntaria, por lo que no estás obligada de ninguna manera a participar en este estudio. Si accedes a participar, puedes dejar de hacerlo en cualquier momento, sin que tengas que dar explicación alguna al equipo de investigación.

PROBLEMAS O PREGUNTAS: Si le surgen preguntas después del estudio, no dudes en contactar a las investigadoras encargadas:

Dra. Martha Frías Armenta (martha.frias@unison.mx),

Dra. Nadia Saraí Corral Frías (nadia.corral@unison.mx)

Lic. Laura Mejías Rojas (a221130080@unison.mx)

___ He tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado y acepto participar en este proyecto.

___ No acepto participar

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo 2: Encuesta sobre datos sociodemográficos

1. Edad: _____

<p>2. Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Casada</p> <p><input type="checkbox"/> Soltera</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciada</p> <p><input type="checkbox"/> Viuda</p> <p><input type="checkbox"/> Unión libre</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo pareja</p>	<p>3. ¿Cuál es tu el último grado de educación que has terminado?</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria</p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Universidad</p> <p><input type="checkbox"/> Posgrado</p>
<p>4. ¿Cuál es tu lugar de residencia?</p>	<p>5. ¿En qué etapa de la enfermedad estabas en el momento del diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> I</p> <p><input type="checkbox"/> II</p> <p><input type="checkbox"/> III</p> <p><input type="checkbox"/> IV</p>
<p>6. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde tu diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Más de un año</p>	<p>7. ¿Te realizaron cirugía en tu mama afectada?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>8. ¿Qué tipo de cirugía te realizaron para tratar el cáncer de mama?</p> <p><input type="checkbox"/> Conservadora</p> <p><input type="checkbox"/> Mastectomía</p>	<p>9. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos has recibido para tratar tu enfermedad?</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Radioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia endocrina</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia monoclonal</p>
<p>10. ¿Consideras que tu enfermedad ha incidido de alguna manera en tu salud mental?</p> <p><input type="checkbox"/> Para nada</p> <p><input type="checkbox"/> Poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Muchísimo</p>	<p>11. ¿Has recibido atención por parte de un/a profesional de la salud debido a tu salud mental después de tu diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>12. Si contestaste afirmativamente a la pregunta anterior, por favor especifica qué tipo de lugar te ha brindado atención profesional (por ejemplo: psicólogo/a, una clínica, grupo de apoyo).</p>	<p>13. Comparando el momento actual y antes de obtener tu diagnóstico de cáncer. ¿Cómo calificarías tu salud mental?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho mejor que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Algo mejor que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Algo peor que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho peor que antes</p>
<p>14. Piensa en una escalera, e imagina que cada escalón representa la posición de las personas con relación a ti. Por ejemplo, en la parte superior de la escalera están las personas en la mejor situación (más dinero, más educación mejores posibilidades y condiciones) y en la parte inferior están personas que están en la peor situación (menos dinero, menos educación peores posibilidades y condiciones).</p> <p>Según lo anterior, ¿En qué peldaño te ubicarías?</p> <p style="text-align: center;">10 9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>	

Anexo 3: Escala de Preocupaciones

A continuación, encontrarás algunas preguntas relacionadas con tus preocupaciones acerca del cáncer. No hay respuestas correctas, ni incorrectas lo importante es que respondas lo que mejor corresponda contigo.

Preo_1. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia has pensado sobre las probabilidades de desarrollar cáncer?

- Nunca
- Algunas veces
- Seguido
- Casi todo el tiempo

Preo_2. Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado tu estado de ánimo?

- Nunca
- Algunas veces
- Seguido
- Casi todo el tiempo

Preo_3. Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado tu capacidad para realizar sus actividades del “día a día”?

- Nunca
- Algunas veces
- Seguido
- Casi todo el tiempo

Pero_4. El estar preocupado por el retorno del cáncer ¿es un problema para ti?

- No, en absoluto
- Un poco
- Sin duda es un problema
- Sí, es un problema muy serio

Anexo 4: Escala de Ansiedad y Depresión

Por favor utiliza la siguiente escala para seleccionar la respuesta que mejor describa cuánto has sentido o tenido la experiencia descrita en cada ítem DURANTE LA SEMANA PASADA, incluyendo hoy.

MASQ_1. Me sentí desanimada.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_3. Me sentí inútil.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_5. Me sentí deprimida.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_7. Me sentí incómoda.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_9. Me sentí como un fracaso.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_2. Mis manos estaban temblorosas.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_4. Me sentí muy feliz.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_6. Me faltó el aire

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_8. Tuve escalofríos.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_10. Sentí como que me estaba divirtiendo mucho

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_11. Mis manos estuvieron frías y sudorosas.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_13. Me sentí tensa, "al borde".

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_15. Estuve temblando o estremecida.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_17. Sentí desesperanza

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_19. Me sentí realmente "arriba" o animada

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_21. Mis músculos temblaban o se contraían.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_23. Sentí que tenía un montón de cosas interesantes que hacer.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_12. Me sentí alejada de las otras personas

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_14. Me sentí como si tuviera mucha energía.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_16. Tuve problemas para tragar

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_18. Me sentí mareada o aturdida

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_20. Me sentí como si estuviera ahogándome.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_22. Tuve la boca muy seca.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_24. Sentí que nada era agradable

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_25. Sentí como si tuviera mucho por delante.

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

MASQ_26. Sentí tenso o "excitable".

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Extremadamente

Anexo 5: Escala de Acceso a la Justicia

En las siguientes afirmaciones, por favor responde que tan seguido te pasaron las siguientes situaciones, haciendo referencia a los/as médicos, enfermeros/as y personal del hospital.

AJ_1. Me proporcionaron información acerca de los diferentes tratamientos para mi problema de cáncer.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_3. Tomaron en cuenta mi opinión para seleccionar el mejor tratamiento.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_5. Me proporcionaron los recursos adicionales para afrontar los tratamientos (prótesis y/o peluca).

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_7. Me orientaron acerca de las diferentes posibilidades de tratamiento.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_2. Escucharon mis dudas acerca de los tratamientos.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_4. En caso de que tuviera un problema con el tratamiento me proporcionaron la ayuda para poder corregirlo.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_6. Me permitieron participar en la planeación del tratamiento.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_8. Me acompañaron en los diferentes procesos en caso de que tuviera algún problema con el tratamiento.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_9. Me proporcionaron ayuda para mi recuperación psicológica.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_11. No tuve acceso a un oncólogo

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_13. Tuve que hablar con alguien más para que me atendiera un médico.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_10. Tuve problemas porque los aparatos no servían.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_12. Las quimioterapias o radiaciones se retrasaron porque no había medicamento o no servían los aparatos.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

AJ_14. Tuve que hablar con alguien en el hospital para que me dieran el tratamiento.

- Nunca
- Casi nunca
- Regularmente
- Muchas veces
- Todo el tiempo

Anexo 6: Escala de Apoyo Social

A continuación, encontrarás una serie de oraciones que usarás para describirte. Selecciona la opción según la frecuencia con que te ocurren estas situaciones.

AS_1. En mi familia nos ayudamos unos(as) a otros(as).

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_3. En mi familia nos tratamos con cariño y respeto.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_5. Me siento valorada por mi familia.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces

AS_2. Cuando tengo un problema, puedo contárselo a mis amigos(as).

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_4. En mi familia cada quien está en sus cosas, sin preocuparnos mucho por los(as) demás.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_6. Tengo personas que me apoyan.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces

- Casi siempre
- Siempre

AS_7. Cuento con mis amigos(as).

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_9. Me siento aceptado por mis compañeros(as).

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_11. Cuento con el apoyo de alguna institución de gobierno o institución religiosa.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_13. Cuando estoy triste o tengo algún problema, mis amigos(as) logran hacerme sentir mejor.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_15. Sólo cuento conmigo misma.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

- Casi siempre
- Siempre

AS_8. Mis amigos(as) y compañeros(as) me han dado buenos consejos.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_10. Me siento querida y apoyada por otras personas, además de mi familia y amigos(as).

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_12. Estoy segura de que hay gente que confía en mí.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_14. Cuento con algún apoyo por parte de mi trabajo.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

AS_16. Si tuviera un problema no dudaría en recurrir a mi familia.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

Anexo 7: Escala de Afrontamiento

Piensa en el momento en el que fuiste diagnosticada. Responde de acuerdo a lo que hiciste para ENFRENTAR esta situación.

Afron_1. Intenté buscar soluciones.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_2. Me esforcé en resolver la situación.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_3. Me eché la culpa de lo que pasaba

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_4. Me puse a llorar.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_5. Lo repasé una y otra vez en mi mente hasta poder verlo de forma diferente.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
-

Afron_6. Pensé que no había nada que pudiera hacer para resolverlo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_7. Hice cosas para mejorar la situación.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_8. Pensé en acabar con mi vida.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Afron_9. Acepté la realidad de que eso estaba pasando

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Anexo 8: Escala de Valoraciones

En las siguientes preguntas piensa como te has sentido desde tu diagnóstico de cáncer. No hay respuestas correctas o incorrectas por favor responde de la manera más honesta posible.

Val_1. El cáncer ha producido muchas consecuencias negativas en mi vida.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_2. Ha sido amenazante para mí.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_3. Ha sido difícil de controlar o resolver.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_4. Creo que puedo enfrentarme a esta situación.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_5. El cáncer supone un desafío para mí.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_6. Trato de restarle importancia a la situación.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_7. Trato de ver algún aspecto positivo de esta situación.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_8. Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_9. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_10. Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_11. Trato de conocer y prepararme para esta situación.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_12. Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más segura.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Val_13. Hago cosas que me ayuden a relajarme.

- Para nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Anexo 9: Escala de Calidad de Vida

QLQ. Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre ti y tu salud. Por favor, responde a todas las preguntas personalmente, según la opción que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que proporcione será estrictamente confidencial.

QLQ_1 ¿Tienes alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_2 ¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo largo?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_3 ¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_4 ¿Tienes que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_5. ¿Necesitas ayuda para comer, vestirte, asearte o ir al baño?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Durante la semana pasada:

QLQ_6. ¿Has tenido algún impedimento para hacer tu trabajo u otras actividades cotidianas?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_7 ¿Has tenido algún impedimento para realizar tus aficiones u otras actividades de descanso, distracción?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_8 ¿Sentiste que se te cortó la respiración?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_9 Has tenido dolor.

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_11 ¿Has tenido dificultades para dormir?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_13 ¿Te ha faltado el apetito?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_15 ¿Has vomitado?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Durante la semana pasada

QLQ_17. ¿Has tenido diarreas?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_19. ¿El dolor interfirió en tus actividades diarias?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_21. ¿Tu estado físico o el tratamiento médico han interferido en tu vida familiar?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_10 ¿Necesitaste parar de hacer una actividad para descansar?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_12 ¿Te has sentido débil?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_14 ¿Has tenido náuseas?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_16 ¿Has estado estreñida?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_18 ¿Estuviste cansada?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_20. ¿Has tenido dificultades para recordar cosas?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_22. ¿Tu estado físico o el tratamiento médico han interferido en tus actividades sociales?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

QLQ_23. ¿Tu estado físico o el tratamiento médico te han causado dificultades financieras?

- En absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Por favor, en las siguientes preguntas selecciona el número del 1 al 7 que mejor corresponda contigo:

QLQ_24. ¿Cómo valorarías, en general, tu salud durante la semana pasada?

Pésima

1 2 3 4 5 6 7

Excelente

QLQ_25. ¿Cómo valorarías, en general, tu calidad de vida durante la semana pasada?

Pésima

1 2 3 4 5 6 7

Excelente