



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



CONAHCYT

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC  
CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES CIENCIA Y TECNOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

**PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN  
PACIENTES CON CÁNCER DEL ESTADO DE MÉXICO**

**PRESENTA:**

**Lic. Ana Cecilia Sanjuan Acosta**

**Director:**

**Dr. Arturo Enrique Orozco Vargas**

**Codirectores:**

**Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz**

**Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León**

**Tutor externo:**

**M.E. Luis Alberto Nuñez Trenado**



**Contenido general**

Resumen .....	11
Abstrac.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1. Revisión de la Literatura .....	15
1.1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud.....	15
1.1.1 Origen y Evolución Conceptual de la Calidad de Vida .....	16
1.1.2 Definición de Calidad de Vida.....	18
1.1.3 Elementos de la Calidad de Vida .....	20
1.1.4 Calidad de Vida y Salud-Enfermedad.....	22
1.1.5 Definición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud .....	24
1.1.6 Modelo conceptual de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	25
1.1.7 Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud .....	27
1.1.8 Medición de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud .....	28
1.1.9 Importancia de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud .....	32
1.2 Regulación Emocional.....	33
1.2.1 Definición de Emoción .....	33
1.2.2 Definición de la Regulación Emocional .....	34
1.2.3 Dimensiones de la Regulación Emocional .....	37
1.2.3.1 Estrategias adaptativas. ....	37
1.2.3.2 Estrategias Desadaptativas. ....	37
1.2.3.3 Conciencia plena. ....	37
1.2.4 Medición de la Regulación Emocional .....	38
1.2.5 Importancia de la Regulación Emocional en el Proceso de la Enfermedad.....	41
1.3 Percepción del dolor .....	42
1.3.1 Definición de la percepción del dolor.....	42
1.3.2 Medición de la percepción del dolor.....	42
1.3.3 Importancia de Validar el Dolor en la Enfermedad .....	43
1.4 Apoyo Social .....	45
1.4.1 Definición del Apoyo Social.....	45
1.4.2 Dimensiones del Apoyo Social.....	46
1.4.3 Medición del Apoyo Social .....	47
1.5 Cáncer.....	49

1.5.1 Definición de Cáncer .....	49
1.5.2 Estadísticas de la Prevalencia del Cáncer en el Mundo y en México.....	49
1.5.3 Tipos de Cáncer .....	51
1.5.3.1 Cáncer colorrectal. ....	51
1.5.3.2 Cáncer de mama. ....	51
1.5.3.3 Cáncer de estómago. ....	51
1.5.3.4 Cáncer de tiroides.....	52
1.5.3.5 Cáncer de ovario.....	52
1.5.3.6 Cáncer de testículo. ....	53
1.5.3.7 Cáncer de riñón. ....	53
1.5.4 Tipos de Tratamientos para Cáncer .....	53
1.5.5 Impacto del Cáncer en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud .....	54
1.6 Relación de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la calidad de vida relacionada con la salud.....	55
2. Metodología .....	59
2.1 Planteamiento del Problema .....	59
2.2. Pregunta de Investigación.....	61
2.3 Justificación.....	61
2.4 Objetivos.....	62
2.4.1 Objetivo General.....	62
2.4.2 Objetivos Específicos.....	62
2.5 Hipótesis .....	63
2.6 Tipo de Estudio .....	64
2.7 Diseño de investigación .....	64
3. Descripción Metodológica .....	65
3.1 Participantes .....	65
3.1.1 Tamaño y muestra.....	65
3.1.2 Criterios de inclusión .....	65
3.1.3 Criterios de exclusión .....	66
3.1.4 Criterios de eliminación.....	66
3.2 Instrumentos .....	66
3.2.1 Cuestionario sociodemográfico .....	66

3.2.2 Regulación emocional.....	66
3.2.3 Percepción del dolor .....	67
3.2.4 Apoyo social .....	68
3.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud.....	68
3.3 Procedimiento.....	70
4. Consideraciones Éticas.....	71
4.1 Declaración del Helsinki .....	71
4.1.1 Derecho a la no participación .....	71
4.1.2 Derecho a la información, devolución de resultados y rectificación .....	71
4.1.3 Remuneración .....	71
4.1.4 Acompañamiento .....	72
4.1.5 Respeto a la intimidad.....	72
4.2 Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS) .....	72
4.2.1 Valor social y científico, y respeto de los derechos.....	72
4.2.2 Beneficios individuales y riesgos de la investigación.....	73
4.2.3 Personas con capacidad de dar consentimiento informado.....	73
4.2.4 Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud.....	73
4.2.5 Reembolso y compensación para los participantes en una investigación.....	73
4.2.6 Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud .....	74
4.2.7 Conflictos de intereses .....	74
4.3 Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) .....	74
4.4 Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP).....	74
4.5 Ley General de Salud .....	74
4.6 Ley General de Salud Mental .....	78
4.5 Estatuto Universitario de la Universidad Autónoma del Estado de México .....	79
5. Determinación de Recursos Humanos y Materiales .....	80
6. Análisis de Datos.....	81
6.1 Análisis de datos preliminares.....	81
6.2 Análisis de datos.....	81
6.2.1 Tipo de análisis. ....	83

7. Resultados .....	85
7.1 Descripción de la muestra. ....	85
7.2 Análisis Descriptivos.....	86
7.2.1 Etapa I de cáncer.....	86
7.2.1.1 Regulación emocional en la etapa I del cáncer. ....	86
7.2.1.2 Conciencia plena en la etapa I de cáncer.....	96
7.2.1.3 Apoyo social en la etapa I de cáncer. ....	101
7.2.1.4 Calidad de vida en la etapa I de cáncer. ....	104
7.2.1.5 Percepción del dolor en la etapa I de cáncer. ....	106
7.2.2 Etapa II de cáncer.....	107
7.2.2.1 Regulación emocional en la etapa II de cáncer. ....	107
7.2.2.2 Conciencia plena en la etapa II de cáncer. ....	117
7.2.2.3 Apoyo social en la etapa II de cáncer.....	122
7.2.2.4 Calidad de vida en la etapa II de cáncer.....	126
7.2.2.5 Percepción del dolor en la etapa II de cáncer. ....	127
7.2.3. Etapa III de cáncer .....	128
7.2.3.1 Regulación emocional en la etapa III de cáncer.....	128
7.2.3.2 Conciencia plena en la etapa III de cáncer. ....	137
7.2.3.3 Apoyo social en la etapa III de cáncer. ....	141
7.2.3.4 Calidad de vida en la etapa III de cáncer. ....	145
7.2.3.5 Percepción del dolor en la etapa III.....	146
7.2.4 Análisis descriptivo de la percepción del dolor .....	147
6.3.5 Histogramas de las variables de estudio. ....	156
7.3 Análisis inferenciales.....	162
7.3.1 Análisis de comparación .....	162
7.3.2 Análisis de correlación.....	167
7.3.3 Análisis de regresión múltiple jerárquica .....	183
8. Discusión.....	185
9. Conclusiones .....	192
Referencias .....	195
Anexos.....	220

Anexo 1 Consentimiento informado .....	220
Anexo 2 Instrumentos de evaluación .....	223
Anexo 3 Aval de los Comités de Ética en Investigación.....	234

### Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Principales instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud.....	29
<b>Tabla 2</b> Clasificación de instrumentos que permiten evaluar la regulación emocional .....	39
<b>Tabla 3</b> Clasificación de los instrumentos validados al español .....	40
<b>Tabla 4</b> Instrumentos que evalúan el apoyo social.....	47
<b>Tabla 5</b> Clasificación de los tipos de cáncer con mayor número de fallecimientos en población mexicana.....	50
<b>Tabla 6</b> Adjetivos para la descripción del dolor.....	151
<b>Tabla 7</b> Métodos para aliviar el dolor .....	155
<b>Tabla 8</b> Medicaciones no recetadas .....	156
<b>Tabla 9</b> Prueba t de Student para muestras independientes entre las variables de estudio .....	165
<b>Tabla 10</b> Prueba Post Hoc de Bonferroni .....	167
<b>Tabla 11</b> Tabla de correlación entre variables sociodemográficas, regulación emocional, percepción del dolor, apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud .....	170
<b>Tabla 12</b> Tabla de correlación entre las estrategias de regulación emocional y la calidad de vida relacionada con la salud .....	176
<b>Tabla 13</b> Análisis de regresión jerárquica prediciendo la calidad de vida relacionada con la salud .....	184

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Modelo de la calidad de vida relacionada con la salud según Wilson y Cleary .....	26
<b>Figura 2</b> Modelo de la regulación emocional de Gross (1999).....	36
<b>Figura 3</b> Etapa I y Autoculpa .....	87
<b>Figura 4</b> Etapa I y aceptación.....	88
<b>Figura 5</b> Etapa I y rumiación.....	89
<b>Figura 6</b> Etapa I y reenfoque positivo .....	90
<b>Figura 7</b> Etapa I y reenfoque en la planeación .....	91
<b>Figura 8</b> Etapa I y reevaluación positiva.....	92
<b>Figura 9</b> Etapa I y perspectiva.....	93
<b>Figura 10</b> Etapa I y catastrofismo .....	94
<b>Figura 11</b> Etapa I y culpar a otros .....	95
<b>Figura 12</b> Etapa I y observación.....	96
<b>Figura 13</b> Etapa I y descripción .....	<b>97</b>
<b>Figura 14</b> Etapa I y actuar con conciencia .....	98
<b>Figura 15</b> Etapa I y aceptación sin emitir juicios.....	99
<b>Figura 16</b> Etapa I y conciencia plena .....	100
<b>Figura 17</b> Etapa I y apoyo social.....	101
<b>Figura 18</b> Etapa I y apoyo familiar .....	102
<b>Figura 19</b> Etapa I y apoyo de los amigos .....	103
<b>Figura 20</b> Etapa I y puntuación total de apoyo social .....	104
<b>Figura 21</b> Etapa I y calidad de vida.....	105
<b>Figura 22</b> Etapa I y percepción del dolor .....	106

<b>Figura 23</b> Etapa II y autculpa .....	108
<b>Figura 24</b> Etapa II y aceptación .....	109
<b>Figura 25</b> Etapa II y rumiación .....	110
<b>Figura 26</b> Etapa II y renfoque positivo .....	111
<b>Figura 27</b> Etapa II y renfoque en la planeación .....	112
<b>Figura 28</b> Etapa II y reevaluación positiva .....	113
<b>Figura 29</b> Etapa II y perspectiva .....	114
<b>Figura 30</b> Etapa II y catastrofismo .....	115
<b>Figura 31</b> Etapa II y culpar a otros .....	116
<b>Figura 32</b> Etapa II y conciencia plena .....	117
<b>Figura 33</b> Etapa II y descripción .....	118
<b>Figura 34</b> Etapa II y actuar conscientemente .....	119
<b>Figura 35</b> Etapa II y aceptación .....	120
<b>Figura 36</b> Etapa II y puntuación total de conciencia plena .....	121
<b>Figura 37</b> Etapa II y apoyo social .....	122
<b>Figura 38</b> Etapa II y apoyo familiar .....	123
<b>Figura 39</b> Etapa II y apoyo de amigos .....	124
<b>Figura 40</b> Etapa II y puntuación total de apoyo social .....	125
<b>Figura 41</b> Etapa II y calidad de vida .....	126
<b>Figura 42</b> Etapa II y percepción del dolor .....	127
<b>Figura 43</b> Etapa III y autculpa .....	128
<b>Figura 44</b> Etapa III y aceptación .....	129
<b>Figura 45</b> Etapa III y rumiación .....	130



<b>Figura 46</b> Etapa III y reenfoque positivo .....	131
<b>Figura 47</b> Etapa III y reenfoque en la planeación .....	132
<b>Figura 48</b> Etapa III y reevaluación positiva .....	133
<b>Figura 49</b> Etapa III y perspectiva .....	134
<b>Figura 50</b> Etapa III y catastrofismo .....	135
<b>Figura 51</b> Etapa III y culpar a otros .....	136
<b>Figura 52</b> Etapa III y observación .....	137
<b>Figura 53</b> Etapa III y descripción .....	138
<b>Figura 54</b> Etapa III y actuar conscientemente .....	139
<b>Figura 55</b> Etapa III y aceptación .....	140
<b>Figura 56</b> Etapa III y apoyo social .....	141
<b>Figura 57</b> Etapa III y apoyo familiar .....	142
<b>Figura 58</b> Etapa III y apoyo de amigos .....	143
<b>Figura 59</b> Etapa III y apoyo social total .....	144
<b>Figura 60</b> Etapa III y calidad de vida .....	145
<b>Figura 61</b> Etapa III y percepción del dolor .....	146
<b>Figura 62</b> Zonas corporales donde se percibe el dolor .....	147
<b>Figura 63</b> Intensidad del dolor percibido .....	148
<b>Figura 64</b> Manejo del dolor .....	149
<b>Figura 65</b> Porcentaje de alivio del dolor según la medicación utilizada .....	150
<b>Figura 66</b> Forma de consumir fármacos .....	152
<b>Figura 67</b> Implicaciones de los fármacos para el manejo del dolor .....	153
<b>Figura 68</b> Factores que causan preocupación por el consumo de fármacos .....	154

<b>Figura 69</b> Efectos secundarios del consumo de fármacos para el manejo del dolor.....	154
<b>Figura 70</b> Puntuación total de estrategias adaptativas y desadaptativas .....	157
<b>Figura 71</b> Puntuación total de observación .....	157
<b>Figura 72</b> Puntuación total de descripción.....	158
<b>Figura 73</b> Puntuación total de actuar conscientemente .....	158
<b>Figura 74</b> Puntuación total de aceptación .....	159
<b>Figura 75</b> Puntuación total de conciencia plena.....	159
<b>Figura 76</b> Puntuación total de la percepción del dolor.....	160
<b>Figura 77</b> Percepción total de apoyo social.....	160
<b>Figura 78</b> Percepción total de apoyo de amigos.....	161
<b>Figura 79</b> Percepción total de apoyo familiar .....	161
<b>Figura 80</b> Total de calidad de vida relacionada con la salud .....	162
<b>Figura 81</b> Comparación de autculpa por sexo.....	163
<b>Figura 82</b> Comparación de catastrofismo por sexo.....	164
<b>Figura 83</b> Comparación de estrategias desadaptativas por sexo .....	164
<b>Figura 84</b> Comparación del total de CVRS por sexo.....	165

## **Predictores de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer del Estado de México**

### **Resumen**

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido tema de interés para los investigadores debido a la relevancia que tiene en el mejoramiento del bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Tal es el caso de los pacientes con cáncer, quienes no solo enfrentan un proceso de cambios físicos, sino también cambios psicológicos (ansiedad, depresión, dolor, fatiga, estrés), condición que afecta su nivel de calidad de vida. La importancia de estudiar a esta población radica en que el cáncer es una enfermedad responsable de un gran número de defunciones en México y en el mundo, situación que causa preocupación. Con base en la literatura, existe mayor evidencia del estudio de cáncer de mama en muestras compuestas por mujeres, por lo que es necesario considerar otros tipos de cáncer que tienen una prevalencia muy alta, así como estudiar a poblaciones mixtas (hombres y mujeres).

Por otra parte, se ha demostrado que existen factores psicológicos y sociales que pueden generar un impacto positivo en el nivel de la CVRS, tal es el caso de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social, que se encuentran relacionados entre sí; sin embargo, surge la interrogante: ¿La regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social son predictores significativos de la CVRS en pacientes diagnosticados con cáncer de una institución de salud pública del Estado de México?. Por lo tanto, el objetivo del presente análisis fue estudiar la función predictiva de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS en pacientes con cáncer de una institución de salud pública del Estado de México. Los resultados de este estudio pretenden aportar elementos que mejoren los programas de

intervención de pacientes con cáncer, con el objetivo de atender sus necesidades de manera efectiva.

Para ello, se realizó un estudio no experimental de tipo transversal, la muestra estuvo compuesta por 120 hombres y mujeres, fue una muestra no probabilista de tipo intencional de pacientes con cáncer, en etapa I, II y III, de entre 18 y 79 años. A estos participantes se les proporcionó el consentimiento informado y una vez firmado se recabaron los datos por medio de seis instrumentos psicométricos (Cuestionario Sociodemográfico, CERQ, BPI, Escala de Apoyo Social, EORCT-QLQ-C30) para proceder a los análisis estadísticos correspondientes.

Los resultados de esta investigación señalaron que los factores predictores estadísticamente significativos de la CVRS son el apoyo social en primer lugar y las estrategias de regulación emocional en segundo lugar. Sin embargo, aunque la percepción del dolor también predice la CVRS, no resultó estadísticamente significativa, por lo tanto, aunque no se sugiere incluirla dentro de los predictores, sí se propone prestar atención a dicha variable debido a que se demostró que tiene un impacto negativo en la CVRS.

Se sugiere realizar análisis longitudinales y estudiar otro tipo de variables, por ejemplo, la relación médico paciente debido a que se observó que puede ser una variable que puede predecir de manera significativa la CVRS.

**Abstract** Health-related quality of life (HRQoL) has been a topic of interest for researchers due to its relevance in improving the well-being of patients with chronic degenerative diseases. Such is the case of cancer patients, who not only face a process of physical changes, but also psychological changes (anxiety, depression, pain, fatigue, stress), a condition that affects their level of quality of life. The importance of studying this population lies in the fact that cancer is a disease responsible for a large number of deaths in Mexico and around the world, a situation that causes concern. Based on the literature, there is more evidence for the study of breast cancer in samples made up of women, so it is necessary to consider other types of cancer that have a very high prevalence, as well as study mixed populations (men and women).

On the other hand, it has been shown that there are psychological and social factors that can generate a positive impact on the level of HRQoL, such is the case of emotional regulation, pain perception and social support, which are interrelated. However, the question arises: Are emotional regulation, pain perception and social support significant predictors of HRQoL in patients diagnosed with cancer from a public health institution in the State of Mexico? Therefore, the objective of this analysis was to study the predictive role of emotional regulation, pain perception, and social support on HRQoL in cancer patients from a public health institution in the State of Mexico. The results of this study are intended to provide elements that improve intervention programs for cancer patients, with the aim of meeting their needs effectively.

Therefore, a non-experimental cross-sectional study was carried out, the sample was made up of 120 men and women, it was a non-probabilistic sample of intentional type of cancer patients, in stage I, II and III, between 18 and 79 years of age. Informed consent was provided and once signed, the data was collected to proceed with the corresponding statistical analyses.

The results of this research indicated that the statistically significant predictors of HRQoL are social support in the first place and emotional regulation strategies in second place. However, although the perception of pain also predicts HRQoL, it was not statistically significant, therefore, although it is not suggested to include it among the predictors, paying attention to this variable is suggested, since it has been shown to have an impact negative in HRQoL.

It is suggested to carry out longitudinal analyzes and study other types of variables, for example, the doctor-patient relationship, since it was observed that it can be a variable that significantly predicts HRQoL.

## **1. Revisión de la Literatura**

### **1.1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud**

El presente capítulo pretende dar a conocer los aspectos más relevantes de la calidad de vida con la finalidad de comprender la calidad de vida relacionada con la salud, variable que cumple un papel fundamental para esta investigación. La calidad de vida como variable, ha sido objeto de estudio de gran interés en diversos campos del conocimiento como la enseñanza, la educación especial, el área clínica y los servicios socioculturales (Verdugo et al. 2013); sin embargo, no ha sido fácil su análisis porque se trata de un constructo abstracto, multidimensional y con diversos enfoques y técnicas de abordaje (Fernández & Rojo, 2005). Aunque actualmente el término de calidad de vida es muy común, aún es complejo dar una definición exacta debido a que este término es utilizado en diferentes escenarios con diferentes connotaciones; por ejemplo, no es el mismo uso que tiene en el marketing al uso que tendría en una campaña política. Debido a estas ambigüedades, diversos expertos han contribuido en la evolución del concepto durante los últimos años (Verdugo, 2013).

Actualmente la literatura refiere que, a finales del siglo XX, los especialistas consideraron que después de haber cubierto las necesidades esenciales de la vida para las personas, era necesario empezar a optimizar la calidad de vida considerando los factores culturales y combinando elementos objetivos y subjetivos (Ardila, 2013). Debido a esto, hablar de calidad de vida implica considerar la perspectiva de las personas a través de la medición objetiva de las dimensiones de este constructo que, para algunos autores, son el éxito personal, la salud física y psicológica, la autonomía, las relaciones interpersonales, la inserción en el medio sociocultural y los derechos humanos (Verdugo et al., 2013).

Asimismo, los análisis sobre calidad de vida se han enfocado en el diseño de su evaluación, en su descripción desde diversos enfoques y en el impacto favorable o desfavorable que pudiera tener; gracias a esto, algunos factores estudiados en correlación a la calidad de vida como la edad, el género, las dinámicas psicosociales, la salud, la dificultad de los padecimientos y su gravedad, así como el deterioro cognitivo, ampliando así el conocimiento que se tiene sobre esta variable (Urzúa et al., 2016).

Otros autores refieren que comprender en su totalidad la calidad de vida resulta complejo, por lo que se debe evaluar considerando la forma de vida, el agrado con la educación o el trabajo y el estatus económico, para ello es necesario identificar la escala de valores que rigen su vida y los estándares o perspectivas de los sujetos a evaluar con el propósito de conocer el grado de bienestar que experimentan las personas, representado por la sumatoria de las percepciones subjetivas de “sentirse bien” (Velarde & Ávila, 2002). Con base en lo anterior, es posible comprender que la calidad de vida enfatiza una postura sensible a la percepción del sujeto sobre su estado dentro del ambiente, así mismo, dentro de una perspectiva social, cumple con el propósito de mejorar el bienestar de los sujetos y contribuir a la mejora social, debido a esto es que el estudio de este concepto ha resultado relevante para diversas áreas del conocimiento (Vega et al., 2012).

### ***1.1.1 Origen y Evolución Conceptual de la Calidad de Vida***

Algunos pioneros en señalar lo que hoy es conocido como calidad de vida fueron Aristóteles y Platón, quienes introducen la idea de que los individuos visualizan como la *buena vida* como equivalente a *vivir felices*, idea que puede cobrar diversos significados según la percepción de la persona o de la situación, dando inicio así al estudio de dicha variable (Fayers & Machin, 2000). Fue después de la Segunda Guerra Mundial que este concepto reaparece en



Estados Unidos, esto con el fin de conocer la percepción de los habitantes sobre su estatus de vida y de su economía después de la guerra (Campbell, 1981; Meeberg, 1993, como se cita en Urzua & Caqueo, 2012).

Durante los años 60s, surgió un movimiento denominado *indicadores sociales en Chicago*, el cual tuvo un fin político-económico, tratando de generar un impacto en el indicador social de primer orden. Este movimiento logró el apoyo entre los ciudadanos para dar sustento científico a sus causas, situación que más tarde permitiría ampliar el concepto de calidad de vida haciendo énfasis en que el bienestar de las personas está vinculada a los recursos materiales, destacando la eficacia del medio, así como los vínculos sociales y el estado de salud (Noll, 2002).

Para los años 90s, la gran mayoría de países occidentales habían desarrollado una estrategia para evaluar el estatus general de vida, incluyendo en la evaluación los indicadores sociales y económicos, lo que también contribuyó a la construcción de esta variable (Hagerty et al., 2002). Fue así como en un primer momento, el concepto de calidad de vida fue entendido como un nivel de confort objetivo o social, entendiendo por ello la satisfacción del hombre por su sitio dentro de una sociedad, los recursos con los que cuenta, así como la manera y el lugar de donde los obtiene (Smith, 1974).

Posteriormente, las investigaciones sobre este concepto señalaron que era necesario incluir indicadores objetivos como el estado social y económico, el grado educativo y el tipo y condiciones de vivienda, con el fin de poder ampliar el comprensión sobre esta constante, logrando explicar el 15% de la varianza de la calidad de vida (Bognar, 2005). Debido a esto, otros autores sugirieron incluir mediciones subjetivas para dar mayor solidez a este constructo, por lo que los indicadores psicológicos que se incluyeron fueron felicidad y satisfacción, con lo

que se logró explicar el 50% de varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999; citado en Urzua & Caqueo, 2012).

Debido a estos estudios, las sociedades se modificaron de manera radical debido al crecimiento de las pirámides demográficas lo cual reflejó una transformación global. Fue así como la esperanza de vida aumentó considerablemente como resultado de la estabilidad y el bienestar obtenido, debido a la mejora en las condiciones de vida (aspectos físicos, mentales y sociales) generando con ello un sentido ventajoso y fructífero que fortaleció la calidad de vida (Ríos et al., 2000). En resumen, se puede decir que en un inicio este concepto se enfocaba en el cuidado personal, así como en los bienes materiales. Adicionalmente se incluyeron aspectos relacionados con la salud e higiene pública. En una tercera fase se añadieron elementos provenientes de los derechos humanos, incluyendo las condiciones laborales y el estado de los ciudadanos. Posteriormente se orientó a los recursos económicos, para finalizar considerando la percepción de los habitantes en cuanto al estado de salud, la dinámica social, y el goce de las actividades cotidianas (Schwartzmann, 2003).

### ***1.1.2 Definición de Calidad de Vida***

El estudio de la calidad de vida surge en la antigüedad, cuando Aristóteles y Platón muestran interés por la construcción de lo que ellos nombraron bienestar o felicidad (Fayers & Machin, 2000); sin embargo, a lo largo de los años, el significado de calidad de vida se fue modificando de acuerdo con las necesidades y los aportes científicos que se han realizado con respecto a este concepto (Schalock & Verdugo, 2003).

Una primera enunciación de calidad de vida hace referencia a la estimación de las características de vida de un sujeto, a nivel individual y en comunidad, en dirección a una existencia digna, donde la salud ejerce un rol importante debido al impacto que ésta tiene en el nivel de satisfacción que perciben los sujetos (González, 2002). Reconocidos investigadores señalan que el concepto de calidad de vida es la percepción del bienestar holístico, enfocado a la salud y en función de los elementos que generen satisfacción, autocuidado, movilidad y comunicación en el día a día (Livingston et al., 2007). Schalock y Verdugo (2003) indican que dicho constructo se ve influenciado de manera importante por los factores físicos y mentales, la autonomía, los vínculos sociales y los factores sobresalientes del entorno donde se encuentra el sujeto. Dicho constructo también es visto como el grado de bienestar que adquiere la persona en cuanto a sus necesidades físicas, sociales, emocionales, espirituales, intelectuales y ocupacionales (Giusti, 1991). Para Velarde y Ávila (2002), la calidad de vida asume también un rol social el cual impacta en el desarrollo de una comunidad en factores como el desempeño laboral, el hogar, acceso a servicios públicos, el ambiente, etc.

Por otra parte, la Organización Mundial de Salud [OMS] (1996) indica que la calidad de vida se refiere a la opinión que genera el individuo sobre su estatus de vida dentro del contexto sociocultural relacionado a sus expectativas y preocupaciones. Esto por mencionar algunos términos, ya que este concepto no tiene una definición única; sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que el concepto de calidad de vida se introduce en tres campos científicos: la medicina, la gestión económica y en general, a las ciencias sociales. Además, integra elementos cuantitativos y cualitativos, en términos de satisfacción o insatisfacción; por lo tanto, de manera integral la calidad de vida se puede definir como el nivel de confort que percibe,

resultado de la valoración que el sujeto hace sobre los factores objetivos y subjetivos durante las diferentes etapas de su vida (Urzua & Caqueo, 2012).

Para concluir, es importante mencionar que las modificaciones en el concepto de calidad de vida han permitido identificar cuatro ejes fundamentales. El primero se encuentra relacionado a la multidimensionalidad del constructo, lo que indica que este término se ve influenciado por aspectos personales y ambientales, que de acuerdo con la OMS (1996) se deben considerar el bienestar orgánico, mental y social. Además, los estudios realizados por Shalock y Verdugo (2003), afirman que también se deben incluir ocho dimensiones en dicha evaluación, entre ellas el bienestar físico, el bienestar psicológico y los derechos, así como el bienestar material, el impulso personal, las relaciones interpersonales, la inclusión social y la autodeterminación. En el segundo eje, se identifican las dimensiones y los indicadores que las componen, las cuales tomarán importancia en el siguiente apartado. El tercer eje propone que la evaluación de la calidad de vida incluya aspectos subjetivos y objetivos, entendiendo por aspectos subjetivos la evaluación la prosperidad que el sujeto percibe, en comparación con la del resto de la población; para la evaluación objetiva se deberá tomar en cuenta los estilos y situaciones de la vida. Por último, el cuarto eje indica que se debe poner énfasis a las particularidades individuales, contextuales y del ambiente con el fin de predecir los efectos a futuro de la calidad de vida.

### ***1.1.3 Elementos de la Calidad de Vida***

Como se ha mencionado, la calidad de vida es un concepto multidimensional, lo que indica que se deben considerar todas aquellas variables que lo conforman, no sin antes mencionar que esta clasificación varía según los autores que se han dedicado a estudiar a profundidad dicho constructo. Una de las clasificaciones más generales es que la calidad de vida se fracciona en dos dimensiones, la parte objetiva y la subjetiva. Como se ha mencionado anteriormente, la

dimensión objetiva corresponde a la evaluación de los bienes materiales y las óptimas condiciones de vida, incluyendo la salud, que se puede obtener mediante procesos formales de evaluación. Por otra parte, el aspecto subjetivo será aquel que evalúe factores como la intimidad, comunicación de emociones, grado de seguridad obtenido, utilidad personal y la percepción de la salud (Nava, 2012).

Otra clasificación es la que propone Velarde y Ávila (2002), en la que señala que las dimensiones más reconocidas de la calidad de vida son: modo de vida, vivienda, agrado en el área escolar/laboral y el estatus económico, evaluado en función del régimen de valores, estándares o percepciones enfocadas en la conceptualización subjetiva de bienestar. Para otros autores, la calidad de vida posee dimensiones que a su vez, contienen indicadores, los cuales se describen de la siguiente manera: bienestar emocional (felicidad, autoconcepto y pérdida del interés); relaciones sociales (interacción con otros, red de apoyo y amistad); bienes materiales (estado económico, estado laboral y condiciones de vivienda); éxito personal (grado escolar y autorrealización); bienestar orgánico (servicio de salud, estado de salud física y mental, actividades de la vida diaria, pasatiempos); autonomía (autorregulación, objetivos y motivaciones individuales, decisiones), inserción social (sentido de pertenencia y colaboración dentro de la sociedad, función comunitaria, soporte social) y derechos humanos y de carácter legal (Schalock & Verdugo, 2003).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2013) propone como indicadores de la calidad de vida a la morada, el ingreso económico, la ocupación, calidad del apoyo social, la educación, el ambiente, el compromiso cívico, la salud, el agrado, la seguridad y el equilibrio entre la vida y el empleo. Mientras que para otros autores es importante considerar aspectos como la autonomía, superación personal, dinámica social, inserción social,

derechos, bienestar físico, psicológico y material (Arellano & Peralta, 2013). Por último, la OMS (1996), señala que la calidad de vida debe ser estudiada en seis categorías que son el ámbito corporal, psíquico, nivel de autonomía, vínculos sociales, entorno y espiritualismo.

En conclusión, los elementos de la calidad de vida pueden ser variados, según el área de interés o el análisis que se realice; sin embargo, lo que no se debe dejar de lado es la clasificación general que señala los componentes más importantes de la calidad de vida son dos, por una parte, la dimensión subjetiva y por otra la dimensión objetiva (Velarde & Ávila, 2002), así como el nivel del bienestar (Shalock & Verdugo, 2003) y la salud, que juega un papel determinante (OMS, 1994).

#### ***1.1.4 Calidad de Vida y Salud-Enfermedad***

Para este apartado será necesario centrarnos en los aspectos subjetivos de la calidad de vida debido a que en esta dimensión la percepción del sujeto tiene un papel importante en cuanto a la impresión de qué tan satisfecho y colmado se siente respecto a sus necesidades. Hablar de salud como una dimensión de la calidad de vida, implica también hablar de la enfermedad, así como de la medicina, la cual ha tenido un avance tecnológico importante que ha permitido optimizar los procedimientos médicos generando un impacto a nivel físico, psicológico y social (Perales et al., 2012). Debido a esto, a últimas fechas los investigadores han realizado diversos estudios sobre las enfermedades crónicas, debido a su alta incidencia y al impacto que tienen en el sujeto las diversas condiciones o limitaciones propias de la patología; por ejemplo, el dolor, las modificaciones en los hábitos y costumbres, el rol social, entre otros (Vinaccia et al., 2005). Asimismo, la cultura moderna ha propuesto que el concepto de salud se dirija al concepto de bienestar y felicidad ya que estos conceptos están relacionados con la calidad de vida.

Dicha relación entre la satisfacción y la felicidad con la calidad de vida señala que cuando se involucra un padecimiento crónico, el paciente experimenta indisposición en sus actividades, cambios en la autoestima, en sus motivaciones y aspiraciones, generando dificultades en el estado de ánimo (Gil-Roales, 2004), por lo que Schwartzmann (2003) afirma que la expectativa de vida motiva a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por lo anterior, la salud y la enfermedad crean condiciones y labores médicas que permiten el equilibrio psicobiológico, la defensa de la salud y el bienestar. Con base en ello, se ha propuesto evaluar la disonancia que hay que entre la patología y su seguimiento médico con el funcionamiento adaptativo, con la finalidad de conocer el nivel de la calidad de vida de los pacientes con padecimientos crónicas (Perales et al., 2012). De la misma manera, es posible conocer la interpretación del individuo en cuanto a su proceso de enfermedad, el grado de seguridad y confianza hacia el tratamiento, las estrategias que emplea para afrontar el proceso y las herramientas con los que hará frente a tal padecimiento (Grau & Gonzáles, 1997). Es así como el concepto de calidad de vida gana terreno en el área de la salud, teniendo como objetivo estudiar y tomar acción en el proceso de enfermedad, salud y bienestar, esto como resultado de la integración de las ciencias y las humanidades (Velarde & Ávila, 2002).

Con base en lo anterior, el concepto de calidad de vida dentro del campo de las áreas de la salud cobra un sentido importante debido al impacto que tiene en la triada de la salud-enfermedad-tratamiento. Es necesario resaltar que estos indicadores que se evalúan son diferentes a los mencionados en el capítulo de calidad de vida porque, aunque se trata del mismo constructo, para el área de salud, se hablará de la calidad de vida relacionada con la salud (Velarde & Ávila, 2002).

### ***1.1.5 Definición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud***

Existe evidencia de que durante los años 80 se habló de la calidad de vida relacionada con la salud, debido a los drásticos cambios de la morbi-mortalidad, así como el incremento del tiempo de vida y a su vez del desarrollo de enfermedades crónicas en un gran número de habitantes en la población. Debido a ello, el término de calidad de vida cobra relevancia al relacionarlo con la salud, esto con el fin de poder referirse a las investigaciones cuyo objetivo era el análisis de la disminución de la calidad de vida a causa de alguna patología o accidente (Gaviria, 2007).

En esencia, este concepto incluye la valoración del sujeto como parte fundamental de los efectos de la salud (Schwartzmann, 2003). Otros autores visualizan este concepto en el área de la medicina como la oportunidad de valorar la calidad de las intervenciones médicas a través de los cambios, la percepción del paciente respecto a su enfermedad, así como la experiencia del paciente en relación con el personal médico e incluso, el impacto de la enfermedad en la cotidianidad (Urzua, 2010). De acuerdo con Ebrahim (1995), la calidad de vida relacionada a la salud permite contrastar los indicadores médicos con la experiencia propia del paciente; sin embargo, también menciona lo complicado que puede llegar a ser en la práctica debido a la variedad de técnicas de afrontamiento que emplean los pacientes.

Vinaccia y Quiceno (2011) refieren que la calidad de vida relacionada con la salud enfatiza aquellos elementos concretos y distintivos del estado físico y de las atenciones sanitarias. Por su parte, Misrachi y Espinoza (2005) reflexionan sobre la evolución del concepto de salud desde un enfoque del bienestar biológico a un enfoque que incluya el bienestar psíquico y social, empezando a dar importancia a los efectos a largo plazo de la patología y de los procedimientos, sobre todo en aquellos casos donde los efectos son negativos. Por último, para otros autores este



constructo debe incluir la percepción del efecto de la patología y del tratamiento clínico en el sujeto, así como su nivel de bienestar y de funcionalidad, esto en las áreas físico, emocional y social (Fernández et al., 2001). Por último, Urzua (2010) define la calidad de vida relacionada a la salud como la evaluación hecha por el sujeto sobre el nivel de bienestar que experimenta en su cotidianidad, tomando en cuenta el impacto que la salud tiene en los mismos.

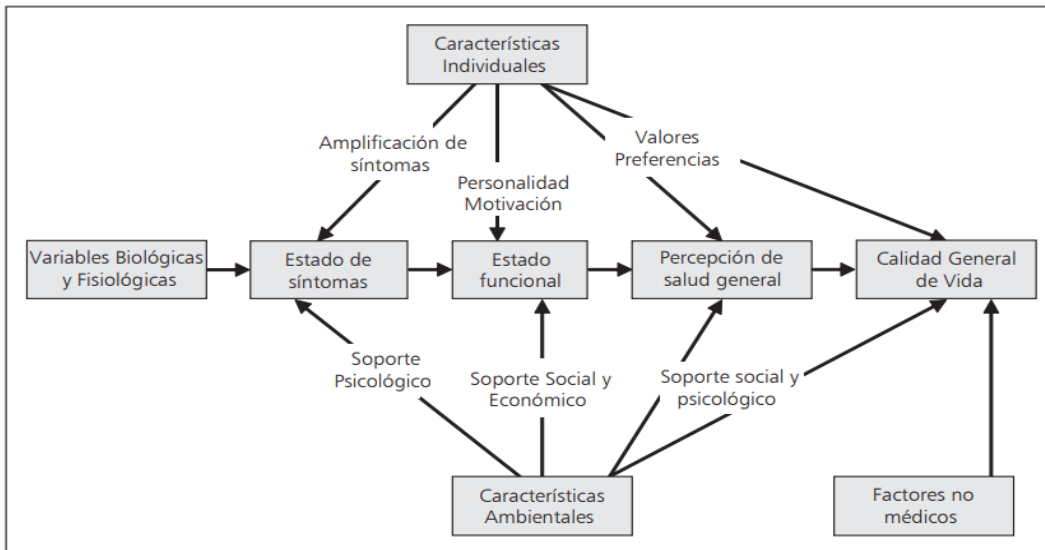
Con base en lo anterior, se entiende que la calidad de vida relacionada con la salud es un constructo que le permite al sujeto evaluar su vitalidad, el nivel de funcionalidad que tiene, así como sus funciones biopsicosociales. De manera general, evalúa la forma en que las personas valoran su grado de vitalidad, su capacidad para movilizarse y su satisfacción emocional (Perales et al., 2012).

#### ***1.1.6 Modelo conceptual de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud***

La calidad de vida relacionada con la salud es un tema que ha cobrado relevancia dentro de las organizaciones de salud por la relación que mantiene con la enfermedad y el estado de salud, por lo que han cobrado relevancia para políticos, científicos y personal de salud debido a la necesidad de emparejar la investigación con las necesidades del paciente ya que al ser una variable multidimensional es necesario identificar las dimensiones que componen dicho constructo. Ante esta necesidad, diversos autores se han dado a la tarea de profundizar en su estudio para identificar desde distintas perspectivas las condiciones de la salud y la enfermedad utilizando diferentes modelos o representaciones esquemáticas que permitan dar mayor comprensión de dicho constructo basados en alguna teoría (Bakas et al., 2012).

**Figura 1**

*Modelo de la calidad de vida relacionada con la salud según Wilson y Cleary (2014)*



*Nota:* el gráfico representa el modelo que explica la CVRS. Tomado de “*Linking clinical variables with health-related quality of life*” (pág, 60), por Wilson & Cleary (1995), JAMA The Journal of the American Medical Association, 273(1).

Debido a la importancia de dicho constructo, la literatura reporta diversos autores que han intentado explicar los componentes de esta variable; sin embargo, el modelo teórico más relevante es el propuesto por Wilson y Cleary (1995) el cual se divide en cinco niveles: variables biológicas y psicológicas, seriedad del síntoma, grado de eficiencia, percepción del estado de salud y en general, nivel de calidad de vida (Figura 1). Con ello, los autores buscan no solamente esclarecer la relación de las variables clínicas tradicionales y los elementos de la calidad de vida relacionada con la salud, sino también intentan describir el contexto del paciente en la interacción con la enfermedad y con el contexto social.

En resumen, el modelo propuesto por estos autores da razón de las relaciones causales entre el estado biofisiológico, síntomas, funcionalidad, percepción general de salud, CVRS y apoyo social, por lo que los autores sugieren que para el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud se consideren las variables mencionadas debido a que poseen cierto grado de relevancia para la comprensión de dicho fenómeno (Bakas et al., 2012).

### ***1.1.7 Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud***

Shumaker y Naughton (1995) realizaron un estudio para analizar las dimensiones representativas de la calidad de vida relacionada con la salud, resaltando cuatro dimensiones que se explican a continuación: 1) Estado funcional: evalúa la dinámica cotidiana relacionada con la independencia, la capacidad de disponer de sí mismo y la competencia; 2) Funcionamiento psicológico: refiere el grado de aceptación o rechazo de la experiencia del diagnóstico o tratamiento para la enfermedad o la actitud ante la vida; 3) Funcionamiento social: identifica la solución de problemas en las actividades sociales, así como la actitud ante la ejecución de diversos roles y 4) Síntomas relacionados al estado de salud y su tratamiento: señala los criterios diagnósticos de la patología y las secuelas propias de los procedimientos médicos.

Por otro lado, otros autores reconocen la importancia de otros componentes coligados a la calidad de vida relacionada con la salud y manifiestan que podrían incluirse a la lista ya conocida otros indicadores como el estado económico, inquietudes espirituales o existenciales, aspectos sexuales, imagen corporal, preocupación excesiva por temas relacionados a la salud, enfermedad, tratamiento y el futuro en relación a ellos, así como el nivel de agrado hacia los cuidados y procedimientos médicos (Vinaccia & Quiceno, 2011).

### ***1.1.8 Medición de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud***

Debido a la relevancia de este constructo, diversos autores han aportado importantes evidencias respecto a la medición de la CVRS con el propósito de ofrecer herramientas que permitan comprender el comportamiento de esta variable en diferentes muestras con diversos diagnósticos. Esto permitirá conocer el sentir del paciente, más allá de los datos clínicos, debido a que el diagnóstico de la enfermedad, los tratamientos a los que son sometidos, las limitaciones o las nuevas condiciones de vida y en general el proceso de salud-enfermedad, impactan en el nivel de bienestar del paciente. Por ello, resulta necesario tener indicadores que le permitan a los profesionales competentes tomar las medidas necesarias para mejorar su nivel de CVRS desde una perspectiva integral. De acuerdo con la literatura, existen diversos instrumentos que permiten evaluar el nivel de la CVRS considerando las necesidades de los grupos a los que van dirigidos, los modelos conceptuales en los que se basan para obtener los componentes a evaluar, el objetivo específico de lo que se desea medir y las propiedades psicométricas adecuadas (Badia, 2004).

Actualmente existe evidencia de los instrumentos que se han utilizado con mayor frecuencia en las investigaciones (Tabla 1), lo que sirve como referente para elegir el más adecuado en los estudios próximos a realizar, de acuerdo con los objetivos de los investigadores.

**Tabla 1***Principales instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud*

<b>Instrumento (autor y año)</b>	<b>Descripción de la prueba</b>	<b>Dimensiones que evalúa</b>	<b>Definición de subdimensiones</b>	<b>Propiedades psicométricas</b>
<b>European Organization for Research and Treatment of Cancer.</b>  (Fayers, Aaronson, Bjordal, Groenvold, Curran & Bottomley, 2001)	30 ítems, cada uno con cuatro alternativas de elección (desde "en absoluto" hasta "mucho").	*Estado físico *Interacción social *Bienestar emocional *Capacidad cognitiva *Cumplimiento de roles *Tres mediciones de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos) y una evaluación general de salud/calidad de vida.		*Confiabilidad: .70 y .87. *Validez: relación con el Nottingham Health Profile (NHP) entre 0.48 y 0.71 (Fayers, et al., 2001). En población mexicana: alfa de .73 en el estado general. Y entre .58 y .82 para funcionamiento físico, rol, emocional, cognitivo y social, (Sat-Muñoz et al., 2012).
<b>Inventario de calidad de vida y salud</b>	Evalúa las dos últimas semanas Tiene tres componentes cuantificables. a) porcentual que va	1. Inquietudes 2. Funcionamiento físico 3. Sensación de aislamiento 4. Preocupación relacionada con el cuerpo 5. Habilidades cognitivas	1. Cambios por la enfermedad 2. Percepción de las actividades 3. Sentimientos de aislamiento o de distanciamiento de su círculo habitual. 4. Satisfacción e insatisfacción sobre el aspecto físico. 5. Problemas en funciones de memoria y concentración	*Confiabilidad: entre .6831 y .9337 *Validez: 68% de varianza total explicada.

<b>(Riveros, Sánchez-Sosa &amp; del Águila 2009)</b>	desde 0 a 100% b) semántico de “nunca a siempre” c) visual, al colocarse una línea que recorre del 0 al 100% o de nunca a siempre. Al calificarse van de 0 a 5 puntos.	6. Actitud hacia el proceso médico 7. Espacio de ocio 8. Rutina diaria 9. Núcleo familiar 10. Conexiones sociales 11. Relación de apoyo médico 12. Interacción con el profesional de salud	6. Desagrado derivado de la adherencia a un tratamiento 7. Tiempo libre 8. Satisfacción e insatisfacción por los cambios en las rutinas 9. Familia: apoyo emocional que percibe de ella. 10. Recursos humanos para resolver problemas 11. Grado de responsabilidad depositada en el médico tratante respecto a su bienestar y salud	
<b>WHOQoL-100 (WHOQoL.Gro up, 1996). Traducido al español por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006)</b>	100 preguntas, en siete áreas que conforman 24 indicadores (con 96 ítems) y un indicador con cuatro elementos que analizan la calidad de vida en su totalidad y el bienestar general de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico</li> <li>• Aspectos psicológicos</li> <li>• Grado de autonomía</li> <li>• Conexiones sociales</li> <li>• Entorno ambiental</li> <li>• Espiritualidad y creencias generales</li> </ul>	Salud física: Dolor y malestar, energía y cansancio, vida sexual activa, patrones de sueño y descanso, y habilidades sensoriales. Aspectos mentales: emociones positivas, procesos de pensamiento, adquisición de conocimiento, retentiva y foco. Autonomía: incluye la movilidad, tareas diarias, uso de medicamentos y otras sustancias, así como la ayuda médica, capacidad de comunicarse y capacidad para trabajar. Relaciones sociales: alineadas con las relaciones personales, Medio Ambiente: seguridad física, medio ambiente hogareño, satisfacción con el trabajo, recursos financieros, cuidado social y de salud, oportunidades para	Alfa de Cronbach: 0.71 y 0.86 Test-retest (de dos a ocho semanas), con <i>r</i> de Pearson desde .068 a 0.95. Validez discriminante entre sujetos enfermos o sanos, encontrándose diferencias en el área de independencia ( $t=48.3; p<0.001$ )

---

			obtener información, participación para la recreación, medio ambiente libre de problemas de contaminación, ruido, clima e incluso transporte.	
<b>WHOQoL-Bref</b>	24 reactivos del WHOQoL-100 más dos ítems que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Física</li> <li>• Psicológica</li> <li>• Relaciones Sociales</li> <li>• Medio Ambiente</li> <li>• General</li> </ul>	<p>Física: dolor, medicamentos, energía, movilidad, sueño y actividades cotidianas.</p> <p>Psicológica: sentimientos positivos, espiritualidad, concentración, apariencia, bienestar general y emociones desfavorables. Interacciones</p> <p>Sociales: individuales, intimidad sexual y respaldo social.</p> <p>Entorno: sensación de seguridad, situación financiera, acceso a datos, entretenimiento, vivienda, servicios médicos y transporte. Global: bienestar general y salud en su conjunto.</p>	Alfa de Cronbach: 0.66 (en la dimensión de relaciones sociales, 0.75 en salud psicológica, 0.80 en medio ambiente y 0.82 en salud física). Validez convergente con el WHOQoL-100 ( $r=0.89$ y $0.95$ ).
<b>(Whoqol Group 1998). Traducido al español por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006)</b>	evalúan de forma general la salud.			

---

### ***1.1.9 Importancia de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud***

Aunque aún no existe un consenso sobre la palabra de calidad de vida relacionada con la salud, los estudios que se han realizado sobre este tema han generado un impacto favorable en la construcción de objetivos y políticas en el área de la salud debido a que esta evaluación permite considerar el impacto de la patología en el paciente, así como la valoración de la funcionalidad del tratamiento, con lo cual se puede tener una mejor certeza de la calidad de los cuidados y atenciones médicas (Martin & Stockler, 1998). De acuerdo con Ebrahim (1995), el principal objetivo de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud es monitorear la salud y el impacto de las políticas de salud y las sociales con la finalidad de dirigir los recursos a las necesidades, diagnósticos y pronósticos de la patología y valorar los resultados del tratamiento.



## **1.2 Regulación Emocional**

Hablar de regulación emocional implica conceptualizar las emociones, las cuales se ven involucradas ante un proceso de enfermedad, debido a esto, el presente apartado tiene la finalidad de profundizar en el rol que desempeñan las emociones y cómo las estrategias de la regulación emocional cobran relevancia para este estudio.

### ***1.2.1 Definición de Emoción***

La emoción se ha definido de manera general como un proceso psicológico básico; sin embargo, existen otras definiciones que han profundizado más en este concepto, tal es el caso de Cole et al. (2004) que consideran las emociones como herramientas que permiten valorar la situación para actuar de alguna forma en particular. Otros autores señalan que las emociones son episodios multidimensionales, con poca durabilidad y que surgen como respuesta de algún estímulo (Martínez et al., 2002). Por su parte, es importante reconocer que las emociones se generan y experimentan debido a una causa o a un punto de referencia, así mismo, las emociones permiten generar información sobre el medio, por ejemplo, se puede identificar si una situación resulta segura o amenazante de acuerdo con las demandas que se experimentan (Hervás & Vázquez, 2006). Por otra parte, es importante enfatizar que las emociones se deben visualizar como respuestas que se pueden modular de diferentes formas. Esta modulación emocional resulta un punto clave para esta investigación debido a que esta característica de las emociones hará posible concretar la regulación emocional (Gross & Thompson, 2007).

Actualmente son diversos los estudios realizados sobre el tema de las emociones por lo que la literatura identifica diversas clasificaciones, modelos que estudian las emociones desde diversos enfoques de acuerdo a sus procesos y elementos; sin embargo, resulta importante mencionar la clasificación de las emociones en primarias y secundarias, entendiendo por

emociones esenciales aquellas como el miedo la tristeza, la sorpresa, la alegría, el asco, y la ira, que aparecen desde etapas muy tempranas en el desarrollo humano. Su objetivo es la adaptación, se desencadenan de forma específica, cuentan con un proceso cognitivo establecido y permiten afrontar la situación con diversas conductas (Ekman, 2003, como se cita en Gómez & Calleja, 2016; Fernández-Abascal et al., 2010).

Por otra parte, las emociones secundarias son la culpa la envidia, la vergüenza o, el orgullo, aparecen después de los dos años de vida y se conocen como emociones sociales, morales o autoconscientes debido a que son producto de la internalización de las costumbres sociales y la madurez de la estructura del yo (Fernández-Abascal et al., 2010). En conclusión, las emociones son una variable psicológica, independientemente del enfoque en que se aborden, las cuales tendrán un impacto en la vida de los sujetos, determinando el comportamiento o la actitud que se tenga hacia una determinada situación (Gómez & Calleja, 2016).

### ***1.2.2 Definición de la Regulación Emocional***

Existe evidencia de que la regulación emocional surge con la teoría de Ribot propuesta hacia el final del siglo XIX, en la cual explicaba que la vida afectiva estaba estrechamente relacionada con la moral y que era ésta la que dirigía los sentimientos, las emociones y las pasiones (Charland, 2011). Posterior a este acercamiento, los estudios sobre esta variable continuaron hasta que diversos autores con base en sus investigaciones propusieron diversas definiciones. Por ejemplo, Thompson (1994) señala que regulación emocional tiene por objetivo alcanzar una meta, a través del proceso de iniciar, conservar, modular la frecuencia, duración o intensidad de los procesos emocionales intrínsecos y su ciclo fisiológico. Dicho en otras palabras, se refiere al procedimiento que se emplea para revisar, evaluar y modificar la respuesta emocional y cumplir algún objetivo, es por esto que es tan relevante esta definición debido a que

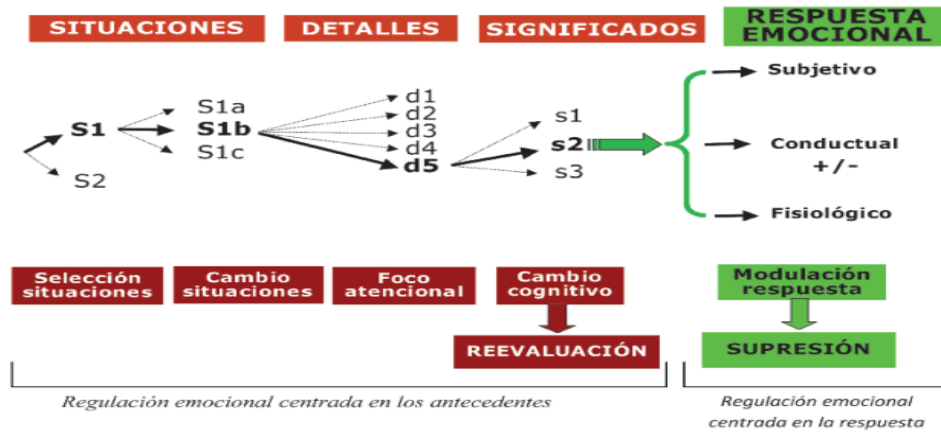
permite visualizar a la regulación emocional como un proceso cuyo fin es manipular las emociones mediante las estrategias que ésta plantea (Hervas & Jodar, 2008).

Por su parte, Parrot (1993) afirma que este constructo involucra el nivel de emociones favorables o desfavorables, debido a que la regulación emocional tiene como objetivo regular el proceso afectivo con el fin de modificar la respuesta de interacción entre el sujeto y el medio de acuerdo con la percepción ya sea agradable o desagradable de la situación. Otros autores, interesados en el tema, indican que el concepto de regulación emocional es complejo y multifactorial debido a que involucra procesos biológicos, sociales, conductuales, y cognitivos (conscientes e inconscientes), debido a esto, resulta complicado evaluar la forma empírica de estos factores (Garnefski & Kraaij, 2006). Otros autores proponen, entender la regulación emocional como una habilidad cognitiva para modular las emociones como respuesta a las situaciones experienciales mediante ideas o cogniciones específicas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

Adicionalmente, y como una definición conjunta, la regulación emocional consiste en los esfuerzos conscientes o inconscientes del sujeto para modificar el nivel de intensidad y la durabilidad de la respuesta emocional cuando aparece, así como su significado y su expresión (Gross & Thompson, 2007). Así mismo, es necesario mencionar que la regulación de las emociones puede lograrse a través de diferentes actividades debido a que las personas las relacionan de forma funcional para reducir los niveles de emociones desfavorables, sin dejar de lado los estados de ánimo que pueden variar de acuerdo con su intensidad y durabilidad (Parkinson et al., 1996).

**Figura 2**

*Modelo de la regulación emocional de Gross (1999)*



*Nota:* el grafico muestra el proceso de la regulación emocional. Tomado de “Emotion regulation: Conceptual foundation”. Por Gross & Thompson, 2007, Guilford.

Tal como lo explica la teoría de Gross propuesta en 1999, la regulación emocional está conformada por las estrategias de regulación que se aplican en el proceso de la emoción, mismo que se da en cuatro fases: 1) situación, 2) atención, 3) interpretación y 4) respuesta, dentro de las cuales existen diferentes estrategias para cada una de ellas. Además, las estrategias de regulación emocional se clasifican en dos tipos: 1) regulación antes de la emoción y 2) regulación durante el curso de la emoción (figura 2), además también se pueden identificar estrategias adaptativas y desadaptativas, que si bien el fin es el mismo (ser funcional y adaptarse a la situación) la diferencia es el éxito con que se controlan las emociones frente a una situación aversiva (Hervás & Moral, 2017). En conclusión, la regulación emocional permite que las personas tomen acción sobre sus emociones, a través de mecanismos de influencia que permiten modular las emociones con el fin de conseguir objetivos o logros de manera individual o en colectivo (Gómez & Calleja, 2016).

### ***1.2.3 Dimensiones de la Regulación Emocional***

Llevar a la práctica las estrategias de regulación emocional de manera favorable resulta ser un proceso complejo de ejecución y experiencia debido a que este proceso implica internalizar las habilidades regulatorias que permitan tomar decisiones adecuadas sobre la respuesta emocional individual y colectiva para así modificar la intensidad y durabilidad de la emoción (Gómez & Calleja, 2016).

**1.2.3.1 Estrategias adaptativas.** Las estrategias adaptativas de la regulación emocional son aquellas estrategias que permiten el funcionamiento adecuado de las personas bajo diversas emociones, logrando así minimizar la frecuencia de la emoción negativa y generando un impacto en la experiencia, por ejemplo, la reconstrucción cognitiva, que le permite a la persona generar nuevas interpretaciones del evento estresante. El *problem-solving* es otra estrategia voluntaria que permite cambiar la situación aversiva (soluciones) y la aceptación que lleva a la persona a no juzgar la experiencia emocional, son ejemplos de este tipo de estrategias adaptativas (Gómez & Calleja, 2016).

**1.2.3.2 Estrategias Desadaptativas.** Cuando las estrategias que se utilizan para modular las emociones frente a una situación externa no son lo suficientemente flexibles para adaptarse, se produce la desregulación emocional debido a que dichas estrategias no permiten lograr objetivos, ya que estas estrategias resultan desadaptativas; por ejemplo, suprimir la experiencia emocional trae consigo que el sujeto no pueda experimentar la respuesta emocional que le causa estrés. Asimismo, la evitación pretende evitar la experiencia emocional y la rumiación hace que el sujeto repita los pensamientos desadaptativos (Gómez & Calleja, 2016).

**1.2.3.3 Conciencia plena.** Es una estrategia que pertenece a las estrategias de regulación emocional y se entiende como un conjunto de habilidades que le permiten a la persona actuar de

manera objetiva y consciente, prestando atención a la situación que ocurre sin emitir algún juicio, guiando el comportamiento de las personas por un sendero funcional y adaptativo frente a las experiencias internas y externas que ocurren de manera cotidiana (Orozco-Vargas et al., 2021).

#### ***1.2.4 Medición de la Regulación Emocional***

De acuerdo con algunos autores, la evaluación de la regulación emocional debe tener en cuenta los siguientes factores 1) los tipos y la frecuencia de uso de las estrategias de regulación emocional, 2) la forma de respuesta emocional y el uso de estrategias, 3) análisis formales para examinar la secuencia temporal del efecto de la estrategia y la respuesta emocional, 4) considerar la importancia de evaluar emociones pasivas y activas, por último 5) clarificar los criterios para identificar si la emoción ha sido regulada (Bridges et al., 2004).

Con base en lo anterior, diversos autores han aportado a la psicometría de esta variable, incluyendo los elementos que consideran más significativos, generando diversos instrumentos que permiten evaluar la regulación emocional desde distintas perspectivas. Actualmente existen diversos instrumentos; sin embargo, los instrumentos más utilizados según la literatura (tabla 2) son aquellos que han sido empleados reiteradamente en múltiples investigaciones.

**Tabla 2***Clasificación de instrumentos que permiten evaluar la regulación emocional.*

<b>Instrumento (autor y año)</b>	<b>Descripción de la prueba</b>	<b>Dimensiones que evalúa</b>	<b>Definición de subdimensiones</b>	<b>Propiedades psicométricas</b>
<b>Cuestionario de Regulación Emocional Cognitivo (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ)</b>  <b>Creada por Garnefski, Kraaij &amp; Spinhoven (2001)</b>	Investiga las operaciones mentales que las personas suelen emplear después de vivir situaciones adversas. Este método se concentra en la gestión consciente de los sentimientos a través de tácticas mayormente basadas en el pensamiento, sin englobar el extenso abanico de métodos internos y externos para supervisar, valorar y ajustar las emociones que plantea el concepto de regulación emocional.	1) auto-culpa 2) culpar a otros 3) la aceptación 4) centrarse en la planificación (es decir, abordar las medidas necesarias para manejar la situación) 5) reorientación positiva (centrarse en las experiencias positivas) 6) rumiación 7) reevaluación positiva (dando al evento una especie de significado positivo) 8) la puesta en perspectiva (devaluación de la importancia del evento) 9) catastrofismo.	Los autores caracterizan a la autoinculpación, culpar a los demás, la rumiación y el catastrofismo como estilos de afrontamiento desadaptativos. En cambio, la aceptación, volver a centrarse en la planificación, la reorientación positiva, la reevaluación positiva, y la puesta en perspectiva como estilos de afrontamiento adaptativo.	Alfa de Cronbach entre 0.60 y 0.90. Test-retest presentan valores <i>r</i> de Pearson comprendidos entre 0.40 y 0.60, reflejando así poca estabilidad.
<b>Cuestionario de Regulación Emocional (Emotion Regulation Questionnaire, ERQ)</b>  <b>Gross &amp; John (2003)</b>	Analiza las variaciones personales entre dos enfoques distintos de tácticas para manejar las emociones.	*Supresión de la expresión emocional  *Reevaluación cognitiva		Confiabilidad con índices alpha de Cronbach que oscilarían entre .75 y .82 para la reevaluación emocional y .68 y .76 para la supresión emocional. Explicando más del 50% de la varianza total.

**Tabla 3***Clasificación de los instrumentos validados al español.*

Escalas originales	Escalas adaptadas al español
	Cuestionario de regulación emocional en español (España) Cabello y colegas (2006)
Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003)	Cuestionario de regulación emocional en español (España) Cabello, Fernández-Berrocal y Gross (2013)
	Cuestionario de autorregulación emocional (Perú) Gargurevich y Matos (2010)
	Escala de dificultades en la regulación emocional (Chile) Guzmán-González, Trabucco, Urzúa, Garrido y Leiva (2014)
	Escala de dificultades en la regulación emocional en español-adolescentes (España) Gómez, Penelo y De la Osa (2014)
Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004)	Escala de dificultades en la regulación emocional en español (México) Marín, Robles, González-Forteza y Andrade (2012)
	Escala de dificultades en la regulación emocional en español-adultos (España) Hervás y Jódar (2008)
	Escala de dificultades en la regulación emocional en español (Argentina-adultos) Medrano y Trógolo (2014)
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2007)	Cuestionario de regulación emocional cognitiva en español-adultos Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y Holgado-Tello (2011)
Cognitive emotion regulation questionnaire 18- item version (Garnefski & Kraaij, 2006)	Cuestionario de regulación emocional cognitiva en español (Argentina-adultos) Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno (2013)
	Cuestionario de regulación emocional cognitiva versión corta en español-adolescentes Rey y Extremera (2011)
Children's Emotions Management Scales (sadness, anger, worry) (Zeman et al., 2001; Zeman et al., 2010)	Escalas de manejo emocional de la tristeza, el enojo y la preocupación para niños Mendoza (2010)
Measure of Affect Regulation Styles (Larsen & Prizmic, 2004)	Medida de estilos de regulación afectiva en español, ampliada en ira y tristeza Páez, Martínez, Sevillano, Mendiburo y Campos (2012)
Emotion Regulation of Others and Self (Niven et al., 2011)	Regulación emocional de los otros y del yo Da Costa, Páez, Oriol y Unzueta (2014)
Interpersonal Emotion Management Strategies Scale (Little et al., 2011)	Cuestionario de interregulación emocional Da Costa, Páez, Oriol y Unzueta (2014)

(Gómez &amp; Calleja, 2016)



### ***1.2.5 Importancia de la Regulación Emocional en el Proceso de la Enfermedad***

La importancia de la regulación emocional radica en que permite restablecer el estado anímico de manera equilibrada y evita o disminuye la posibilidad de tener problemas físicos o psíquicos (Garrido, 2006). No se debe dejar de lado el impacto importante que ésta tiene en el comportamiento de las personas, ya que para poner en práctica dichas estrategias los sujetos deben ser capaces de evaluar la situación que se presenta y valorar la respuesta emocional que surge ante las demandas del exterior (Gómez & Calleja, 2016), esto debido a la íntima relación que existe entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta (Gross, 1998).

Por último, es importante señalar que la regulación emocional es una variable poco estudiada en pacientes con neoplasias; sin embargo, la mayoría de los pacientes emplean las estrategias desadaptativas según el avance de la enfermedad, por lo que se sugiere que se preste más atención a las estrategias de regulación emocional que coadyuven en la mejora de la calidad de vida de los pacientes (Porro, 2012).

### **1.3 Percepción del dolor**

Por otra parte, además de los factores emocionales, los elementos físicos también ejercen un papel importante en la valoración que la persona tiene respecto a su estado de vitalidad o salud y su nivel de CVRS, en este apartado se abordará la percepción del dolor desde un enfoque subjetivo y psicológico.

#### ***1.3.1 Definición de la percepción del dolor***

La percepción del dolor es un reporte subjetivo de aquella sensación desagradable, influenciada por un proceso de emociones, después de algún tipo de daño físico u orgánico, dicha percepción es individual, por lo que está compuesta de factores orgánicos, psíquicos, sociales y culturales. De acuerdo con la teoría “neuromatrix”, propuesta por Melzack (1989), el sistema cerebral de la mano con el sistema nervioso central, son los encargados de reunir todas estas características personales para que surja la experiencia dolorosa. Dicho en otras palabras, el cerebro tiene una conexión neuronal con todas las partes del cuerpo y su función es generar respuestas ante los estímulos de dolor. Dichas respuestas estarán influenciadas por la experiencia emocional, la evaluación cognitiva y la corteza somatosensorial, posterior a esto se crea una respuesta que se acompaña de sufrimiento, experiencias previas, factores culturales, entre otros. Esto es lo que se denomina percepción del dolor (Rocha et al., 2019).

#### ***1.3.2 Medición de la percepción del dolor***

El dolor es un factor que afecta gravemente la calidad de vida de quien lo padece, de ahí la relevancia de hacer una valoración adecuada del dolor que experimenta el paciente. Para ello, es necesario mencionar que la percepción del dolor está compuesta por factores físicos y no físicos. Dentro de los factores físicos se encuentra el efecto del tumor y el efecto del tratamiento,

mientras que en los factores no físicos se encuentra la respuesta psicológica, la capacidad de afrontar el dolor, el nivel de angustia y el nivel de sufrimiento. Es por esto que la percepción del dolor es una experiencia multifactorial y personal que debe valorarse desde diferentes perspectivas; por ejemplo, la intensidad, la temporalidad, la localización, la irradiación, el tipo de dolor, los factores determinantes, su duración y la manera de manejarlo. Sin embargo, dentro de esta evaluación también se deben considerar los factores sociales y psicológicos que tienen un rol importante en la percepción y manejo del dolor (Allende et al., 2016).

Con base en la definición que diversos autores han señalado para este constructo, se han diseñado instrumentos de medida que permiten evaluar y diferenciar claramente un constructo de otro. Por ejemplo, la Psychache Scale (Holden et al., 2001), *The Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale* (Orbach et al., 2003) o *The MeeBunney Psychological Pain Assessment Scale* (Mee et al., 2011), estas escalas permiten cuantificar la percepción del dolor considerando que poseen propiedades psicométricas convenientes. La importancia de este concepto radica en el impacto que tiene en el paciente, al sentir que se está validando el dolor que experimenta sin señalar esta experiencia como irreal o ilusoria, aumentando el temor a lidiar con un padecimiento psiquiátrico (Covington, 2000).

### ***1.3.3 Importancia de Validar el Dolor en la Enfermedad***

Debido a la importancia que tiene esta variable en el curso de la enfermedad se han realizado diversos estudios que señalan que los aspectos psicológicos influyen de manera importante en la experiencia del dolor; sin embargo, también tienen un impacto importante en el tratamiento de las enfermedades (Garofalo, 2000). Por otra parte, también resulta necesario enfatizar la analogía existente entre el malestar físico y la calidad de vida debido a que este

síntoma interfiere de manera negativa en la cotidianidad de quienes padecen una enfermedad (Babarro, 2011).

En cuanto al cáncer, las principales causas de dolor se deben a la invasión tumoral en diversas estructuras (óseas, vasculares, nerviosas, etc.), procedimientos médicos (recuperación post cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.), síndromes generados por los tumores o problemas asociados al desarrollo del cáncer, por lo que las intervenciones para mejorar la percepción del dolor oncológico incluyen dar información al paciente, promover las estrategias de afrontamiento para el dolor, generar un cambio favorable en el estado de anímico, disminuyendo la ansiedad y depresión y mejorando la calidad de vida del paciente (Sociedad de Galega da Dor e Coidados Paliativos, 2017).

## **1.4 Apoyo Social**

El apoyo social ha resultado ser un constructo de interés dentro del estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, debido a esto, la finalidad de este apartado es dar a conocer las definiciones que existen sobre el apoyo social, así como el rol que desempeña frente a una enfermedad.

### ***1.4.1 Definición del Apoyo Social***

Actualmente existen diversos estudios que han tratado de dar una definición exacta de lo que es el apoyo social; sin embargo, aún no existe una definición consensuada debido a la influencia de diversas conductas relacionadas a dicho término, esto se explica analizando la complejidad del concepto y teniendo presente que se compone de aspectos organizados, prácticos, reales y cognoscitivos (Barrón & Sánchez, 2001). Una definición de esta variable refiere que se trata de aquellos recursos tangibles o intangibles, provenientes del contexto social, ya sean amigos, redes sociales, colectividad, etc. (Lin et al., 1986; como se cita en Barrón & Sánchez, 2001). Roca (1999) señala que el apoyo social es la unión de diversos recursos posibles, ante diversas situaciones generalmente complicadas. Por su parte, Kaplan et al. (1997) proponen que el afecto, el sentido de pertenencia y la dinámica social, permiten satisfacer ciertas necesidades sociales, así mismo, otros autores señalan que el apoyo social será percibido por el sujeto de acuerdo con el apoyo o ayuda que reciba de los otros en situaciones de dificultad (González & Restrepo, 2010).

De acuerdo con Hernández et al. (2010), el apoyo social se obtiene mediante las relaciones sociales que se establecen con los integrantes de un grupo en donde se consigue el sentido de pertenencia. Dicho apoyo se recibe ante situaciones de conflicto o vulnerabilidad y

puede ser apoyo de tipo monetario, insumos, espiritual o emocional. Kimmel (2001) propone una definición similar al mencionar que el apoyo social se refiere al hecho de obtener recursos materiales, cognoscitivos o emocionales debido al vínculo social que establecen los individuos. Estos recursos ayudan a minimizar el evento aversivo y permiten afrontarlo de manera favorable.

#### ***1.4.2 Dimensiones del Apoyo Social***

Aunque aún existe controversia en la definición contextual del apoyo social y en las dimensiones o elementos que lo conforman, algunos autores indican que esta variable posee diversas dimensiones ya que se trata de un concepto multidimensional. Entre las más destacadas se encuentra la dirección (tomado o previsto), forma de medición (descrito o evaluado), disposición (disponible o ejecutado), contenido (emocional, instrumental, explicativo, evaluativo), y red social (familiares, amistades, vecinos, compañeros de trabajo, sociedad, y otros; Tardy, 1985).

Por otra parte, diversos autores coinciden en que las dimensiones de dicha variable pueden dividirse en tres importantes categorías que son: 1) conexión social: se refiere a los contactos o relaciones significativas dentro de su contexto social, por ejemplo, la pareja, los familiares, conocidos de grupos de pertenencia, etc.; 2) apoyo social percibido: se refiere al apoyo cognitivo que el sujeto sabe que tiene por el hecho de sentirse seguro, fiable y respaldado por estos contactos sociales significativos; 3) apoyo social recibido: se refiere al apoyo materializado que el sujeto en conflicto puede recibir de aquellas personas cercanas, este apoyo puede ser material, económico, etc. (Matud et al., 2002).

### 1.4.3 Medición del Apoyo Social

De la misma manera en que se han elaborado instrumentos para evaluar otras variables, existen también instrumentos que se han centrado en medir el apoyo social. Debido a su relevancia es posible encontrar diversos instrumentos; sin embargo, la literatura ha identificado dos que son los más utilizados en las investigaciones recientes (tabla 4).

**Tabla 4**

*Instrumentos que evalúan el apoyo social.*

Instrumento (autor y año)	Descripción de la prueba	Dimensiones que evalúa	Propiedades psicométricas
<b>ISSI (Henderson et al., 1980)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas apoyo</li> <li>• Vinculo afecto:</li> <li>• Amistad</li> <li>• Pertenencia</li> </ul>	Test-retest ( $r = .75-.79$ ) C. Interna ( $r = .67-.81$ )
<b>ASSIS (Barrera et al., 1980.81)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño de red</li> <li>• Tipos apoyo</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Conflicto de red</li> </ul>	Test-retest (NI) ( $r = .61-.80$ ) Conflicto (.54) C. Interna Satisf. (.33)
<b>SS-A (Vaux et al., 1986)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo total (AT)</li> <li>• Apoyo familia (AF)</li> <li>• Apoyo amigos (AA)</li> </ul>	C.Interna : N1 ( $r = .80-.94$ ) N2 ( $r = .80-.90$ ) Factorial: (N1/N2) 3F: Amor Respeto Integración

*Nota:* adaptado de “Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación” (p. 39). Por Terol et al., 2004, Anuario de Psicología 35(1).

### 1.4.4 Importancia del Apoyo Social en el Proceso de la Enfermedad

Diversos estudios han reportado que existe una correlación entre la dinámica social y la salud, demostrando que las personas con menos contacto social poseen menos salud física y psicológica, así como mayor riesgo de morir (Pérez, 1999). Por otra parte, el apoyo social percibido hace referencia a la valoración de sentirse fiable y seguro con los otros (Barrera, 1986)

y es importante mencionar que la evidencia científica sostiene que el apoyo social percibido tiene mayor importancia que el apoyo social recibido (Matud et al., 2002).

Además, otros autores refieren que el apoyo social resulta una variable relevante en el sustento de la salud ya que facilita las estrategias adaptativas a la situación aversiva que se presente (Castro et al., 1997). También permite que los efectos del estrés se reduzcan considerablemente debido a la seguridad que los sujetos poseen al sentir garantizados diversos tipos de recursos o ayuda. Debido a esto, las recientes investigaciones sobre este tema resaltan el papel tan importante que tiene esta variable dentro de los procesos de salud-enfermedad (Castro, 1997). Para concluir, resulta necesario resaltar que el apoyo social ha demostrado tener un efecto positivo en el nivel de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, asimismo, favorece la ejecución de técnicas de afrontamiento positivas, impacta positivamente en la adherencia al tratamiento, disminuye el peligro de desarrollar trastorno de estrés postraumático y en general fomenta una adaptación favorable y consiente al proceso de la enfermedad (Costa, 2014).



## **1.5 Cáncer**

El cáncer es una enfermedad que ha existido desde hace miles de años, lo cual ha generado que actualmente se lleven a cabo innumerables investigaciones sobre esta patología. El presente apartado tiene la finalidad de brindar un contexto general sobre este tema a fin de comprender el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida relacionada a la salud.

### ***1.5.1 Definición de Cáncer***

De acuerdo con la OMS (2017), el cáncer es una enfermedad en la cual hay un aumento anormal de células que se albergan en el organismo, en alguna parte específica, expandiéndose progresivamente generando una metástasis. De acuerdo con algunas instituciones expertas en el tema, se considera que el cáncer es una patología que puede desarrollarse en cualquier parte de cuerpo, es caracterizada por una rápida propagación de células patológicas que se expanden velozmente a diversas partes del cuerpo hasta volverse completamente invasivas, lo que se conoce como metástasis (Unidad Funcional de Oncología Torácica y Laboratorio de Medicina Personalizada del Instituto Nacional de Cancerología de México, 2015).

### ***1.5.2 Estadísticas de la Prevalencia del Cáncer en el Mundo y en México***

Como ya se ha mencionado anteriormente, el cáncer es una enfermedad en la cual aparecen células tumorales que se expanden sin control en el organismo, lo que genera daños en diversos órganos o en procesos fisiológicos (Gaviria et al., 2007). Esta enfermedad es reconocida por ser una de las principales causas de muerte en el mundo, debido a que durante el año 2020 se reportaron casi 10 millones de defunciones (OMS, 2021). Asimismo, en México también ha cobrado prevalencia, debido a que recientemente es considerada la tercera causa de muerte (Infocáncer, 2019), debido a que las estadísticas reportaron que durante enero y agosto de 2021 se

contabilizaron 90 mil 525 defunciones a causa de diversos tipos de neoplasias (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022).

De acuerdo con las estadísticas de INEGI (2021), durante 2019 en México, se reportó que los fallecimientos en la población masculina de 30 a 59 años por tumores malignos se deben en primer lugar al tumor maligno de colon, recto y ano, seguido por los tumores malignos de estómago y a los de tráquea, bronquios y pulmón en tercer lugar. En cuanto a la población femenina, el primer lugar de fallecimiento es por protuberancia maligna de mama, posteriormente por tumor del cuello del útero y finalmente por tumor maligno de ovario.

**Tabla 5**

*Clasificación de los tipos de cáncer con mayor número de fallecimientos en población mexicana.*

<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
De 30 a 59 años	100	De 30 a 59 años	100
Tumor maligno del colon, el recto y el ano	12	Tumor maligno de mama	23
Tumor maligno del estómago	10	Tumor maligno del cuello del útero	13
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	8	Tumor maligno del ovario	9
Leucemia	7	Tumor maligno del colon recto y ano	6
Otras causas de tumores malignos	63	Otras causas de tumores malignos	69

Por último, durante 2019 se reportó que las entidades con las tasas más altas de defunción por cáncer (73.48 a 97.10) son: la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Veracruz, Nuevo León, Sinaloa y Nayarit, por otra parte, donde hay menor número de defunciones por esta causa (50.93 a 62.44) es: Quintana Roo, Guerrero, Tlaxcala, México, Guanajuato, Chiapas, Tabasco, Aguascalientes y Puebla. Debido a esto, a nivel nacional se estimó que la tasa de mortalidad por

tumores malignos durante 2019 fue de 70 defunciones por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2021).

### ***1.5.3 Tipos de Cáncer***

Según los datos del Instituto Nacional del Cáncer (2015), los tipos predominantes de neoplasias abarcan: Cáncer colorrectal, Cáncer endometrial, Cáncer hepático, Leucemia, Linfoma no Hodgkin, Melanoma, Cáncer pancreático, Cáncer de próstata, Cáncer pulmonar, Carcinoma renal, Cáncer de mama, Carcinoma tiroideo, Carcinoma de vejiga, entre otros, mencionando algunos ejemplos, ya que la clasificación es extensa dada la diversidad de variantes de cáncer existentes; sin embargo, estos son los más habituales o reconocidos.

**1.5.3.1 Cáncer colorrectal.** El cáncer colorrectal, en el cual el crecimiento de las células anormales se genera en el colon o en el recto, dando origen a pólipos, los cuales que se clasifican en dos tipos: adenomatosos e inflamatorios; sin embargo, los pólipos adenomatosos son los que se pueden llegar a transformar en cáncer (American Cancer Society {ACS}, 2017).

**1.5.3.2 Cáncer de mama.** El cáncer de seno, también conocido como cáncer de mama se produce cuando las células cancerígenas se reproducen de forma acelerada en la mama, generando un tumor que se puede detectar mediante un ultrasonido o radiografía regularmente es un padecimiento más común en mujeres; sin embargo, los hombres también pueden llegar a padecerlo (American Cancer Society {ACS}, 2023).

**1.5.3.3 Cáncer de estómago.** Este tipo de cáncer se localiza en el estómago, este órgano posee forma de “J” y se encuentra en la parte superior del abdomen, su función principal es procesar los nutrientes de los alimentos y participa en la eliminación de los desechos del cuerpo. Por lo tanto, el cáncer de estómago es una enfermedad en la que se desarrollan células malignas

en la corteza del estómago, algunos factores de riesgo son la edad, la alimentación y las enfermedades gastrointestinales. Algunos síntomas de esta enfermedad son la frecuente indigestión, malestar o dolor, finalmente, las pruebas que se utilizan para diagnosticar la patología son pruebas que se realizan en el estómago y esófago (Instituto Nacional del Cáncer {NIH}, 2022).

**1.5.3.4 Cáncer de tiroides.** La tiroides es un órgano que se encuentra en la base de la garganta, su función es la producción de hormonas que regulan funciones vitales para el ser humano (la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el peso y la temperatura del cuerpo), por lo tanto, el cáncer de tiroides se desarrolla en la glándula tiroidea y se puede clasificar en cuatro tipos, el cáncer papilar, es el tipo más común y que presenta mayor probabilidad de ser curado, al igual que el cáncer folicular y medular. Sin embargo, el cáncer anaplásico, es el más difícil de curar, en algunos casos el cáncer de tiroides medular se produce por el cambio de un gen que se hereda de padres a hijos. Algunos signos de alarma son la hinchazón o bulto en el cuello y las pruebas diagnósticas incluyen la examinación de la tiroides, el cuello y laboratorios de sangre (Instituto Nacional del Cáncer {NIH}, 2022).

**1.5.3.5 Cáncer de ovario.** El cáncer de ovario es una patología que se desarrolla en un par de órganos que se encuentran dentro del sistema reproductor femenino, cada ovario posee el tamaño y la forma de una almendra, su principal función es la producción de óvulos y hormonas femeninas y es más común en las mujeres durante la posmenopausia. Regularmente, este se detecta en etapas avanzadas debido a que no causa síntomas, sin embargo, existen tratamientos y la probabilidad de recuperarse (Instituto Nacional del Cáncer {NIH}, 2022).

**1.5.3.6 Cáncer de testículo.** Este tipo de cáncer es una enfermedad que se presenta en su mayoría en hombres jóvenes y ha sido tratado con éxito en la mayoría de los pacientes debido a que lo producen tumores de células germinativas que pueden dividirse en dos tipos, tumores seminomatosos (seminomas) y tumores no seminomatosos (no seminomas) para lo que hay una tasa del 90% y 100% de probabilidad de recuperarse. Algunos factores de riesgo son la criptorquidia (retención testicular) o antecedentes familiares (Instituto Nacional del Cáncer {NIH}, 2022).

**1.5.3.7 Cáncer de riñón.** Los riñones son dos órganos que se encuentran en el abdomen, su principal función es eliminar las inmundicias de la sangre, la orina y a equilibrar el nivel de sodio, potasio y calcio en el cuerpo. Por lo tanto, el cáncer de riñón se desarrolla en estos órganos y actualmente existen tres tipos de cáncer de riñón: cáncer de células renales, cáncer de células de transición y tumor de Wilms (Instituto Nacional del Cáncer {NIH}, 2022).

#### ***1.5.4 Tipos de Tratamientos para Cáncer***

Los tratamientos para el cáncer pueden combinar más de una intervención; por ejemplo, existen fármacos cuyo propósito imposibilitar o frenar la producción acelerada de células cancerosas. Con el objetivo de obtener resultados favorables, estos fármacos se combinan con el tratamiento químico, la terapia de radiación y el procedimiento quirúrgico, obteniendo un tratamiento multidisciplinar. Sin embargo, esta modalidad combinada de tratamientos da origen a diversas secuelas complejas de enfrentar; por ejemplo, náuseas, la caída de cabello, diarrea o constipación, vomito, deficiencia de hierro, dificultades de inmunodepresión, pérdidas de sangre significativas, dolor, agotamiento, entre otras (Brighton & Wood, 2005).

### ***1.5.5 Impacto del Cáncer en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud***

Con base en la literatura, se sabe que las emociones ejercen un rol esencial en la salud de los individuos provocando un impacto en el funcionamiento fisiológico, en la aceptación de síntomas y de tratamientos médicos, así mismo influye en la actitud y en el comportamiento frente a dicho padecimiento (Barra, 2004). Sin embargo, los estados de ánimo negativos también influyen en la dinámica salud-enfermedad, ya que hacen más susceptible al individuo de contraer otras enfermedades o infecciones, aumentan la sensibilidad y percepción de síntomas, evitan o se resisten a recibir ayuda y afectan la recepción del apoyo social (Gaviria et al., 2007). Debido a esto, la calidad de vida relacionada a la salud juega un papel importante porque el cáncer y los tratamientos para esta enfermedad pueden provocar modificación en la calidad de vida generando consecuencias negativas para el paciente (Merino-Martínez et al., 2019).

## **1.6 Relación de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la calidad de vida relacionada con la salud**

Con base en la literatura, se ha observado que las emociones tienen un rol fundamental en la salud de los individuos con diversas enfermedades provocando un impacto en el funcionamiento orgánico, en la aceptación de síntomas y tratamientos médicos, así mismo influyen en la actitud y en el comportamiento frente a dicho padecimiento (Barra, 2004). Sin embargo, los estados de ánimo negativos también influyen en el proceso de salud-enfermedad porque hacen más susceptible al individuo de contraer otras enfermedades o infecciones, aumentan la sensibilidad y percepción de síntomas, evitan o se resisten a recibir ayuda y afectan la recepción del apoyo social (Gaviria et al., 2007). Debido a esto, la CVRS tiene un papel fundamental dado que el cáncer y los tratamientos para esta enfermedad pueden modificar el nivel de la calidad de vida generando consecuencias negativas para el paciente (Merino-Martínez et al., 2019).

Con base en lo anterior, la CVRS permite visualizar la relación que existe entre diversas enfermedades y distintos aspectos de mortalidad, el proceso de hospitalización, el agotamiento de recursos, aspectos específicos de la patología que padece y cuando se trata de personas con poco tiempo de vida se pretende entrenar a los pacientes en optimizar los recursos que les permiten hacer frente y la adaptarse de mejor manera a su enfermedad (Alonso, 2000). Así mismo, es importante señalar que la CVRS pone énfasis en el funcionamiento físico, mental y en el estado del bienestar, mismo que se puede clasificar en cuatro rubros: 1) Condición corporal y capacidad para realizar tareas 2) Salud emocional y sensación de bienestar. 3) Interacciones sociales y vínculos. 4) Situación económica. (Soto & Failde, 2004).

Con respecto a las diversas propuestas teóricas que se han formulado con la finalidad de explicar los componentes que integran la CVRS, destaca por su importancia el modelo de Wilson y Cleary (2014). Dicho modelo explica que una variable que se encuentra relacionada es la regulación emocional, que, si bien no ha sido del todo estudiada, la poca evidencia que existe señala que las estrategias de regulación emocional permiten ejercer cierta influencia sobre las emociones que se generan frente a una situación estresante con el fin de responder a esta de manera funcional y adaptativa.

De acuerdo con lo anterior, la poca literatura existente señala que las estrategias de regulación emocional tienen un papel fundamental en la CVRS debido a que estas le permitirán al paciente manejar las emociones que surjan frente a una situación de enfermedad. Sin embargo, cuando existen pocas o malas estrategias de regulación emocional los individuos pueden experimentar desafíos psicológicos (como trastornos de comportamiento y problemas en el estado emocional), problemas de salud (una mayor percepción de síntomas y dolor) y dificultades sociales (deterioro en las relaciones personales y falta de apoyo social; Gross y Muñoz, 1995; Gross y Thompson, 2007; como se cita en Urzúa et al., 2016). Otra variable relevante dentro del proceso de enfermedad es la percepción psicológica del dolor debido a que las emociones desempeñan un rol importante en la experiencia del dolor porque estas benefician u obstaculizan la regulación del dolor (Truyols et al., 2008). Debido a esto, algunos autores explican que el mecanismo afectivo del dolor genera sensaciones poco placenteras (depresión, ansiedad y enojo), mismas que se han relacionado con el mantenimiento y maximización del dolor en factores físicos y psicológicos (Ackerman y Stevens, 1989; Almay, 1989; Fordyce, 1978; Gatchel et al., 1995; Klenerman et al., 1995; Lebovits y Bassman, 1996, como se cita en Tuyols et al., 2008). Con base en lo anterior, la teoría psicológica del dolor refiere que el dolor es una respuesta de la



conducta humana a una experiencia desagradable que lleva al sujeto a un estado de necesidad, así mismo indica que existen factores individuales y colectivos que influyen en la respuesta y percepción de dolor (Sánchez, 2003). Secundario a esto, las consecuencias de una mala percepción del dolor pueden desencadenar alteraciones en la personalidad (trastornos), mejor dicho psicopatologías de orden somático (trastorno por somatización, hipocondría, trastorno de conversión y el trastorno por dolor) y de orden psíquico (desórdenes en el equilibrio emocional, tales como ansiedad, depresión, entre otros) así como la exposición a situaciones de riesgo, tales como alcoholismo, tabaquismo, drogadicción o en algunos casos trastornos crónicos como psicosis afectiva (Truyols et al., 2008).

En resumen, las variables fisiológicas y emocionales determinarán la percepción psicológica del dolor misma que se vincula con la CVRS debido a que esta percepción tendrá un impacto en el estado de ánimo que influirá directamente en la manera en que los pacientes enfrenten las situaciones de dolor a través de las estrategias de regulación emocional. Por otro lado, la influencia del apoyo social también se verá involucrada en la percepción psicológica del dolor generando un impacto en la CVRS (Torre et al., 2008).

Como un tercer predictor, el apoyo social también es una variable fundamental dentro del proceso de enfermedad y componente esencial del modelo de la CVRS, por lo que Thoits y Bowling (1982; 1991) señalan que el apoyo social se entiende como el nivel en que los sujetos solucionan sus necesidades básicas (la afiliación, el cariño, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aceptación) a través de recursos externos, producto de las relaciones o vínculos sociales (familia, pareja, amigos etc.). Además, también resultan relevantes el apoyo afectivo, material o económico que se pueda obtener del medio social con el fin de solucionar situaciones complicadas como lo es un proceso de enfermedades crónicas. Por otro lado, la literatura refiere

que el apoyo social ha demostrado tener un efecto benéfico en el estado de salud (regula el nivel de estrés, mejora los procesos físicos, psicológicos y sociales) por lo que existe evidencia de que, en las enfermedades crónicas degenerativas, el apoyo social previene efectos psicológicos perjudiciales, mejora la adherencia al tratamiento y evita el aislamiento social (Alonso et al., 2012) motivo por el cual forma parte del modelo de la CVRS.

Con base en lo anterior, es posible identificar la relación que existe entre la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS. De acuerdo con el modelo de Wilson y Cleary, la regulación emocional forma parte de las variables biológicas y fisiológicas (diagnóstico), así como de las características individuales (personalidad-motivación). Asimismo, la percepción del dolor será parte de la amplificación de síntomas (características individuales) en conjunto con su impacto en el estado de síntomas. Finalmente, el apoyo social se incluye dentro de las características del ambiente (soporte psicológico, social y económico), todo esto generando un impacto en el estado de síntomas, en el estado funcional, en la percepción general de salud y de manera general en la calidad de vida.

## 2. Metodología

### 2.1 Planteamiento del Problema

El cáncer constituye una afección en la cual células tumorales proliferan sin control en el cuerpo, originando daños en distintos órganos o procesos fisiológicos (Gaviria et al., 2007). Esta enfermedad representa una de las principales causas de defunción a nivel global, con casi 10 millones de decesos registrados en 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En México, el cáncer ha adquirido notoriedad al posicionarse como la tercera causa de mortalidad (Infocáncer, 2019); en efecto, durante los primeros ocho meses de 2021, se contabilizaron 90,525 fallecimientos atribuidos a esta patología (INEGI, 2022).

Ante tal escenario, resulta inquietante que, tanto en nuestro país como a nivel global, la incidencia de casos de cáncer se encuentre en aumento (INEGI, 2012; Infocáncer, 2019), lo que genera una preocupación significativa, ya que quienes padecen esta enfermedad enfrentan una compleja adaptación a sus nuevas circunstancias de vida (Gil-Roales, 2004). Dada su prevalencia y trascendencia, diversos autores señalan que los pacientes experimentan no solo efectos secundarios de naturaleza física, como se mencionó previamente, sino también desafíos psicológicos (Gaviria et al., 2007). Entre estos se incluyen emociones como miedo, ansiedad, depresión, así como manifestaciones físicas como dolor, fatiga y estrés (Reich & Remor, 2011).

Por otra parte, Porro (2012) señala que los pacientes con cáncer tratan de poner en práctica estrategias que les permitan experimentar sus emociones sin dejar de ser funcionales (regulación emocional); sin embargo, las emociones negativas prevalecen en esta población. Por otro lado, existe evidencia de que la percepción del apoyo social es un factor relevante en los pacientes (García-Llana et al., 2014). Debido a esto, se entiende que la regulación emocional y el

apoyo social están asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cáncer (Porro, 2012).

Asimismo, es importante mencionar que la calidad de vida relacionada con la salud resulta una variable importante debido a que se trata de la percepción que tiene el sujeto de su estado de salud, de su capacidad para movilizarse y de su bienestar biopsicosocial (Perales et al., 2012). Por lo tanto, su adecuada evaluación y atención genera un impacto favorable en el proceso del cáncer (Sánchez-Cabezas et al., 2019). En el caso contrario, esta variable puede influir notoriamente en el transcurso de la enfermedad generando consecuencias negativas como sintomatología ansiosa, depresiva, estrés, mayor percepción del dolor, baja adherencia al tratamiento, entre otras (Merino-Martínez et al., 2019).

Con base en la revisión de la literatura, se observa que la población más estudiada ha sido la femenina en etapa adulta, así como el cáncer de mama es el que ha generado mayor interés de estudio para los investigadores por lo que los estudios se centran en el proceso del cáncer en este tipo de población encontrando evidencia limitada de investigaciones con muestras mixtas o masculinas, en diferentes etapas de la vida y en otros tipos de neoplasias. Por otro lado, la literatura refiere que las estrategias de regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social son variables que se encuentran involucradas en el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer debido a que generan un impacto en la CVRS de esta población. Se ha documentado que la práctica adecuada de las estrategias de regulación emocional, la atención oportuna a la percepción del dolor y el reconocimiento del apoyo social elevan el nivel de la CVRS; sin embargo, aún no hay suficiente evidencia que explique el comportamiento individual y en conjunto de estas variables. Así mismo, es importante mencionar que en México y en el mundo existe evidencia sobre estudios de cáncer; sin embargo, se cuenta con poca evidencia de

investigaciones que involucren variables físicas, psicológicas y sociales en conjunto tal como lo explica el modelo teórico propuesto por Wilson y Cleary (2014), el cual señala que la CVRS debe ser estudiada de manera multidimensional. Si bien es cierto que es posible identificar la relación entre las estrategias de regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cáncer existe también la necesidad de identificar las variables que tienen mayor impacto en el aumento de la CVRS con el fin de poder brindar una atención integral, segura y eficaz a los pacientes con cáncer atendiendo de manera efectiva sus necesidades.

Así mismo, resulta necesario estudiar poblaciones mixtas en edad adulta, así como otros tipos de cáncer; por ejemplo, cáncer colorrectal, debido a que es otro tipo de neoplasia que afecta a la población y se ve reflejado en las estadísticas. Por otro lado, resulta relevante identificar las variables que predicen un aumento en el nivel de calidad de vida relacionada con la salud con el fin de generar nuevas líneas de investigación e incluso dar pauta al desarrollo de programas que consideren los factores predictores más significativos de la CVRS.

## **2.2. Pregunta de Investigación**

Por lo tanto, la pregunta de investigación es ¿La regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social son predictores significativos de la CVRS en pacientes con cáncer del Estado de México?

## **2.3 Justificación**

La importancia de este estudio radica en la necesidad de resaltar los factores físicos, psicológicos y sociales predictores de la CVRS, con el objetivo de que se incluyan en los programas de intervención para los pacientes con cáncer debido a que, con base en la literatura, se sabe que las consecuencias de no dar una atención integral, segura y eficaz a esta población

afecta el proceso de salud-enfermedad, sobre todo en los pacientes con cáncer que se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad. De acuerdo con algunos estudios, mientras que los pacientes que se encuentran en etapas iniciales (0, I y II) tienen hasta un 80% de probabilidad de recuperarse y con ello mejorar su calidad de vida, los pacientes en etapa III y IV tienen solo un 15% de probabilidad de recuperarse. Por ello, los expertos sugieren estudiar la CVRS en estas etapas puesto que se trata de una población vulnerable, debido a las implicaciones que tiene el proceso de la enfermedad que enfrentan (Valdivieso, 2013). Como resultado de ello, los pacientes experimentan mayor percepción de dolor, emplean estrategias desadaptativas, perciben poco apoyo social, generan menos adherencia al tratamiento y en general su CVRS es baja.

## **2.4 Objetivos**

### ***2.4.1 Objetivo General***

El objetivo de este estudio fue analizar la función predictiva de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS en pacientes con cáncer del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

### ***2.4.2 Objetivos Específicos***

- a) Analizar la CVRS en pacientes con cáncer.
- b) Analizar la correlación entre las variables de estudio y la CVRS en pacientes con cáncer.
- c) Analizar la correlación entre las estrategias de regulación emocional y la CVRS en pacientes con cáncer.
- d) Comparar el nivel de la CVRS en función de las estrategias de regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en pacientes con cáncer.

e) Analizar las diferencias en función de la edad, el sexo y el nivel de estudios en la CVRS, las estrategias de regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en pacientes con cáncer.

### ***2.5 Hipótesis***

Ha: Las estrategias de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social, predicen el nivel de la CVRS de los pacientes con cáncer.

Ho: Las estrategias de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social, no predicen el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con cáncer.

Ha:

1) Se sabe que las emociones favorables, tienen un mejor impacto en el proceso de salud-enfermedad (Urzua, 2010), por lo tanto, se espera que la CVRS correlacione positivamente con las estrategias adaptativas de la regulación emocional de los pacientes con cáncer.

2) Existe evidencia de que las emociones negativas, dificultan el proceso de salud-enfermedad (Urzua, 2010), por lo tanto, se espera que la CVRS correlacione negativamente con las estrategias desadaptativas de la regulación emocional de los pacientes con cáncer.

3) Existe evidencia de que una mala percepción del dolor desencadena malestares que complican el proceso de la enfermedad (Truyols et al., 2008), por lo tanto, se espera que la CVRS correlacione negativamente con la percepción del dolor de los pacientes con cáncer.

4) Debido a que el contexto social influye en la percepción que tiene el sujeto del proceso de la enfermedad (Alonso et al., 2012), se espera que la CVRS correlacione positivamente con el apoyo social que reciben los pacientes con cáncer.

5) Se espera que existan diferencias estadísticamente significativas en la edad, el sexo y el nivel de en función de la CVRS, las estrategias de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social de los pacientes con cáncer.

### ***2.6 Tipo de Estudio***

Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y de regresión múltiple debido a que estos análisis tienen como objetivo predecir el impacto de los predictores sobre la variable de criterio (Hernández et al., 2010).

### ***2.7 Diseño de investigación***

El diseño de esta investigación fue no experimental de tipo transversal debido a que la recolección de datos se hizo en un solo momento y no se realizó ningún tipo de manipulación sobre las variables en cuestión (Kerlinger & Lee, 2000), asimismo, esta investigación se llevó a cabo en el Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.



### **3. Descripción Metodológica**

#### **3.1 Participantes**

El estudio se llevó a cabo en una institución de salud pública del Estado de México debido a que la población fue pacientes con cáncer, en etapa I, II y III, conformada por hombres y mujeres de 18 a 80 años. Fue una muestra no probabilística de tipo intencional. Los participantes fueron invitados cuando acudían a las consultas médicas subsecuentes, informándoles de los objetivos de esta investigación para que pudieran otorgar su consentimiento informado, así mismo se hizo de su conocimiento que al finalizar el estudio serían invitados a un taller de regulación emocional, impartido por los investigadores de este estudio.

##### ***3.1.1 Tamaño y muestra***

El tamaño muestral se calculó de acuerdo con los requisitos de la regresión lineal múltiple  $n \geq + 8m$  y un error estándar de 0.05 (Tabachnick & Fidell, 2019). El tamaño muestral fue ampliado un 10% para prevenir pérdidas de información. Con base en lo anterior, la muestra estuvo compuesta por 120 pacientes con diagnóstico de cáncer, en etapa I, II y III, siendo una muestra no probabilística de tipo intencional, considerando la participación de hombres y mujeres en etapa adulta, de una institución pública de salud del Estado de México.

##### ***3.1.2 Criterios de inclusión***

- 1) Contar con el consentimiento informado firmado
- 1) Ser mayor de 18 años y menor de 80 años
- 2) Tener diagnóstico de cáncer
- 3) Estar en etapa I, II y III de la enfermedad
- 4) Recibir tratamiento médico por parte del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

5) Ser residentes del Estado de México

### ***3.1.3 Criterios de exclusión***

- 1) Ser menor de edad o mayor de 80 años
- 2) Padecer cáncer en etapa terminal
- 3) Padecer alguna enfermedad mental

### ***3.1.4 Criterios de eliminación***

- 1) Participantes que no completen todos los instrumentos
- 2) Mas de un ítem control mal contestado
- 3) Participantes que deseen salir de la investigación

## **3.2 Instrumentos**

### ***3.2.1 Cuestionario sociodemográfico***

Se diseñó un cuestionario que permitió obtener información sociodemográfica de los pacientes participantes como edad, sexo, escolaridad, ocupación y tiempo del diagnóstico y etapa del cáncer, debido a la relevancia que tiene esta información para el estudio.

### ***3.2.2 Regulación emocional***

Cuestionario de Regulación Cognitivo Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ; Garnefski et al., 2001). Es un instrumento de autorreporte que permite identificar los procesos cognitivos que las personas utilizan luego de experimentar eventos negativos. Está compuesto por 36 ítems, en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= casi nunca y 5= casi siempre), en la que, a mayor puntaje, mayor dificultad en la regulación de emociones. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el estudio original reporta un Alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.80. Para la validación en población mexicana se realizó la adaptación del instrumento y se modificó la estructura gramatical de algunos ítems, en cuanto a sus propiedades psicométricas

los autores reportaron una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.74, en cuanto a la validez convergente, se analizaron las escalas del DERS-E, donde se encontró una correlación significativa con el CERQ-VC, además demostró tener buena consistencia interna (Castillo-Huerta et al., 2019).

El cuestionario de Inventario de Kentucky de Habilidades de Atención Plena (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Baer et al., 2004), tiene como objetivo evaluar la conciencia plena, que se refiere al grado de conciencia que tienen las personas sobre las habilidades que emplean en su vida cotidiana. Dicha escala está compuesta por 39 reactivos que se califican en una escala tipo Likert evaluada en 5 puntos, donde 1=nunca o pocas veces verdadero y 5=siempre o casi siempre verdadero, en donde a mayor puntuación, mayor conciencia plena. El cuestionario original reportó una adecuada consistencia interna (.91 para Observación, .84 para Descripción, de .83, para Actuar Conscientemente y .87 para aceptación sin emitir juicios). Debido a su utilidad, fue validada para población mexicana en 2021, obteniendo un Alfa de Cronbach de .88 (Observación = .80; Descripción = .85; Actuar Conscientemente = .81; y Aceptación sin Emitir Juicios = .90), refiere tener adecuada validez de criterio; en general, la adaptación al español reporta propiedades psicométricas validadas y confiables similares a la versión original (Orozco et al., 2021).

### ***3.2.3 Percepción del dolor***

El Cuestionario del Dolor (BPI) fue creado por Daut en 1983 con el objetivo de evaluar la intensidad del dolor, considerando la perspectiva psicológica, emocional y su interferencia en la cotidianidad de los pacientes. Consta de 22 ítems con escalas numéricas que oscilan entre 0 (ningún dolor) y 10 (el peor dolor posible), donde a mayor puntaje, mayor percepción de dolor (Chopitea et al., 2006). El instrumento original reportó válidas y confiables propiedades

psicométricas por lo que fue validado para población española por Badia et al. (2002).

Posteriormente fue traducido al español para su aplicación en México, donde se ha aplicado en diferentes investigaciones debido a que sus propiedades psicométricas han reportado una consistencia interna de 0.89 y un Alfa de Cronbach de 0.89 (Badia et al., 2002).

### ***3.2.4 Apoyo social***

La escala de apoyo social de Palomar, Matus y Victorio (2013), se creó a partir de reactivos de dos escalas que fueron traducidas del idioma inglés al español y adaptada para personas en situación de pobreza extrema en población mexicana. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la escala quedó integrada por 26 reactivos, evaluando tres dimensiones: apoyo social, apoyo de los amigos y apoyo familiar, con un alfa de Cronbach global de 0.937. Para obtener las correlaciones entre los factores, se realizó una correlación de Pearson (Palomar et al., 2013).

### ***3.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud***

EORCT-QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer), es una escala que permite evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer. Debido a su utilidad ha sido adaptada para diferentes poblaciones, actualmente, la adaptación al español está compuesta por 30 reactivos divididos en 15 dimensiones: función física, funcionamiento del rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo, funcionamiento social, calidad de vida global, fatiga, náusea y vómito, dolor, disnea, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea e impacto financiero, con cuatro opciones de respuesta (desde en absoluto hasta mucho), dicha versión cuenta con propiedades psicométricas adecuadas debido a que reporta un coeficiente de confiabilidad de  $\alpha = 0.84$ , por lo que los coeficientes de correlación son significativos y moderados entre las escalas. Así mismo, el análisis factorial reafirma la estructura

del instrumento, explicando una parte considerable de la varianza (61.8%). En cuanto a la validez, se realizó un análisis factorial de componentes principales obteniendo  $kmo=0.87$ , la Prueba de Bartlett  $\chi^2=3671.28$  y un nivel de significancia de 0.000, debido a lo anterior los autores consideran que la segunda versión de este instrumento es adecuada para su aplicación, motivo por el cual ha sido utilizado en diversas investigaciones con población mexicana (Arraras et al., 2000; Ruiz & Lugo, 2018).

### **3.3 Procedimiento**

Una vez aprobada la investigación por el Comité de Ética del CU UAEM-Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México (Anexo 3) , se acudió a la institución de salud pública (Centro Médico ISSEMyM Ecatepec) para contactar a las autoridades correspondientes e invitar a los pacientes a participar en esta investigación, de la misma manera se solicitó la aprobación del Comité de Ética en Investigación y de Investigación y Salud del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec (Anexo 4).

Posteriormente se contactó a los participantes que cumplían con los criterios de inclusión, a quienes se les explicaron los alcances de la investigación. A los pacientes que aceptaron participar, se les otorgó el consentimiento informado que garantiza la protección de sus datos y la confidencialidad (Anexo 1). Posteriormente se aplicaron los instrumentos de manera presencial y de forma escrita, el orden de las escalas fue semi aleatorizado con el fin de contrabalancear el orden de aplicación. Los participantes respondieron los instrumentos en los horarios y espacios destinados por el Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

Posteriormente, se concentraron los datos recolectados en una base de datos que es de uso confidencial con fines académicos y profesionales, para después realizar los análisis estadísticos pertinentes (análisis descriptivos, correlacionales y de regresión múltiple). Todo esto bajo la supervisión del comité tutorial asignado por la Coordinación de la Maestría en Psicología y Salud del CU UAEM-Ecatepec. Una vez concluida esta parte, se han dado a conocer los resultados de la investigación a través de diversos medios de difusión, esto con el fin de garantizar que los pacientes tengan acceso a los resultados que se consiguieron gracias a su participación.

## **4. Consideraciones Éticas**

La ética es un aspecto fundamental que se debe considerar en la actuación científica como medida de honestidad, claridad y responsabilidad dentro de un proyecto de investigación en el que se ven involucrados seres humanos (Belbonte, 2010). Debido a esto, la presente investigación ha considerado apearse a diversas normas y pautas éticas con el fin de salvaguardar la integridad y seguridad de los participantes, así mismo cuidar los intereses sociales y científicos que le dan relevancia a este estudio.

### **4.1 Declaración del Helsinki**

Con base en las consideraciones éticas propuestas en la Declaración del Helsinki se informa que esta investigación considera los siguientes derechos, deberes y alcances que tienen los participantes que decidan ser parte de este estudio.

#### ***4.1.1 Derecho a la no participación***

Los participantes tienen derecho a decidir no participar en la investigación sin que esto afecte o penalice de alguna manera a su persona y su estancia hospitalaria.

#### ***4.1.2 Derecho a la información, devolución de resultados y rectificación***

Los participantes tienen derecho a pedir toda la información alusiva a la investigación en lo que concierne a su participación, así como a la devolución de los resultados y a la rectificación de información personal engañosa, falsa o que lleve a equívocos sobre su participación.

#### ***4.1.3 Remuneración***

Los participantes no recibirán algún tipo de remuneración económica por ser parte de este estudio debido a que los fines de esta investigación son meramente académicos y profesionales;

sin embargo, agradeceremos su participación a través de un taller sobre “Estrategias de regulación emocional” impartido por el director de este proyecto de investigación.

#### ***4.1.4 Acompañamiento***

Los participantes estarán en el entendido de que esta investigación es monitoreada y supervisada por un comité tutorial perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México, sin que esto ponga en riesgo la confiabilidad de su información.

#### ***4.1.5 Respeto a la intimidad***

Los participantes estarán en el entendido de que su intimidad será respetada en todo momento de la investigación y que por ningún motivo se publicarán datos personales, así mismo se protegerá su información personal y el uso de la base de datos será confidencial entre el comité tutorial y la investigadora, con el fin de garantizar la no revelación de información personal.

### **4.2 Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS)**

Las pautas emitidas por la CIOMS tienen como objetivo dictaminar los principios éticos que se deben considerar en las investigaciones relacionadas con la salud.

#### ***4.2.1 Valor social y científico, y respeto de los derechos***

Consideramos que esta investigación es de valor social y científico porque permitirá generar programas de intervención que garanticen la atención integral, eficaz y segura de los pacientes con cáncer. Además, promoverá nuevas líneas de investigación que permitan a otros investigadores proponer nuevas hipótesis o intervenciones. Así mismo nos comprometemos a garantizar en todo momento los derechos de los participantes los cuales se informan en el consentimiento informado.



#### ***4.2.2 Beneficios individuales y riesgos de la investigación***

Este proyecto puede beneficiar al participante en el futuro al ser miembro de programas de apoyo para pacientes con cáncer debido a que este estudio proveerá recomendaciones para el diseño y desarrollo de programas de intervención para la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer. Además, se notifica que no hay riesgos predecibles por participar en este estudio.

#### ***4.2.3 Personas con capacidad de dar consentimiento informado***

En función a lo establecido por la CIOMS, nos comprometemos a dar la información necesaria y pertinente a los participantes con el fin de obtener su consentimiento por escrito, aclarando que los participantes pueden abandonar la investigación en el momento que lo deseen sin que esto genere consecuencias negativas para su integridad, su tratamiento o estancia hospitalaria.

#### ***4.2.4 Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud***

Tomando en cuenta esta pauta, nos comprometemos a recolectar los datos de manera adecuada, proteger en todo momento la identidad de los participantes, mantener en estricta confidencialidad los datos y los resultados obtenidos, así como a hacer buen uso de la información derivada.

#### ***4.2.5 Reembolso y compensación para los participantes en una investigación***

Considerando lo estipulado en esta pauta, nos comprometemos a gratificar a los participantes que así lo deseen con un taller de “Estrategias de regulación emocional” que les permita aprender y usar diversas estrategias para expresar sus emociones sin dejar de ser

funcionales con la finalidad de adaptarse de mejor forma a los diversos escenarios que el proceso de enfermedad impone.

#### ***4.2.6 Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud***

Se hace de su conocimiento que, atendiendo a lo establecido por la CIOMS, nos comprometemos a hacer la rendición pública de cuentas de los resultados que se obtengan de esta investigación, así como a hacer lo necesario para que la población involucrada en este estudio tenga acceso a los mismos resultados.

#### ***4.2.7 Conflictos de intereses***

De acuerdo con lo establecido por la CIOMS, se declara que no hay conflictos de intereses que afecten esta investigación.

### **4.3 Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA)**

Se consideraron criterios estipulados por la CONBIOÉTICA que permitan dirigir esta investigación bajo las consideraciones de bioética que las investigaciones en salud deben considerar.

### **4.4 Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP)**

Se hace mención de que se han revisado las consideraciones señaladas por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología con el fin de apegar dicho estudio a los criterios de calidad que los programas educativos en el área de la psicología deben brindar.

### **4.5 Ley General de Salud**

En función al artículo 4º constitucional, que reglamenta el derecho a la protección de salud de toda persona que habita en territorio nacional, la Ley General de Salud tiene como propósito crear, conservar y mejorar las condiciones de salud a través de diversas pautas que

señalan las actitudes, los valores y las conductas que la población debe seguir con el fin de mejorar su nivel de salud y bienestar, a nivel individual y colectivo. Las pautas relevantes por considerar en la investigación científica dentro del marco ético son: el título primero, artículo dos, número siete, que hace referencia al desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En el título segundo, artículo siete, número ocho, señala el compromiso por impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud, de la misma manera el número 13 señala que se debe promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. Adicionalmente en el capítulo dos, artículo 17 número tres, se indica que el Consejo de Salubridad General debe opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.

Del título tercero, capítulo tres, artículo 4, número dos, se señala que en los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.

Del título quinto denominado Investigación para la Salud, que es el apartado que compete para fines de la investigación científica, se desprenden las siguientes pautas:

Artículo 96: la investigación en función del desarrollo de:

- Conocimiento de procesos biológicos y psicológicos
- Conocimientos causales de enfermedades
- Prevención y control de problemas de salud

- Estudio de técnicas y métodos en la prestación de servicios
- Producción nacional de insumos

Artículo 97: La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

Artículo 98: se debe constituir:

- Un comité de ética (art. 41)
- Un comité de bioseguridad
- Las investigaciones que lo requiera se someterán a las disposiciones emitidas por el Consejo de Salubridad General

Artículo 99: las autoridades correspondientes actualizarán el inventario de la investigación a nivel nacional.

Artículo 100: investigación en seres humanos:

- Considerar los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación en el área médica (contribuciones importantes)
- Solo se realizará cuando no exista otra alternativa adecuada
- Debe existir seguridad y riesgos mínimos para los participantes
- Tener consentimiento informado firmado por escrito
- Lo realizarán profesionales bajo la supervisión de las autoridades sanitarias
- La investigación se suspenderá cuando haya riesgos considerables
- La institución de salud deberá brindar atención a quienes resulten lesionados
- Las sanciones aplican cuando no se respetan las disposiciones expuestas
- Para estudios de insumos que aún no tienen evidencia, los requisitos son:

Solicitud por escrito, información básica del producto, estudios previos (si los hay), protocolo de investigación, carta de aceptación de la institución donde se efectúa la investigación y del responsable, autorización de un tercero.

Artículo 103: se puede utilizar el tratamiento de una investigación cuando el único fin sea salvar la vida de la persona, teniendo el consentimiento informado.

- 103-5: la investigación científica debe estar a favor de la protección de la salud, considerando el bienestar y la protección en todos los aspectos del participante.

Del capítulo cuatro, artículo 119, número uno, indica que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas desarrollar investigación sobre los riesgos y daños latentes para la salud, de igual forma, el artículo 126 y 127, señala la prevención de daños radiológicos dentro de las investigaciones. Dentro del capítulo cinco, artículo 130, indica que se debe desarrollar investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales. En el título octavo, capítulo cuatro, artículo 163, número tres, señala que se debe realizar investigación para la prevención y control de accidentes. Del título noveno, capítulo único, artículo 174, número uno, señala el compromiso y la obligación por hacer investigación en personas con discapacidades, sobre sus causas y los factores condicionantes. Del título décimo, capítulo dos, artículo 186, se estipula que la Secretaría de Salud motivará la investigación de acciones contra el alcoholismo y el uso nocivo del alcohol. De la misma manera en el capítulo cuatro, artículo 192 bis, número ocho, indica las implicaciones de la investigación en farmacodependencia. Así mismo en el artículo 192, número siete, se habla de que el participante, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. En el título décimo sexto, capítulo tres, artículo 391,

número cinco, señala que la Secretaría de Salud podrá reconocer centros de investigación y organizaciones nacionales e internacionales del área de la salud que podrán fungir como terceros autorizados para emitir certificados.

Del título décimo octavo, capítulo seis, artículo 465, refiere que, al profesional y a toda persona involucrada con la investigación clínica en seres humanos, sin atender a lo previsto en el Título Quinto de esta Ley, se le impondrá: prisión de uno a ocho años, suspensión en el ejercicio profesional de uno a tres años y multa por el equivalente de cien a dos mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Si la conducta se lleva a cabo con menores, incapaces, ancianos, sujetos privados de libertad o, en general, con personas que por cualquier circunstancia no pudieran resistirse, la pena que fija el párrafo anterior se aumentará hasta en un tanto más. Con base en esto, queda claro la responsabilidad y el compromiso que implica realizar una investigación y de manera especial, una investigación en el campo clínico, en materia de salud con seres humanos.

#### **4.6 Ley General de Salud Mental**

Del capítulo uno, artículo seis, número tres: ofrecer tratamientos con base en la evidencia científica, número cinco: mantener la confidencialidad del paciente, número seis: informar a los tutores o representante legal los posibles efectos del programa, número 13: otorgar o no su consentimiento informado, número 18: no divulgar información relacionada al paciente sin su consentimiento. En el artículo siete: los profesionales involucrados deben estar debidamente calificados y avalados para su ejercicio profesional.

Del capítulo dos, artículo 15: se deben considerar los estudios e investigaciones científicas que realice el Sistema de Información, Vigilancia y Evaluación en Salud Mental, mismos que serán agrupados e integrados en el Reglamento de la presente Ley.

Del capítulo cinco, artículo 39, número uno: elaborar y desarrollar los métodos científicos de información e investigación sobre los trastornos mentales en el Distrito Federal y en la Zona Metropolitana del Valle de México, con la finalidad de fortalecer las acciones para la atención de la salud mental y número cinco: elaborar y difundir encuestas, estudios, investigaciones, informes y demás trabajos que sobre salud mental se realicen.

#### **4.5 Estatuto Universitario de la Universidad Autónoma del Estado de México**

Por último, se menciona que dicha investigación también considera los criterios estipulados por la Universidad Autónoma del Estado de México para realizar investigaciones, los cuales se describen en el capítulo 11 de dicho estatuto denominado “De la investigación universitaria”, en el que señalan el compromiso por generar investigaciones de calidad, que permitan beneficiar a la comunidad social y científica, así mismo menciona la responsabilidad que adquirimos como investigadores ante la protección de los datos y la confidencialidad de los mismos, señala también la ética con la se debe dirigir el estudio y el trato digno que se debe dar a los participantes.

## **5. Determinación de Recursos Humanos y Materiales**

En cuanto a este rubro, en materia de recursos humanos solo estuvo presente la investigadora principal, ya que no acudió ningún otro miembro del comité, ni auxiliares. En materia de recursos materiales, la investigadora proporcionó los cuestionarios de manera física, así como lapiceros para responder los mismos. Se empleó también un salón de usos múltiples, que contaba con adecuada ventilación y espacio, cañón, pantalla y sillas para la gestión del taller al finalizar la investigación.



## **6. Análisis de Datos**

El objetivo de este capítulo es reportar los datos, presentar los análisis y transmitir los hallazgos con respecto a las preguntas de investigación, por lo que resulta necesario reafirmar la pregunta de investigación, las variables predictoras e independiente y los objetivos planteados, así mismo, la descripción de la muestra, tipo de análisis y los resultados en contexto.

### **6.1 Análisis de datos preliminares**

El análisis de datos preliminar permitió identificar la información que se considera relevante para esta investigación. Por lo que en esta fase se eliminaron todos aquellos cuestionarios que estuvieron incompletos, duplicados, imprecisos o que presentaron inconsistencias que podían sesgar los diversos análisis.

### **6.2 Análisis de datos**

Debido a las altas incidencias del cáncer en nuestro país y en el mundo, surge la inquietud de atender las necesidades de las personas que padecen esta enfermedad. A su vez, la evidencia científica ha reportado que una de las principales consecuencias del cáncer es la disminución de la CVRS (Merino-Martínez et al., 2019). Dicha variable se compone de tres componentes principales: factores biológicos, factores personales y factores sociales, los cuales se ven comprometidos en el proceso de esta enfermedad, en su mayoría de forma desfavorable para el paciente, por lo que se ha demostrado que influyen en el nivel de CVRS. Debido a lo anterior, surge la pregunta: ¿La regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social son predictores significativos de la CVRS en pacientes con cáncer del Estado de México?

Con base en la pregunta de investigación, se identificaron dos tipos de variables, las variables predictoras que se dividieron en tres bloques separados para su análisis: regulación emocional, percepción del dolor y apoyo social. Las dimensiones que se incluyeron en el análisis de la regulación emocional son: autculpa, aceptación, rumiación, reenfoque positivo, reenfocarse en la planeación, reevaluación positiva, poner en perspectiva, catastrofismo, culpar a otros (Garnefski & Kraaij, 2007). Por otra parte, se incluyeron las siguientes dimensiones de la conciencia plena: observación, descripción, actuar conscientemente y aceptación sin emitir juicios (Orozco-Vargas, et al., 2021). En la percepción del dolor se incluyó la dimensión: dolor (Mota de Sousa, et al., 2016). Para el apoyo social se consideraron las dimensiones: apoyo social, apoyo familiar y apoyo de amigos (Palomar, et al., 2013). La calidad de vida relacionada con la salud como variable de criterio se evaluó con las dimensiones: función física, funcionamiento del rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo, funcionamiento social, calidad de vida global, fatiga, náusea y vómito, dolor, disnea, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea e impacto financiero (Arraras, et al., 2008).

El objetivo primordial de esta investigación es descubrir la capacidad predictiva de la regulación emocional, la percepción del dolor y el respaldo social en relación con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes que padecen cáncer, pertenecientes a una entidad de salud pública del Estado de México. Este propósito se abordó a través de un análisis de regresión múltiple jerárquica. Además, se considera esencial evaluar el nivel de CVRS en individuos con diagnóstico de cáncer. Esto incluye llevar a cabo comparaciones mediante el uso de pruebas t de Student para muestras independientes, con el fin de explorar las disparidades en función de variables como la edad, el género y el nivel educativo, tanto en la CVRS como en las estrategias de regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social.

### **6.2.1 Tipo de análisis.**

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS, versión 24.0. Para todas las variables incluidas en este estudio, los estadísticos descriptivos como las medias y las varianzas fueron analizadas para verificar la distribución normal.

La muestra se recolectó en el Centro Médico ISSEMYN Ecatepec, en colaboración con el servicio de Oncología del mismo centro. A los participantes que cumplían con los criterios de inclusión para esta investigación, se les informó sobre el objetivo de este estudio y la implicación de su participación, se firmó un consentimiento informado y se procedió a aplicar la batería de instrumentos que permiten evaluar las variables de esta investigación. Al finalizar la aplicación, se les agradeció su participación y quienes solicitaron atención psicológica por causas de esta enfermedad se les dio atención psicológica y seguimiento hasta su alta médica.

#### **Análisis de resultados.**

- Se realizaron análisis estadísticos descriptivos: medidas de tendencia central, medidas de dispersión y alfa de Cronbach, con el objetivo de conocer a profundidad las características de la muestra.
- Se realizaron gráficas de pastel que ilustran el comportamiento de la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS.
- Se realizaron histogramas que permiten visualizar las frecuencias de las puntuaciones de la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS.
- Se realizó una prueba t de Student para muestras independientes para identificar el comportamiento de las variables en función del sexo.

- Se realizó un ANOVA para identificar las diferencias que hay entre los participantes en función de la etapa del cáncer y la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS.
- Se realizó una correlación de Pearson para identificar la relación entre las variables sociodemográficas, la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS.
- Se realizó una correlación de Pearson para evaluar la relación entre las estrategias de regulación emocional y la CVRS.
- Por último, se realizó el análisis de regresión múltiple con el objetivo de identificar los factores más relevantes que predicen una mejora en la CVRS.

## 7. Resultados

### 7.1 Descripción de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 120 pacientes con cáncer, de los cuales 46 fueron hombres (38.33%) y 74 mujeres (61.66%), la edad promedio fue de 47 años ( $M= 47.22$ ;  $DE= 13.30$ ). En cuanto al estado civil, 70 participantes son casados (58.33%), 16 son viudos (13.33%), 15 son divorciados (12.50%), 14 son solteros (11.66%) y solo 5 se encuentran en unión libre (4.16%). En cuanto al grado de escolaridad de los participantes, se encontró que 42 de ellos cuentan con nivel licenciatura (35%), 25 más cuentan con nivel preparatoria (20.83%), 18 participantes con nivel secundaria (15%), 14 con nivel posgrado (11.66%), 12 más con nivel primaria (10%) y solo 9 participantes con carrera técnica (7.50%). De la muestra total, se encontró que 40 participantes son profesionales (33.33%), 33 participantes son empleados (27.50%), 30 de ellos se dedican al hogar (25%), 15 más son jubilados (12.50%) y solo dos son estudiantes (1.66%). Cuando se analizó la fecha del diagnóstico se observó que 48 participantes fueron diagnosticados entre 2020-2023 (40%), 46 participantes más entre 2017-2022 (38.33%) y a 26 participantes los diagnosticaron hace más de cinco años (21.66%). Posteriormente, se observó que los participantes padecen diferentes tipos de cáncer, entre ellos cáncer colorrectal ( $n=39$ , 32.50%), cáncer de mama ( $n=39$ , 32.50%), cáncer de ovario ( $n=14$ , 11.66%), cáncer testicular ( $n=9$ , 7.50%), cáncer de riñón ( $n=7$ , 5.83%), cáncer de estómago ( $n=5$ , 4.16%), cáncer de próstata ( $n=2$ , 1.66%), cáncer papilar ( $n=1$ , 0.83%) y cáncer de piel ( $n=1$ , 0.83%). Asimismo, se examinó la etapa del cáncer en la que se encontraban los pacientes y se observó que 26 pacientes se encuentran la etapa I (21.66%), 50 en la etapa II (41.66%) y 44 participantes más en la etapa III (36.66%). Por último, se analizó el tipo de tratamiento que reciben, es importante mencionar que los tratamientos para combatir el cáncer se combinan para obtener mejores

resultados, en esta muestra los tratamientos más utilizados son cirugía ( $n=112$ , 93.3%) y quimioterapia ( $n=102$ , 85%), seguido de la radioterapia ( $n= 59$ , 49.16%).

## **7.2 Análisis Descriptivos**

Con el objetivo de describir y analizar los datos obtenidos se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables de estudio que se presentan a continuación.

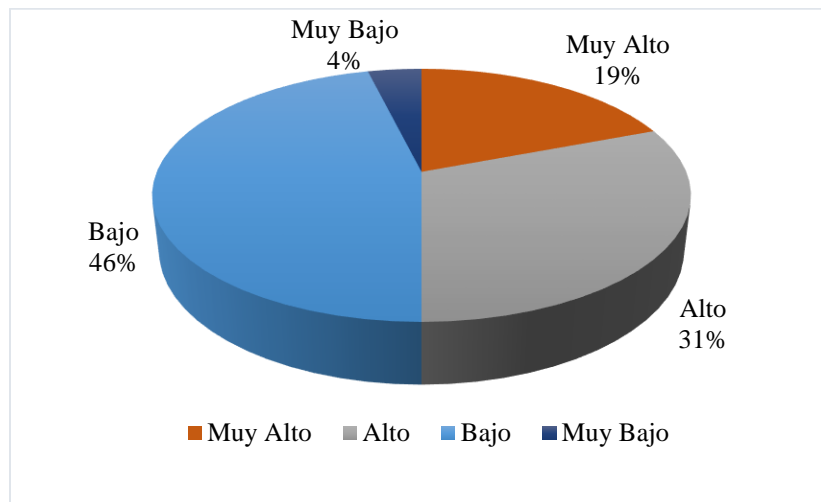
### **7.2.1 Etapa I de cáncer.**

**7.2.1.1 Regulación emocional en la etapa I del cáncer.** Las estrategias de regulación emocional se entienden como aquellos esfuerzos que realiza el sujeto para influir en las emociones que experimenta frente a un suceso, con el objetivo de atender una necesidad o conseguir una meta. Es importante resaltar que este proceso puede ser consciente o inconsciente y a su vez, adaptativo o desadaptativo (Gross, 1998). Es por ello por lo que, en esta investigación, se puso énfasis en el tipo de estrategias que emplean los pacientes con cáncer frente al curso y proceso de su enfermedad, así como su relación con las etapas del cáncer. Por ello, en esta primera parte, se analizarán las variables de estudio en la etapa I de cáncer, la cual, según los expertos, es la etapa en la que el tumor aún tiene un tamaño pequeño, por lo que la enfermedad aún no se extiende a otras partes del organismo y existe una gran probabilidad de eliminarlo (INCan, 2015).

La primera estrategia de regulación emocional a evaluar es la autculpa, la cual resulta una estrategia desadaptativa según la clasificación de Gross (1998). En esta parte de la muestra que se encuentra en la etapa I de cáncer, se observó que solamente el 19% de los participantes han experimentado un nivel muy alto de autculpa debido a que consideran que ellos son la causa principal de haber desarrollado cáncer y lo atribuyen a malos hábitos de alimentación, descuido en su salud física, no acudir a citas médicas, entre otros como se puede ver en la figura 3.

### Figura 3

#### *Etapa I y Autculpa*

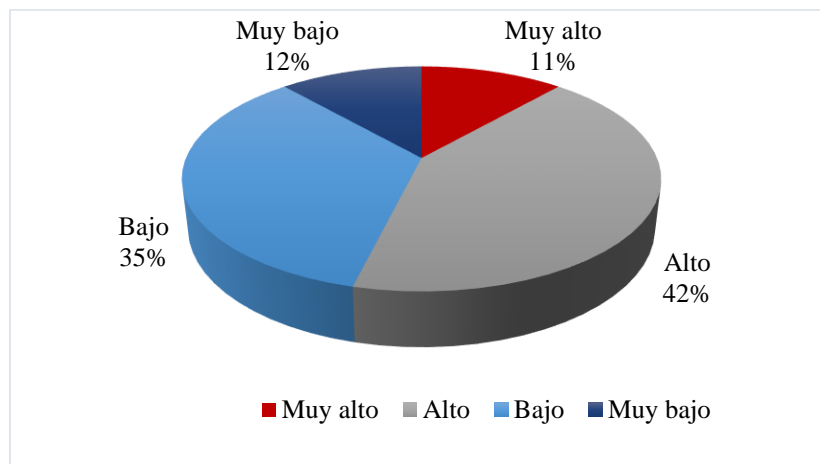


Nota: Se muestra el porcentaje de autculpa que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

La siguiente estrategia de regulación emocional es la aceptación, la cual pertenece a las estrategias adaptativas y se encontró que en la etapa I de cáncer el 53% de la muestra tiene un nivel de aceptación entre alto y muy alto, mientras que el 47% tienen un bajo y muy bajo porcentaje de aceptación ante su enfermedad, esto se debe a que al ser pacientes que se encuentran en la etapa I, puede ser que hayan sido diagnosticados recientemente y aún se encuentran adaptándose a su nueva condición de salud como se puede ver en la figura 4.

**Figura 4**

*Etapa I y Aceptación*



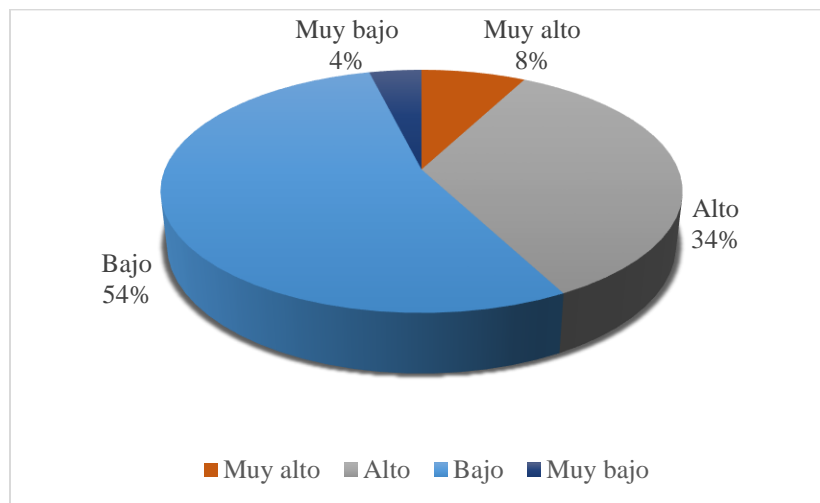
Nota: Se muestra el porcentaje de aceptación que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.



Posteriormente se indagó sobre la rumiación como se puede ver en la figura 5, que es una estrategia de regulación emocional que pertenece a las estrategias desadaptativas, en esta muestra se observó que el 58 % de los participantes emplean la rumiación en un rango de bajo a muy bajo, mientras que solo el 8% de ellos la emplean de manera muy frecuente. Esto se debe a que al ser pacientes que se encuentran en la etapa I de la enfermedad consideran que tuvieron la oportunidad de cambiar la situación, de haber hecho las cosas de manera distinta, de haber cambiado a tiempo su estilo de vida y comúnmente sobre piensan la situación.

**Figura 5**

*Etapa I y Rumiación*

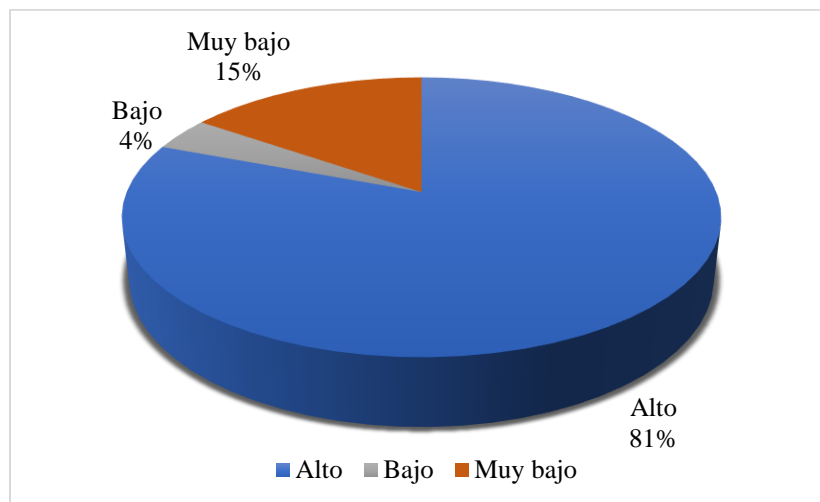


Nota: Se muestra el porcentaje de rumiación que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Otra estrategia que se analizó en la etapa I del cáncer fue el reenfoque positivo, como se puede ver en la figura 6, que pertenece a las estrategias adaptativas. En esta muestra se encontró que el 81% de los participantes hacen un alto esfuerzo por tener una perspectiva más favorable o adaptativa de su enfermedad. Esto es posible debido a que al encontrarse en la etapa I de la enfermedad, el porcentaje de recuperar su salud es más alto y los tratamientos son menos invasivos y con menos durabilidad.

**Figura 6**

*Etapa I y Reenfoque positivo*

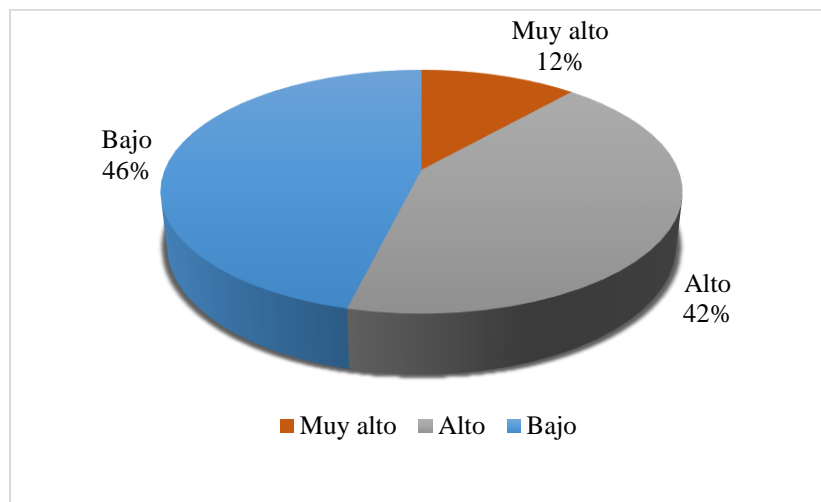


Nota: Se muestra el porcentaje de reenfoque positivo que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Otra estrategia adaptativa es el reenfoque en la planeación, como se puede ver en la figura 7. En la muestra que se encuentra en la etapa I de la enfermedad, se observa que el 64% de los participantes pone en práctica de manera constante esta estrategia. Sin embargo, un 46% de la muestra la utiliza en un nivel bajo, esto se debe a que los pacientes en esta etapa del cáncer pueden verse abrumados por el cambio de rutina que han sufrido lo que conlleva a no generar una planeación favorable sobre el futuro debido a que lo consideran incierto e inestable.

**Figura 7**

*Etapa I y Reenfoque en la Planeación*

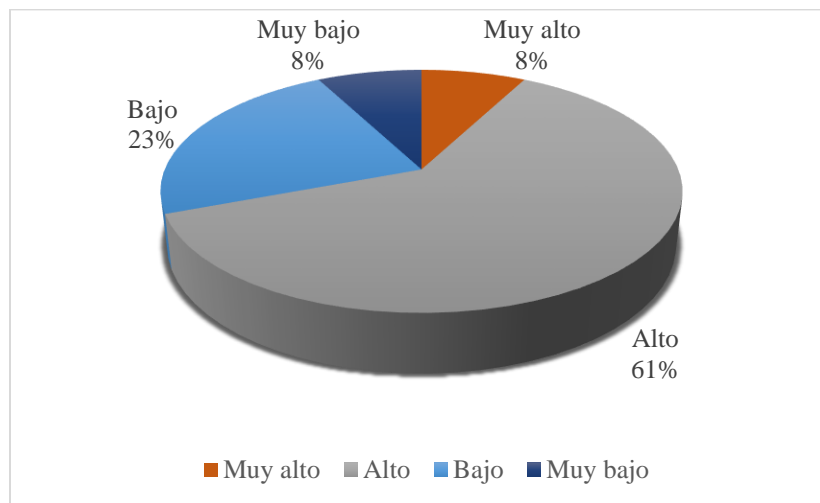


Nota: Se muestra el porcentaje de reenfoque en la planeación que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

En cuanto a la reevaluación positiva que también pertenece a las estrategias adaptativas de la regulación emocional, como se puede ver en la figura 8, se encontró que el mayor porcentaje de los participantes ponen en práctica la reevaluación positiva. Esto se debe al esfuerzo que realizan por evaluar de manera más asertiva la situación de salud que afrontan en este momento; sin embargo, el 31% de los participantes utilizan esta estrategia en un nivel bajo o muy bajo debido a que los pensamientos que aparecen frente a esta enfermedad (ideas de muerte, dolor y sufrimiento) no les permiten visualizar esta situación de manera positiva.

### Figura 8

*Etapa I y Reevaluación Positiva.*

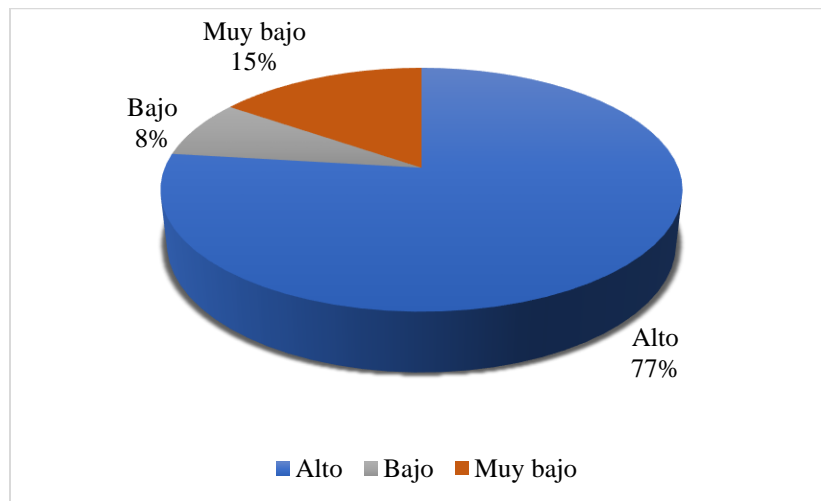


Nota: Se muestra el porcentaje de reevaluación positiva que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

La perspectiva es una estrategia que pertenece al grupo de las estrategias adaptativas y se observa que el 71 % los pacientes con cáncer que se encuentran en etapa I la ponen en práctica, mientras que el resto de la muestra la emplean en un rango de bajo a muy bajo, esto se debe a que la perspectiva que tienen frente a una enfermedad que puede ser mortal, reduce las alternativas o visión de un futuro favorable como se puede ver en la figura 9.

**Figura 9**

*Etapa I y Perspectiva*

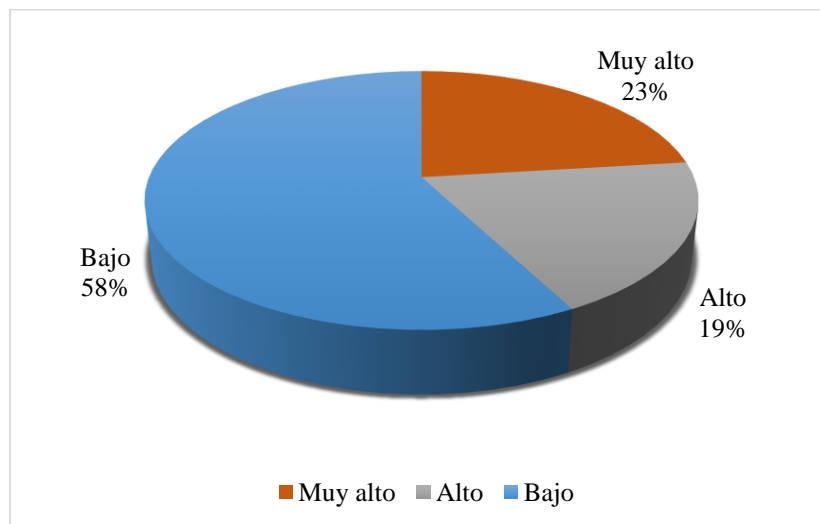


Nota: Se muestra el porcentaje de perspectiva que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Por otra parte, el catastrofismo, pertenece a las estrategias desadaptativas de la regulación emocional y en esta muestra se observó que la mayoría de los participantes recurren en un bajo grado a emplear esta estrategia. Sin embargo, el 42% de la muestra sí tienden a recurrir a esta estrategia en rango de alto a muy alto, esto se debe a que el cáncer es una enfermedad que socialmente se ha asociado a la muerte por los índices de prevalencia y mortalidad tan altos que existen, por lo que es común que cuando se hable de cáncer aparezcan pensamientos catastróficos, como se puede ver en la figura 10).

**Figura 10**

*Etapa I y Catastrofismo*

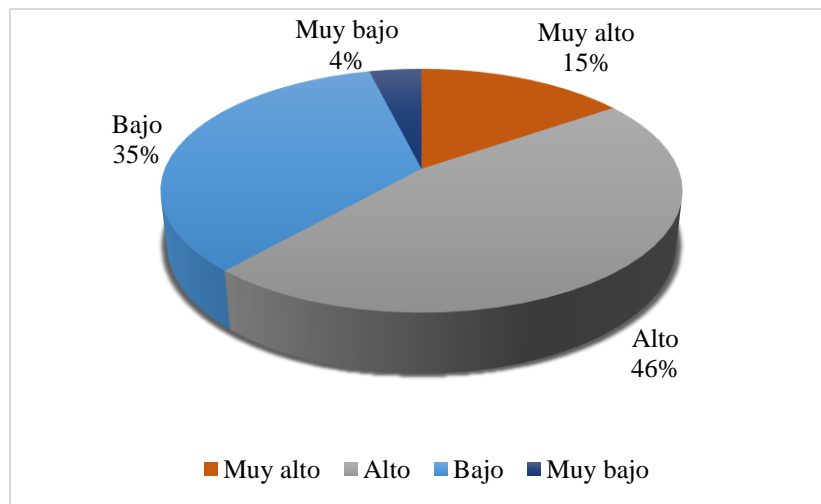


Nota: Se muestra el porcentaje de catastrofismo que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Por último, en cuanto a las estrategias de regulación emocional, el culpar a otros es una estrategia que pertenece al grupo de estrategias desadaptativas y en esta muestra se observó que solo el 39% de los participantes emplean esta estrategia en un rango de bajo a muy bajo, lo que significa que no culpan a otros por su estado de salud de manera frecuente. Sin embargo, el 61% de la muestra sí culpa a otros de su condición de salud a pesar de que se encuentran en la etapa I de la enfermedad, esto se debe a que en su mayoría los participantes adquirieron la enfermedad por factores hereditarios y debido a su cercanía con este padecimiento es como lograron detectarla en una etapa temprana, como se puede ver en la figura 11.

**Figura 11**

*Etapa I y Culpar a otros*

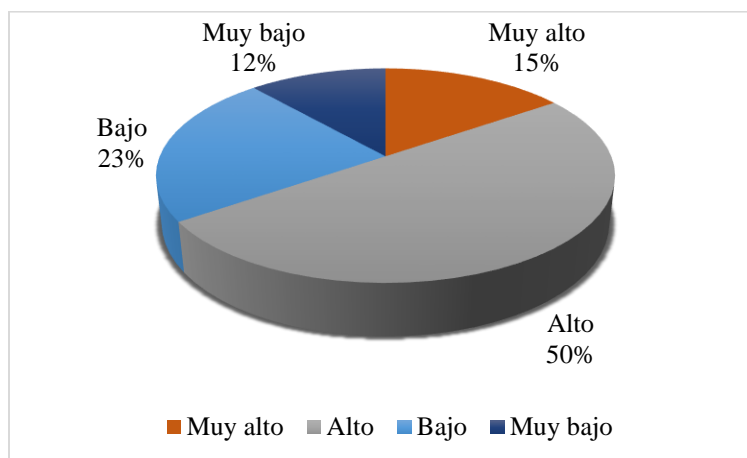


Nota: Se muestra el porcentaje de culpar a otros que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

**7.2.1.2 Conciencia plena en la etapa I de cáncer.** De acuerdo con Orozco et al. (2021), las personas tienden a emplear las estrategias o herramientas que les permiten regular las emociones que surgen frente a una situación, sobre todo las situaciones de conflicto o aversivas. Sin embargo, dentro de este conjunto de herramientas, existe un constructo denominado conciencia plena, el cual se caracteriza por la habilidad de mantenerse atento y consciente de lo que sucede en el momento presente, lo que implica la aceptación de las emociones y pensamientos que surgen frente a lo que acontece. Por esta razón, fue necesario evaluar la conciencia plena de los participantes de esta investigación, con el único fin de profundizar en las herramientas/estrategias que emplean para lograr la regulación de sus emociones frente al proceso de enfermedad. En primer lugar, un factor importante para esta evaluación fue la observación, como se puede ver en la figura 12 y se encontró que el 35% de los evaluados mantienen una baja observación, mientras que 65% de los participantes conservan una observación en un rango de alto a muy alto, lo que indica que la mayoría de los participantes se mantienen atentos a los estímulos internos y externos propios del curso de su enfermedad.

**Figura 12**

*Etapa I y Observación*

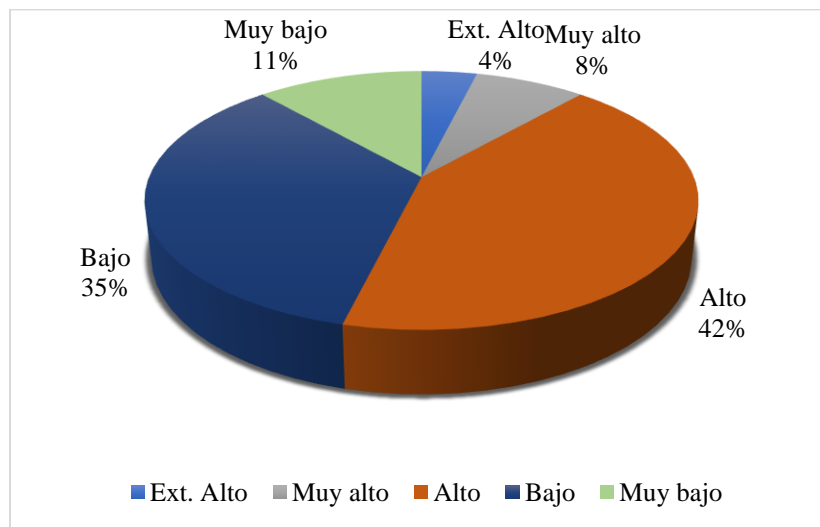




La descripción también forma parte de las habilidades de la conciencia plena y en esta muestra se observó que el 54% de la muestra mantienen esta habilidad en un rango de alto a extremadamente alto, mientras que el resto de los evaluados no se permiten relatar de forma oral o escrita los sucesos que afrontan debido a que en esta fase del cáncer es común tener ideas de muerte, pero una esperanza de vida prometedora. Aquellos pacientes que evaden los sucesos, no los relatan y tienden a esperar, generan poca claridad respecto a esta experiencia de vida, como se puede ver en la figura 13.

**Figura 13**

*Etapa I y descripción*

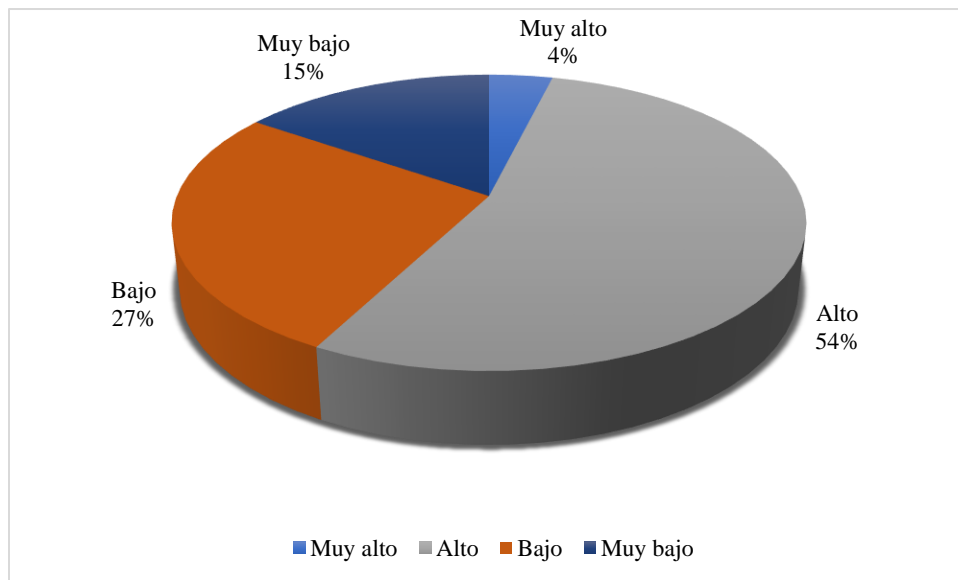


Nota: Se muestra el porcentaje de descripción que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Actuar con conciencia es una habilidad que permite enfocarse en una sola cosa, lo que permite que el sujeto tenga claridad y actúe de manera adecuada. En esta muestra se observó que el 58% de los participantes logran enfocarse en una sola cosa a la vez y logran que sus acciones serán más consientes. Sin embargo, el resto de la muestra (42%) no logra ejercer esta técnica con éxito, por lo que se les dificulta concentrarse en una sola cosa a la vez y con ello perder la claridad de la situación. Esto se debe a que en esta etapa del cáncer los pacientes pueden tener controversias en cuanto a la efectividad del tratamiento, la esperanza de vida y la duración de la enfermedad, como se puede ver en la figura 14.

**Figura 14**

*Etapa I y Actuar con Conciencia*

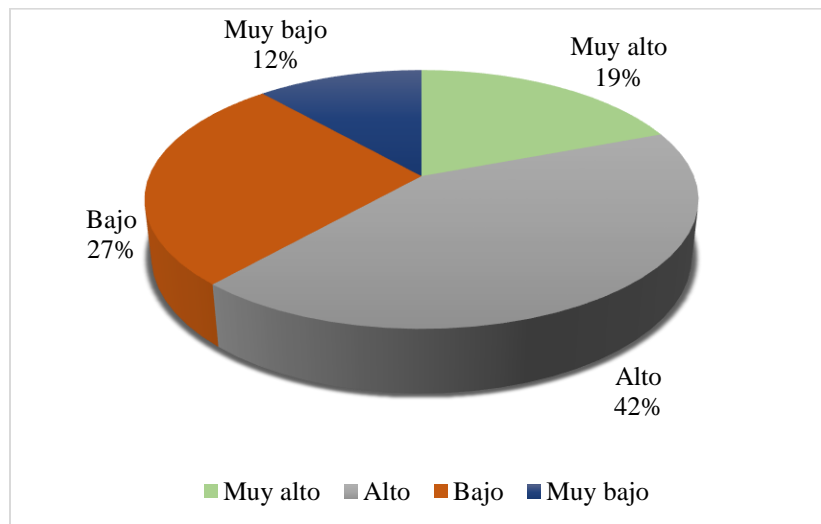


Nota: Se muestra el porcentaje de actuar con conciencia que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Finalmente, la aceptación sin emitir juicios es la última herramienta de la conciencia plena y hace referencia a la aceptación de las situaciones sin generar un juicio de valor que predisponga al sujeto a experimentar un conjunto de emociones desfavorables. En esta muestra se observó que la mayoría de los participantes tienen la capacidad de poner en práctica la aceptación sin emitir juicios en un nivel alto; sin embargo, el 39% de los evaluados no logran poner en práctica esta técnica, lo que indica que los pacientes que se encuentran en la etapa I de esta muestra no logran aceptar su estado de salud sin emitir algún juicio. Esto se debe a lo complejo que es aceptar padecer y afrontar una enfermedad que pone en juego la vida aun cuando se encuentra en un estadio temprano, como se puede ver en la figura 15.

**Figura 15**

*Etapa I y Aceptación sin Emitir Juicios*

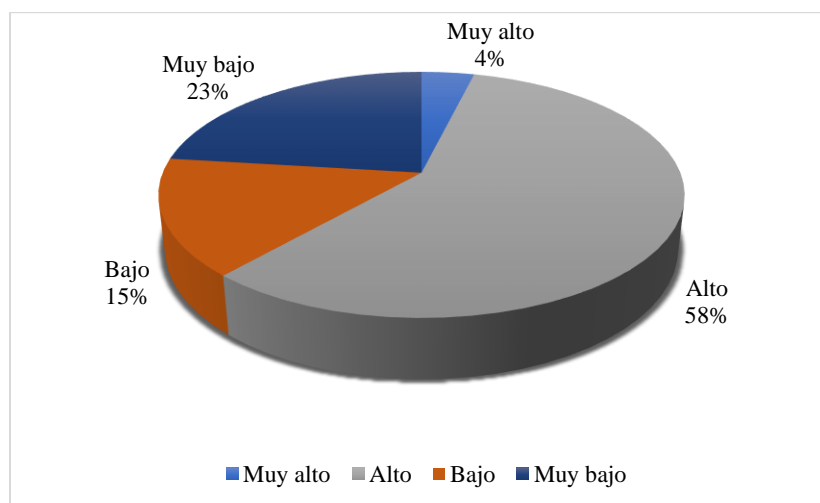


Nota: Se muestra el porcentaje de aceptación sin emitir juicios que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Por último, existe evidencia de que los pacientes que se encuentran en la etapa I de cáncer pueden llegar a experimentar el mismo malestar psicológico-emocional que un paciente que se encuentra en la última fase de esta enfermedad. Sin embargo, la diferencia recae en el empleo de estrategias que les permiten afrontar las situaciones que se presentan. En esta muestra, el porcentaje más alto de los participantes (62%) logra poner en práctica las estrategias de conciencia plena, logrando así un mejor ajuste en las emociones que experimentan y con ello una actitud consiente sobre su estado de salud, lo que les permite tomar control de sus acciones. Sin embargo, el otro 38% de la muestra no ha logrado identificar y/o emplear dichas estrategias, lo que dificulta su atención y concentración al estado de su enfermedad y su evolución, mismo que se ve reflejado en la toma de decisiones y acciones, como se puede ver en la figura 16.

**Figura 16**

*Etapa I y Conciencia Plena*

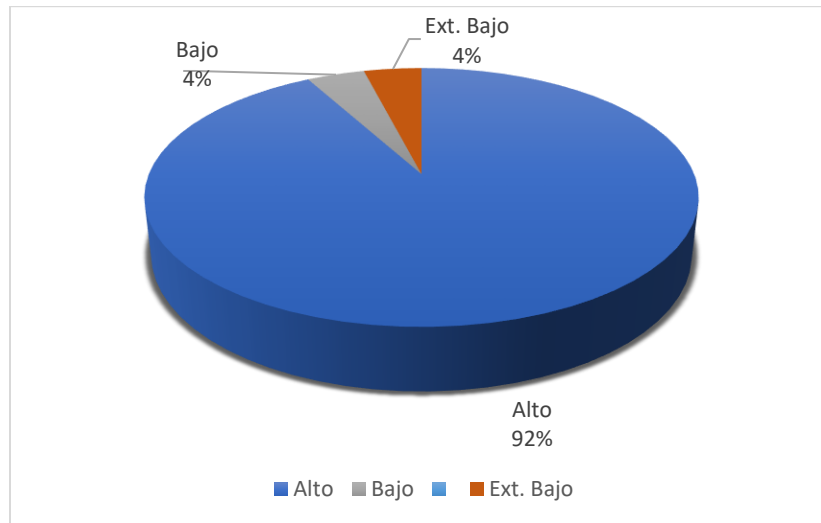


Nota: Se muestra el porcentaje de conciencia plena que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

**7.2.1.3 Apoyo social en la etapa I de cáncer.** El apoyo social que reciben los pacientes con cáncer ha resultado un factor importante en el proceso de la enfermedad; debido a esto, fue importante considerar esta variable para esta investigación, ya que se ha documentado que el apoyo social tiene un impacto en el estado de salud del paciente (Pérez, 1999). Por lo anterior, la primera categoría que se evaluó fue el apoyo social que se refiere al apoyo que los pacientes reciben de las personas que son parte del círculo social como amigos, vecinos, etc. En este primer análisis de la muestra que se encuentra en etapa I de cáncer, se observó que la mayoría de los participantes (92%) obtienen un alto apoyo de parte de vecinos, compañeros del trabajo, etc. Solo un 8% obtienen bajo o muy bajo apoyo social, esto se debe a que en ocasiones los pacientes no saben cómo pedir apoyo o incluso les cuesta trabajo recibirlo, como se puede ver en la figura 17.

**Figura 17**

*Etapa I y apoyo social*

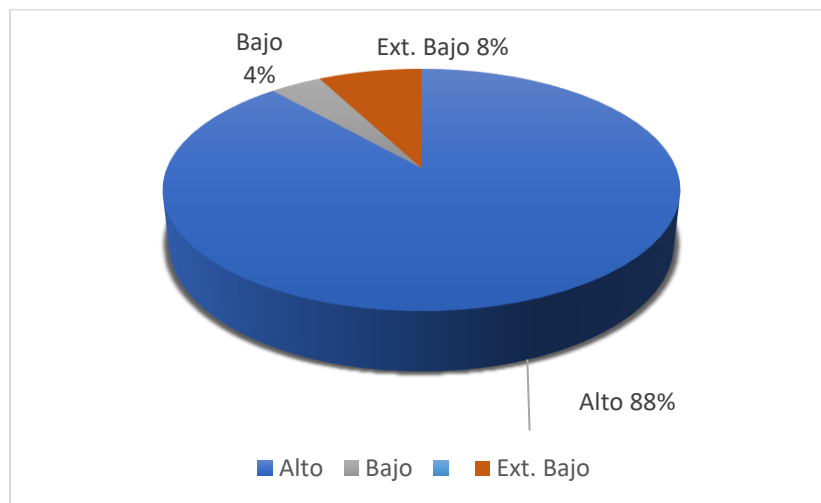


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo social que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

En cuanto al apoyo familiar, se observó que los pacientes en esta etapa reciben un alto apoyo familiar. Sin embargo, el 12% de ellos reciben un muy bajo y extremadamente bajo apoyo, esto se debe a que en ocasiones los pacientes deciden ocultar información sobre su estado de salud para no “preocupar” a sus familiares. Es frecuente que surja esta situación debido a que al estar en la primera fase del cáncer llegan a pensar que será un proceso corto y que no requieren del apoyo de sus familiares. Sin embargo, esta situación limita el apoyo y acompañamiento que sus familiares puedan brindar, como se puede ver en la figura 18.

**Figura 18**

*Etapa I y apoyo familiar*

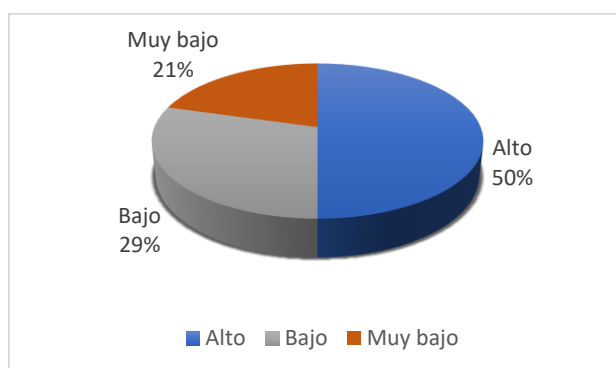


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo familiar que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Por último, se evaluó el apoyo por parte de los amigos y se encontró que el 50% de los participantes cuentan con un alto apoyo por parte de sus amigos, mientras que el otro 50% de los evaluados refieren tener un bajo o muy bajo apoyo de sus amigos. Esto se debe a que los pacientes en ocasiones prefieren no informar a sus amigos sobre la situación de salud que atraviesan, por miedo al rechazo, al impacto de apariencia o simplemente porque no lo consideran necesario, como se puede ver en la figura 19.

### Figura 19

Etapa I y apoyo de los amigos



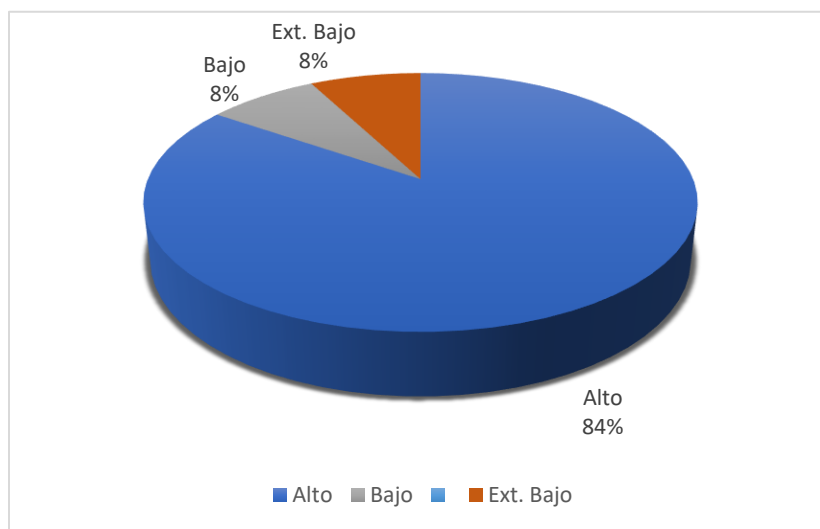
Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo de los amigos que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

Para concluir, se analizó la puntuación total de apoyo social en pacientes con cáncer en etapa I y se observó que la mayoría de los participantes cuentan con un alto apoyo social durante el proceso de su enfermedad. Esto se debe a que padecer cáncer conlleva a una persona a verse en una situación vulnerable, por lo que su entorno social (familia, amigos o conocidos) trata de cuidar, atender y acompañar, tratando de mejorar su estado de salud. Es importante mencionar que los pacientes que reciben este apoyo por parte del contexto social muestran mejores

estrategias de adaptación al proceso del cáncer y su estado emocional se mantiene en mejores condiciones. Por otra parte, el resto de la muestra (16%) recibe de manera general un bajo y en ocasiones un extremadamente bajo apoyo social, esto se debe a que algunos participantes deciden no compartir con otros su condición de salud. En ocasiones, al saber que se encuentran en la primera fase del cáncer, aseguran que será un proceso rápido y menos invasivo, por lo que no consideran necesario recibir el apoyo de los demás, como se puede ver en la figura 20.

**Figura 20**

*Etapa I y puntuación total de apoyo social.*



Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo social total que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

**7.2.1.4 Calidad de vida en la etapa I de cáncer.** De acuerdo con la OMS (1996), la calidad de vida corresponde a la percepción que el sujeto tiene sobre su posición dentro del contexto sociocultural. Evidentemente, este constructo es demasiado amplio, por lo que para fines de esta investigación nos centraremos en la calidad de vida en función al grado de salud que el



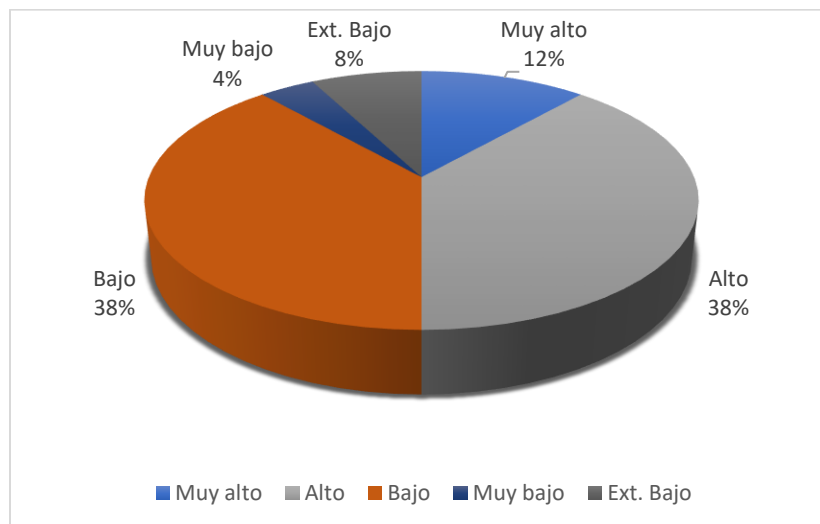
sujeto percibe. Por esta razón, se incluyó esta variable al estudio debido a que es un marcador que permite evaluar la perspectiva que tiene el sujeto sobre su estado de salud.

Para ello se realizó una evaluación cuantitativa y se observó que solo el 12% de la muestra tiene un nivel de calidad de vida muy alta y un 38% de los sujetos encuestados, un nivel alto de calidad de vida, lo que significa que a pesar de la enfermedad que padecen logran mantener una percepción adecuada de su nivel de satisfacción con la vida.

Por el contrario, se observó que en esta muestra existe otro 38% de participantes que perciben un nivel bajo de calidad de vida, un 4% percibe un muy bajo nivel y el 8% restante, percibe un nivel extremadamente bajo de calidad de vida. Estos puntajes reflejan una percepción desfavorable en cuanto a su nivel de bienestar y satisfacción y se debe a que en ocasiones los pacientes emplean con mayor frecuencia estrategias de regulación desadaptativas, pueden tener menor cantidad de apoyo, e incluso pueden experimentar mayor malestar físico como dolor, náuseas, etc., como se puede ver en la figura 21.

## Figura 21

### *Etapa I y calidad de vida*

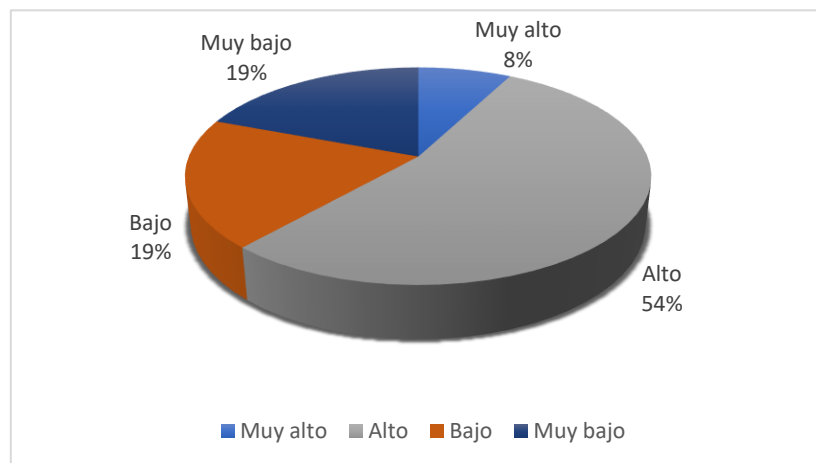


**7.2.1.5 Percepción del dolor en la etapa I de cáncer.** La percepción del dolor es común en la vida de las personas que experimentan alguna enfermedad, por ejemplo, en quienes padecen cáncer. De acuerdo con algunos autores, la intensidad del dolor corresponde al tipo de cáncer y a la etapa en la que se encuentre el paciente, por lo que se espera que los pacientes que se encuentran en una etapa inicial no tengan una percepción tan alta del dolor.

Sin embargo, en esta muestra se observa que el 54% de los participantes tienen una alta percepción del dolor y un 8% mantiene una percepción muy alta de dolor. Esto se debe en su mayoría a los efectos secundarios de los procedimientos médicos que se realizan, sobre todo porque al estar en la etapa I de cáncer, el personal de salud suma esfuerzos para radicar el cáncer, situación que puede generar un malestar como el dolor. Por otra parte, el resto de la muestra señaló que su percepción de dolor se encuentra en un rango de bajo a muy bajo, lo que indica que el manejo del dolor a través de diversas herramientas (farmacología, acupuntura, etc) les ha funcionado favorablemente y por eso su percepción de dolor es menor, ver figura 22.

**Figura 22**

*Etapa I y percepción del dolor*



Nota: Se muestra el porcentaje de percepción del dolor que experimentan los pacientes en la etapa I de cáncer.

## **7.2.2 Etapa II de cáncer**

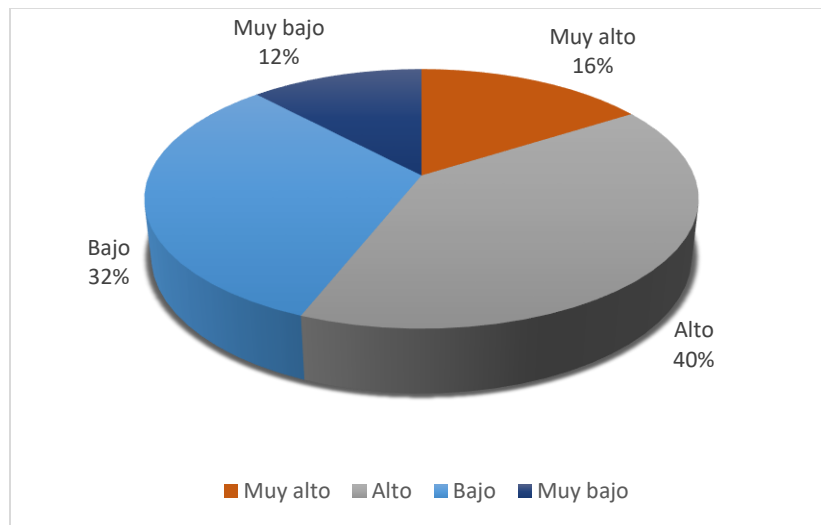
**7.2.2.1 Regulación emocional en la etapa II de cáncer.** En este apartado, el objetivo es identificar las estrategias de regulación emocional que emplean los pacientes con cáncer en función a la etapa de la enfermedad. En este caso, toca describir los resultados correspondientes a la etapa II, que, de acuerdo con la literatura, se caracteriza por lesiones microscópicas de cáncer y tumores de mayor tamaño, situaciones que pueden o no causar algún tipo de malestar, lo que dificulta su detección oportuna. Es importante mencionar que en esta etapa el cáncer se ha vuelto más invasivo y con menos esperanzas de vida que en la etapa I (INCan, 2015). A continuación, se describen los siguientes resultados.

De acuerdo con los datos registrados, se observa que en la etapa II de cáncer, el 40% de los pacientes se autoculpan en niveles altos, y en niveles muy altos solo el 16 % de la muestra. Esto se debe a que en la etapa II ya existe un crecimiento tumoral considerable y algunos pacientes consideran que la detección oportuna es su responsabilidad.

Por otra parte, el 32% de la muestra emplea esta estrategia desadaptativa con menos frecuencia y solo un 12% de los participantes la emplea en niveles muy bajos, debido a que, en algunas situaciones, los pacientes consideran que el no experimentar síntomas o tener una carga genética para desarrollar cáncer, son factores que no están en sus manos, por lo que la autoculpa disminuye, como se observa en la figura 23.

**Figura 23**

*Etapa II y autoculpa*

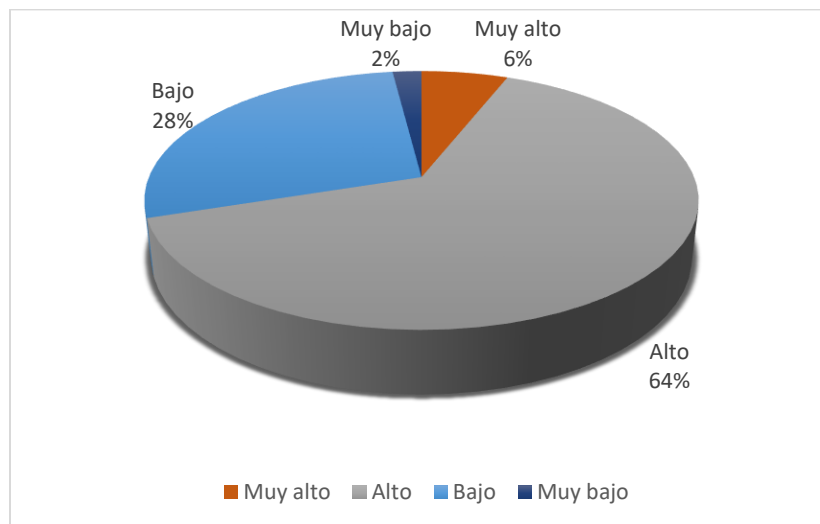


Nota: Se muestra el porcentaje de autoculpa que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

La siguiente estrategia que se evaluó fue la aceptación, como se observa en la figura 24 y se observó que en esta muestra el 64% de los participantes tienen una alta aceptación de su estado de salud y un 6% de los sujetos una muy alta aceptación. Por el contrario, el 30% restante de los participantes tiene una aceptación baja o muy baja. En algunos casos es difícil para los pacientes aceptar una enfermedad tan compleja como el cáncer, sobre todo porque una vez que se confirma el diagnóstico, los pacientes inician inmediatamente con su tratamiento; en ocasiones, esta prontitud no permite que el paciente interiorice el diagnóstico y mucho menos lo acepte.

**Figura 24**

*Etapa II y aceptación*

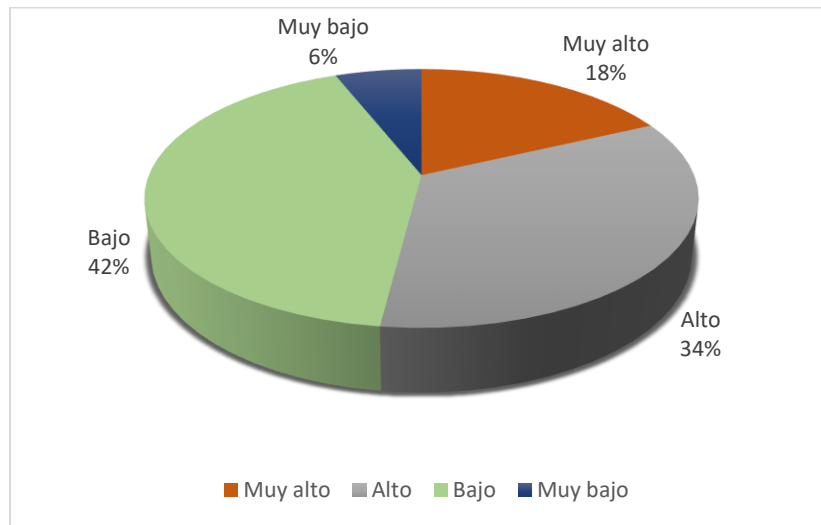


Nota: Se muestra el porcentaje de aceptación que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

En cuanto a la rumiación, en la figura figura 25, se observó que casi la mitad de los pacientes en etapa II la emplean de manera frecuente, mientras que la otra mitad de los encuestados la utilizan en un rango de bajo a muy bajo. Esto se debe a que en ocasiones los pacientes reciben información respecto a la enfermedad que los satura y dan por hecho situaciones que aún no suceden o que no quisieran que sucedieran. De igual forma, enfrentarse a los tratamientos y procedimientos médicos que suelen ser desconocidos genera que la rumiación se mantenga presente en gran medida.

**Figura 25**

*Etapa II y rumiación*

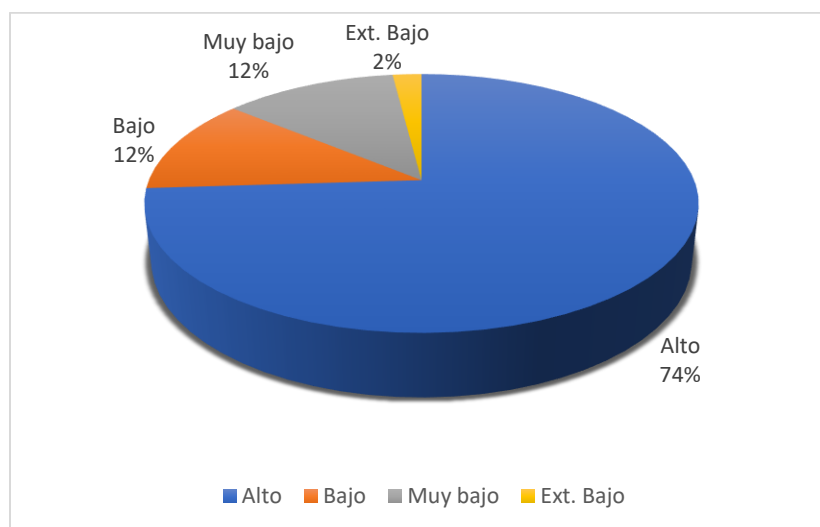


Nota: Se muestra el porcentaje de rumiación que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Como se mencionó anteriormente, el renfoque positivo pertenece a las estrategias adaptativas de la regulación emocional, y en la muestra que corresponde a la etapa II de cáncer se observó que la mayoría de los participantes tratan de tener una perspectiva positiva ante su estado de salud, como se observa en la figura 26. Es importante mencionar que este renfoque positivo en parte se debe a las relaciones sociales que los pacientes establecen entre sus iguales, compartir experiencias y sobre todo los resultados de los tratamientos médicos motivan a los pacientes a modificar su perspectiva. Sin embargo, el 26% restante de la muestra, señaló que el renfoque positivo lo emplean en un rango de bajo a extremadamente bajo, situación que genera mayor malestar emocional para los pacientes debido a que comúnmente visualizan las situaciones a su alrededor (citas médicas, procedimientos y tratamientos médicos, entre otros) como desfavorables.

**Figura 26**

*Etapa II y renfoque positivo*

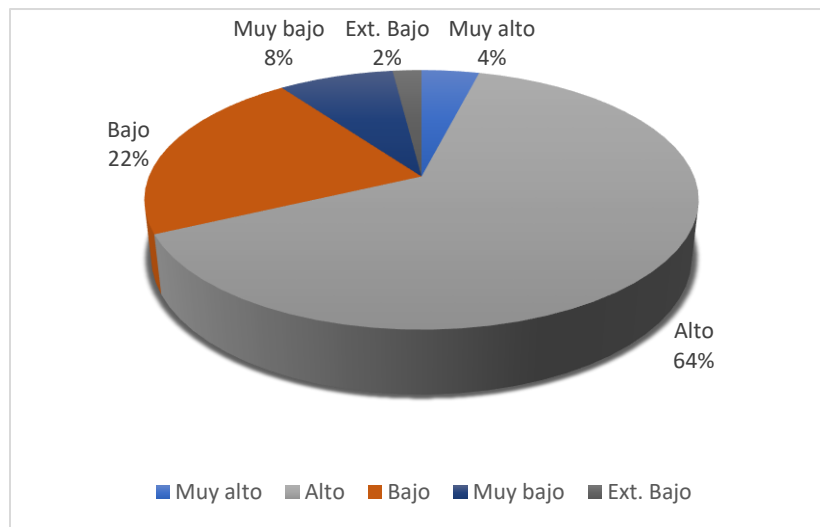


Nota: Se muestra el porcentaje de renfoque positivo que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Posteriormente, se analizó el renfoque en la planeación que pertenece a las estrategias adaptativas. Se observó que en esta etapa los pacientes ponen en práctica esta estrategia en un alto rango (64%) y solo un 4% con mayor frecuencia. Sin embargo, el 22 % de los encuestados la ponen en práctica en un nivel bajo, mientras que el 10% restante solo la emplean en un rango de muy bajo a extremadamente bajo. Esto se debe a que los pacientes en esta etapa no tienen una planeación de su futuro, prefieren esperar a ver cómo evoluciona su estado de salud, en ocasiones piensan que no se recuperarán, lo que genera la pérdida de expectativas y una actitud pasiva, como se observa en la figura 27.

### Figura 27

#### *Etapa II y renfoque en la planeación*



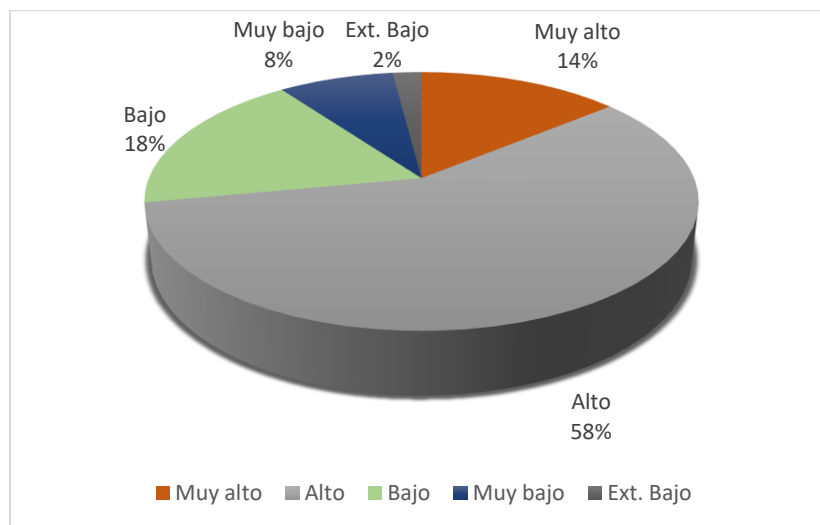
Nota: Se muestra el porcentaje de renfoque en la planeación que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.



Otra estrategia adaptativa muy importante es la reevaluación positiva debido a que nos permite reformular la situación de una forma más agradable y menos conflictiva. Al analizar esta variable en la muestra se observó que el mayor porcentaje de los participantes la emplean en un alto y muy alto rango, lo que indica que la mayoría de los pacientes reestructuran la situación de salud que afrontan y la perciben de manera menos aversiva. Sin embargo, el resto de la muestra emplea esta estrategia con menor frecuencia, por lo que pueden experimentar mayor malestar emocional y menos alternativas de solución. Se considera que en esta etapa el tumor ha crecido y aunque no haya certeza de que el tumor disminuirá con los tratamientos, la mayoría de estos pacientes pierden rápidamente las esperanzas de recuperarse, es por ello por lo que se les dificulta emplear la reevaluación positiva, como se observa en la figura 28.

**Figura 28**

*Etapa II y reevaluación positiva.*

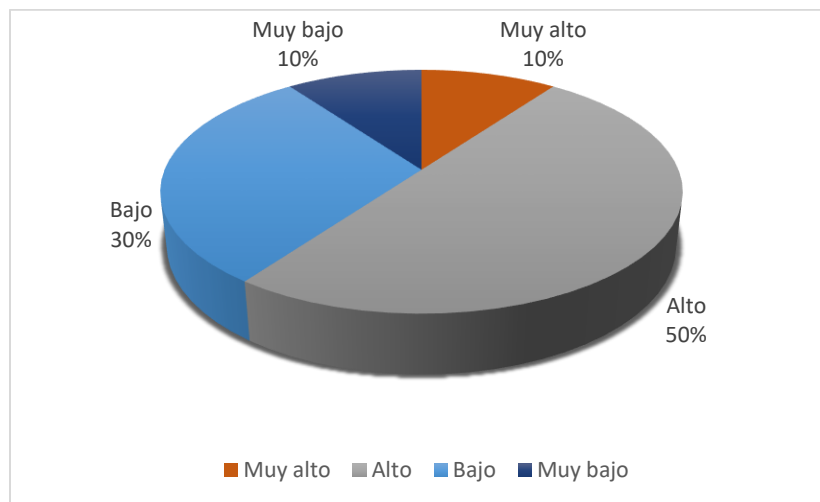


Nota: Se muestra el porcentaje de reevaluación positiva que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

La última estrategia adaptativa que se evaluó fue la perspectiva y en esta muestra se observó que al 60% de los participantes se les facilita emplearla de manera frecuente, lo que indica que estos pacientes se permiten tener una mejor visión del futuro o por lo menos una perspectiva favorable. Sin embargo, el resto de la muestra (40%) no la emplean con frecuencia, por lo que es posible que no tengan una visión positiva respecto al futuro y a su calidad de vida, como se observa en la figura 29.

**Figura 29**

*Etapa II y perspectiva*

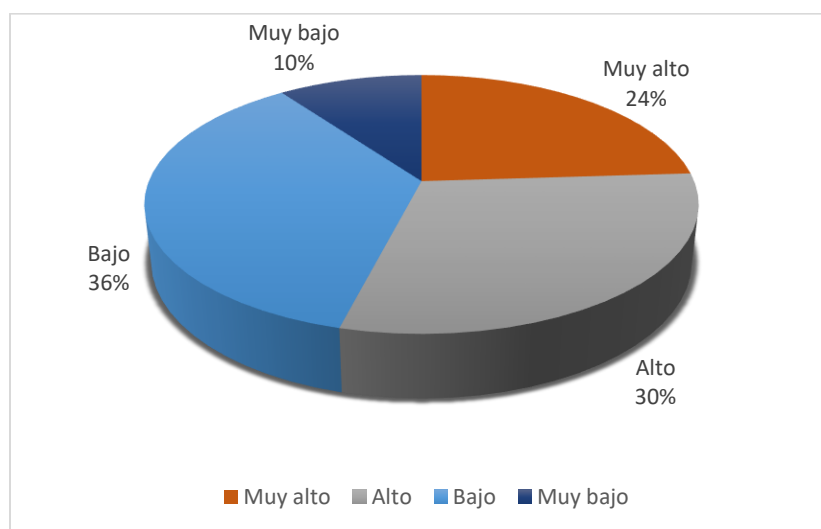


Nota: Se muestra el porcentaje de perspectiva que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Con respecto a las estrategias desadaptativas, el catastrofismo, también se evaluó en esta muestra y se encontró que el 46% de los participantes recurren a esta estrategia en menor frecuencia, lo que indica que sus pensamientos no son totalmente catastróficos, lo que les permite tener una visión más favorable. Por otra parte, el resto de la muestra (54%) si emplea esta estrategia en mayor medida, lo que sugiere que estos pacientes no tienen una visión favorable sobre su estado de salud, lo que puede incrementar el malestar emocional. Este resultado se explica debido a que los pacientes en esta etapa mantienen la esperanza de recuperarse; sin embargo, ven un futuro lleno de sufrimiento y procedimientos médicos interminables, es por ello por lo que el catastrofismo se mantiene presente, como se observa en la figura 30.

**Figura 30**

*Etapa II y catastrofismo.*

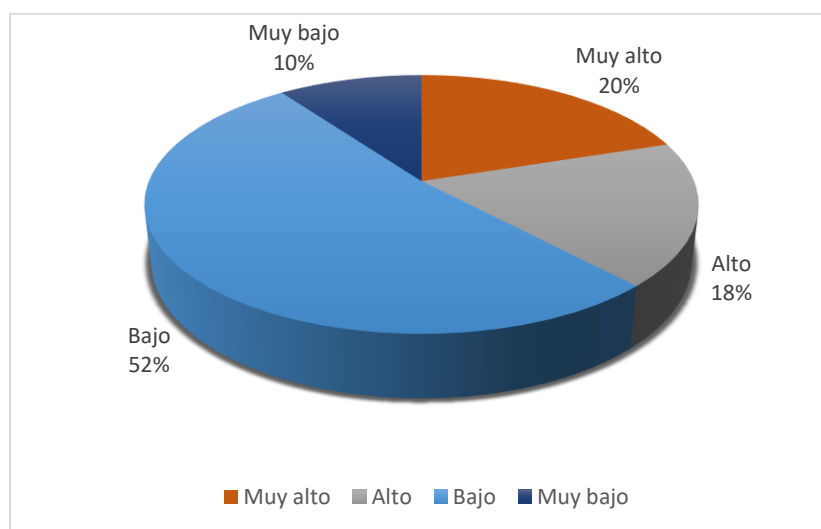


Nota: Se muestra el porcentaje de catastrofismo que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Para finalizar, culpar a otros es la última estrategia de regulación emocional desadaptativa de esta investigación y en la muestra que se encuentra en la etapa II de cáncer, se observó que el 62% de los participantes no culpan a otros por su estado de salud, a diferencia de la etapa anterior. En esta fase, los pacientes son conscientes de los factores de riesgo y la importancia de la prevención, es por ello que la mayoría no culpa a los demás. Sin embargo, el resto de la muestra (38%) sí culpa a otros con mayor frecuencia. En este caso algunos pacientes refieren no haber recibido la atención oportuna, no cuentan con los recursos para atenderse en un hospital privado o incluso hay quienes piensan que sus padres no les fomentaron hábitos de autocuidado, como se observa en la figura 31.

**Figura 31**

*Etapa II y culpar a otros*

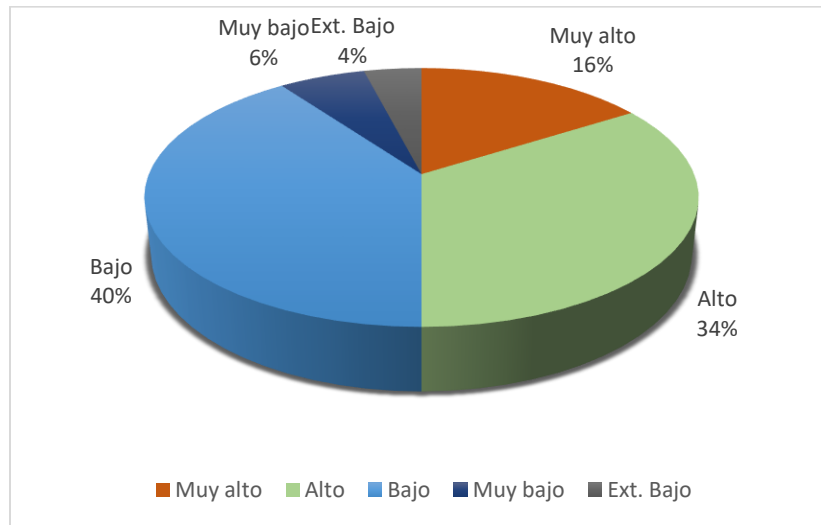


Nota: Se muestra el porcentaje de culpar a otros que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

**7.2.2.2 Conciencia plena en la etapa II de cáncer.** En esta etapa de cáncer también fue relevante evaluar las estrategias que componen la conciencia plena y se encontró que la observación es una técnica que el 50% de los pacientes con cáncer emplean de manera constante, lo que indica que la mitad de la muestra tiene la habilidad de concentrarse en las sensaciones internas y externas de su cuerpo, ganando así mayor conciencia de su estado emocional. Por el contrario, la otra mitad de la muestra no emplea esta herramienta debido a que se enfocan más en el proceso de su enfermedad en cuanto a citas médicas y tratamientos, dejando de lado la parte emocional que conlleva el ciclo de la enfermedad, tratando de evitar las emociones que surgen, como se observa en la figura 32.

**Figura 32**

*Etapa II y conciencia plena.*

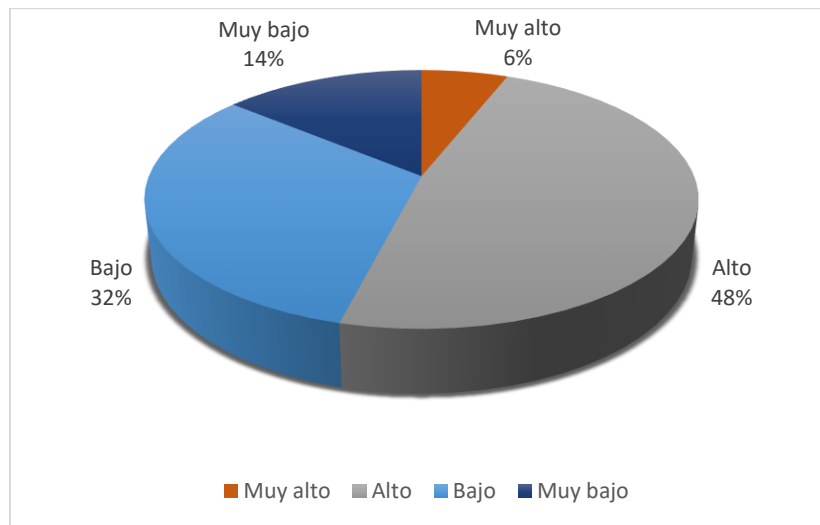


Nota: Se muestra el porcentaje de conciencia plena que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Posteriormente se evaluó la descripción y se encontró que más de la mitad de los participantes emplean esta técnica durante el proceso de la enfermedad, lo que indica que más de la mitad de los pacientes logran identificar, comunicar e informar los acontecimientos que surgen durante este proceso, lo que permite tener claridad sobre sus necesidades. Por otra parte, menos de la mitad de los participantes no logran identificar los sucesos más significativos respecto a su proceso de enfermedad impidiendo que los pacientes detecten y comuniquen sus necesidades; sin embargo, en esta etapa es difícil para ellos prestar atención a las sensaciones, necesidades o emociones que experimentan debido a que se enfocan en el malestar físico propio del cáncer o de los tratamientos que se les administran, limitando el uso de esta técnica, como se observa en la figura 33.

**Figura 33**

*Etapa II y descripción.*

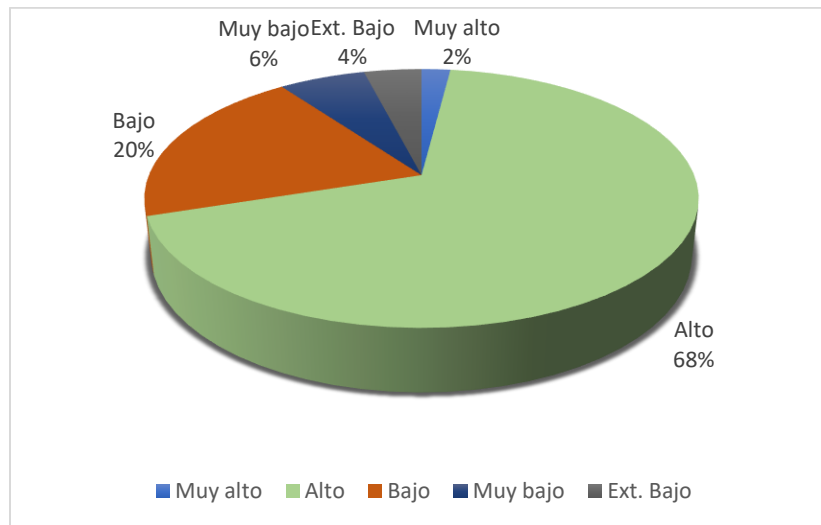


Nota: Se muestra el porcentaje de descripción que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Así mismo, se evaluó la habilidad de actuar conscientemente y en esta parte de la muestra se observó que un alto porcentaje de los participantes logran tener conciencia de sus actos durante el proceso de la enfermedad; sin embargo, el 30% restante de la muestra no emplea esta técnica debido a la gran cantidad de emociones que experimentan durante el ciclo de la enfermedad, es por ello por lo que actúan de forma deliberada en función a como se sienten y no a un estado consciente, como se observa en la figura 34.

**Figura 34**

*Etapa II y actuar conscientemente.*

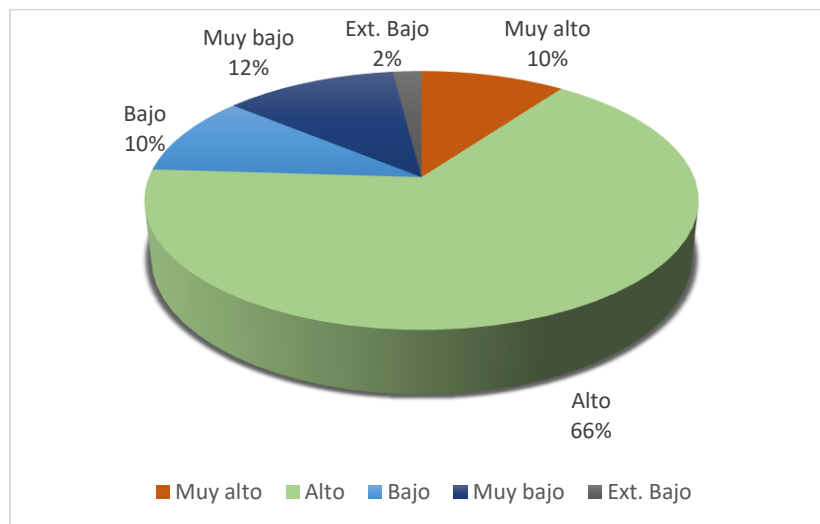


Nota: Se muestra el porcentaje de actuar conscientemente que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Por último, se hizo un análisis sobre la etapa II de cáncer y la aceptación. Se pudo observar que el 66% de la muestra tiene una alta aceptación ante su enfermedad y esto se debe a que los pacientes saben que las probabilidades de recuperar su salud son altas, situación que los motiva y les permite centrarse en el tratamiento de mejor manera. Por el contrario, el 24% de los participantes afronta su enfermedad con poca o extremadamente poca aceptación, lo que influye en el tratamiento debido a la cantidad de emociones desfavorables que causa la poca aceptación, como se observa en la figura 35.

**Figura 35**

*Etapa II y aceptación*



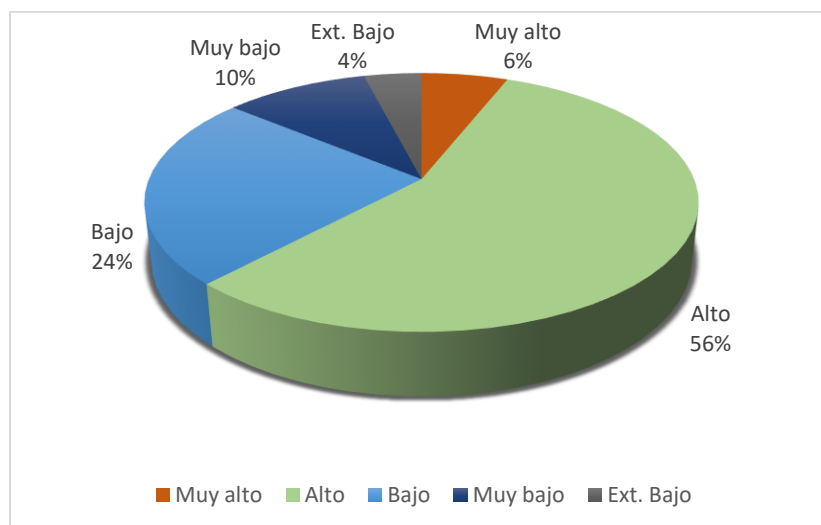
Nota: Se muestra el porcentaje de aceptación que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.



Para concluir, se analizó la puntuación total de la conciencia plena en la etapa II del cáncer y se observó que el 62% de la muestra emplea las estrategias de conciencia plena, mientras que el resto de la muestra las emplea con menos frecuencia. Esto se debe a que se les dificulta mantenerse atentos a su respuesta emocional porque se concentran más en su estado de salud física y lo que deben hacer para recuperar su salud lo más pronto posible, como se observa en la figura 36.

**Figura 36**

*Etapa II y puntuación total de conciencia plena*

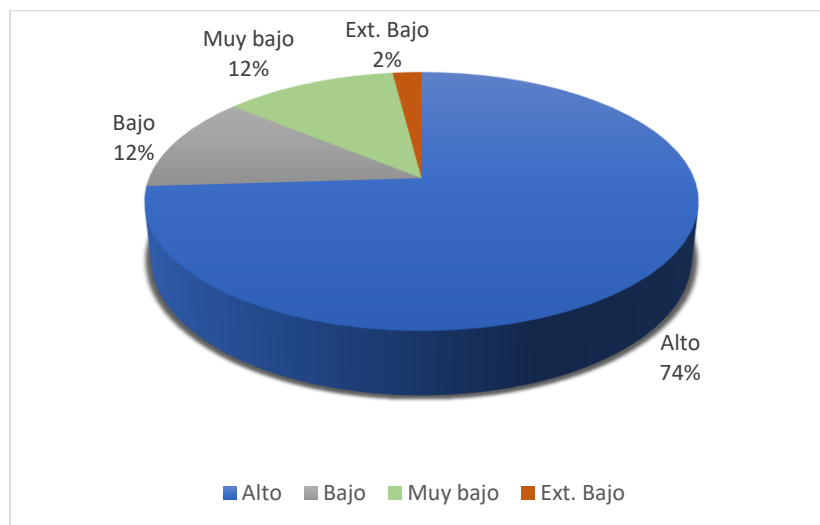


Nota: Se muestra el porcentaje de conciencia plena total que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

**7.2.2.3 Apoyo social en la etapa II de cáncer.** Debido a la importancia y el impacto del apoyo social en el curso de la enfermedad, resultó importante para esta investigación analizar su impacto cuando los pacientes se encuentran en una fase más elevada del cáncer, por lo que se analizaron las dimensiones que componen esta variable y se observó que la mayoría de los pacientes reciben un alto apoyo social debido a que al estar en una etapa más avanzada del cáncer los pacientes reciben más atenciones de parte del contexto social y solo un 26% de la muestra reciben un bajo o extremadamente bajo apoyo social. Esto se debe a que en algunas ocasiones los pacientes prefieren evitar el contacto con el contexto social debido a que se encuentran en un periodo de covalencia, sobre todo después del ciclo de su tratamiento, como se observa en la figura 37.

**Figura 37**

*Etapa II y apoyo social*

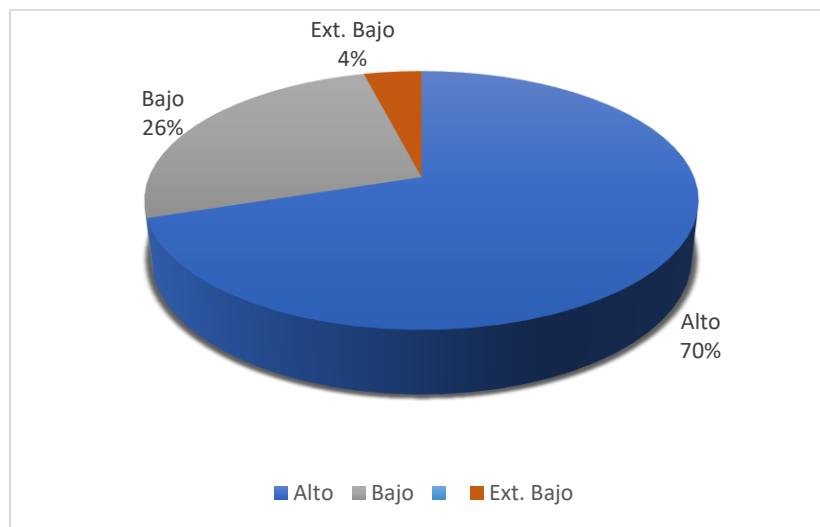


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo social que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Se evaluó también el apoyo familiar y se observó que la mayoría de los participantes cuenta con un alto apoyo por parte de la familia debido a los cuidados y atenciones que los pacientes requieren durante los tratamientos a los que se someten. Por otra parte, solo un 30% cuenta con un bajo o extremadamente bajo apoyo familiar. Al igual que en el apoyo social, en muchas ocasiones los pacientes no comparten con su familia sus necesidades para evitar generar más *cargas* a sus familiares, como se observa en la figura 38.

**Figura 38**

*Etapa II y apoyo familiar*

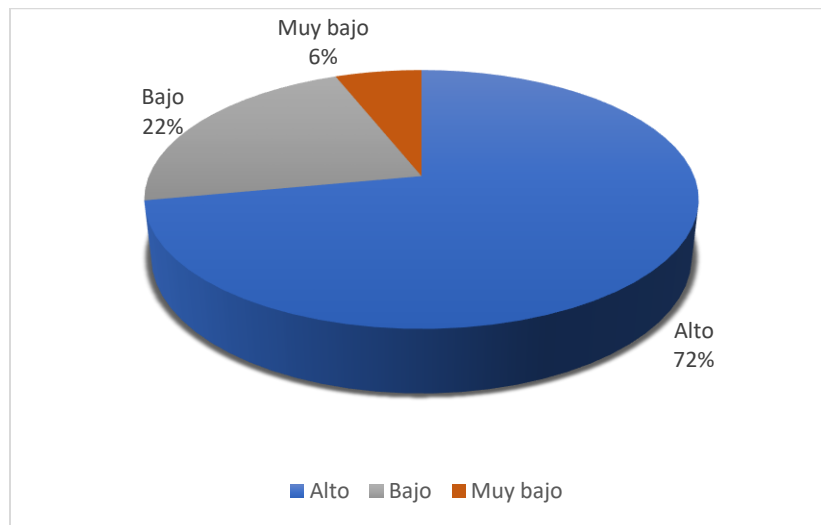


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo familiar que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Por último, se evaluó el apoyo de los amigos y se encontraron resultados muy parecidos debido a que el 72% de los participantes indicaron contar con un alto apoyo de sus amigos, sin embargo, el 28% de la muestra restante indicó tener bajo o muy bajo apoyo. En algunos casos los pacientes perciben su imagen física deteriorada por los efectos secundarios de los tratamientos que reciben y por esta razón deciden alejarse de sus amistades, como se observa en la figura 39.

**Figura 39**

*Etapa II y apoyo de amigos.*

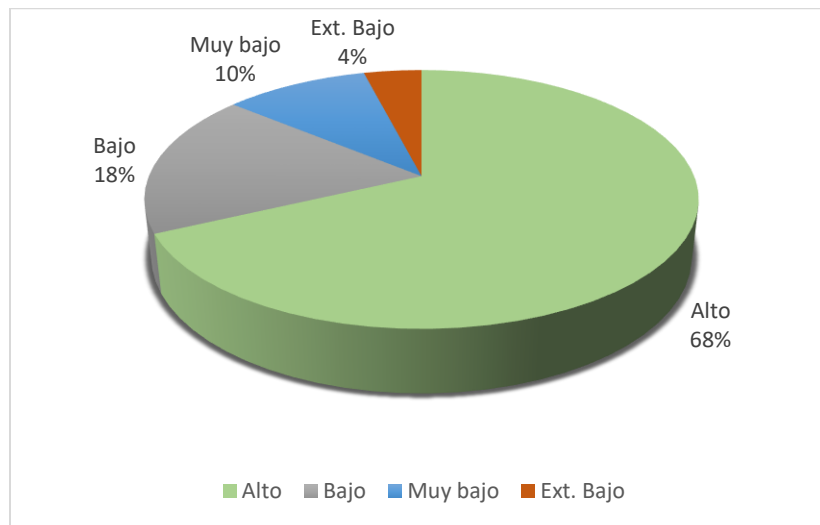


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo de los amigos que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

Finalmente, el análisis de la puntuación total del apoyo social en la etapa II de cáncer revela resultados similares a los anteriores debido a que en general el 68% de la muestra percibe un alto apoyo social, mientras que el 32% restante percibe un apoyo bajo o incluso extremadamente bajo. Estos resultados dependen de la aceptación que los pacientes muestran ante el apoyo social, como se observa en la figura 40.

**Figura 40**

*Etapa II y puntuación total de apoyo social.*

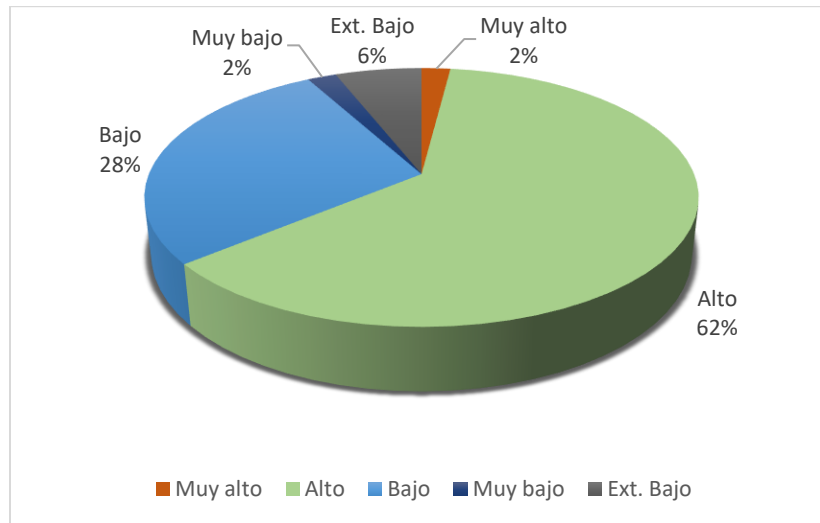


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo social total que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

**7.2.2.4 Calidad de vida en la etapa II de cáncer.** Como se ha mencionado, el nivel de calidad de vida en los pacientes puede verse afectado debido a su estado de salud, de ahí la importancia de realizar una evaluación en esta muestra. Con la finalidad de identificar el nivel de calidad de vida en la etapa II de cáncer, se observó que el 64% de los participantes perciben un alto y muy alto nivel de calidad de vida, mientras que el 36% de los encuestados perciben una calidad de vida baja e incluso extremadamente baja. Esto se debe a que en la etapa II de cáncer es más frecuente experimentar síntomas asociados a las neoplasias que empiezan a cambiar de tamaño. Además, los efectos secundarios de los tratamientos causan diversos malestares y limitaciones que impactan en la calidad de vida de estos pacientes, como se observa en la figura 41.

**Figura 41**

*Etapa II y calidad de vida*

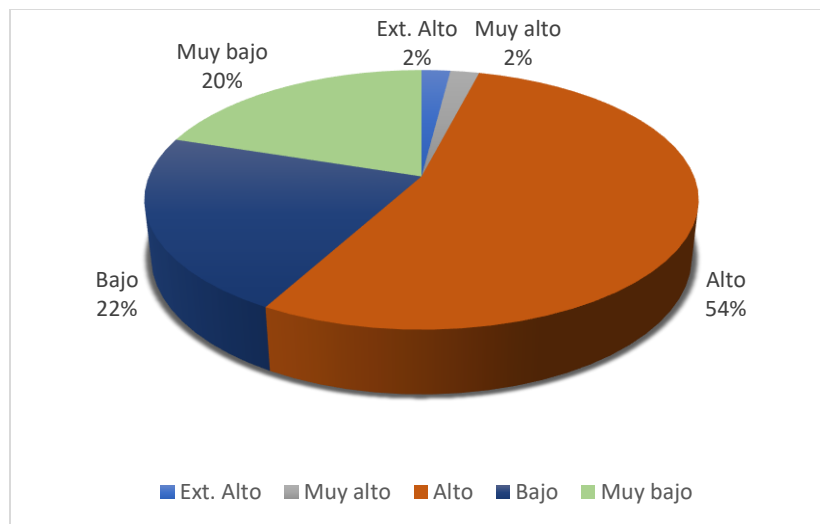


Nota: Se muestra el porcentaje de calidad de vida que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

**7.2.2.5 Percepción del dolor en la etapa II de cáncer.** Para finalizar con el análisis de la etapa II de cáncer, se analizó la percepción del dolor de los pacientes con cáncer en esta etapa y se observó que solo el 58% de los participantes perciben un nivel muy alto o muy alto de dolor, situación que impacta de manera negativa en el proceso de la enfermedad debido a que los pacientes se desmotivan, piensan en abandonar el tratamiento, eligen estrategias desadaptativas e incluso se aíslan. Por otra parte, el 42% de la muestra restante indicó que perciben un nivel de dolor bajo o muy bajo, lo que les da la oportunidad de afrontar mejor la enfermedad debido a que no se ven limitados por el dolor que experimentan, como se observa en la figura 42.

**Figura 42**

*Etapa II y percepción del dolor.*



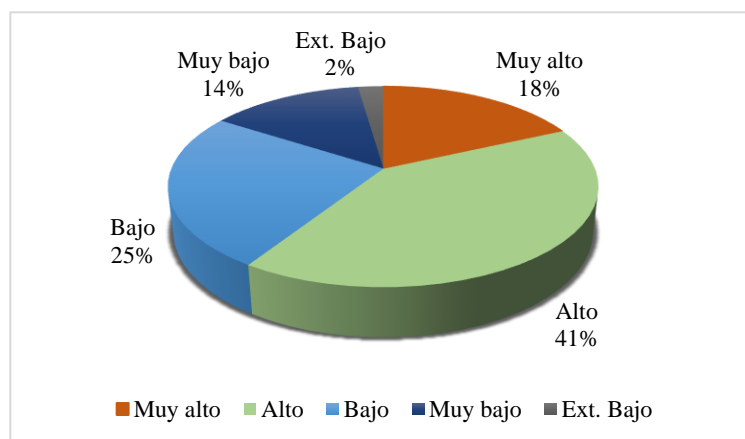
Nota: Se muestra el porcentaje de percepción del dolor que experimentan los pacientes en la etapa II de cáncer.

### 7.2.3. Etapa III de cáncer

**7.2.3.1 Regulación emocional en la etapa III de cáncer.** Debido al impacto que causa la enfermedad en la vida de las personas, la regulación emocional juega un papel importante al tratar de modular las emociones que surgen frente a este proceso. En el caso de las personas que son diagnosticadas con cáncer en etapa III los tumores son de mayor tamaño, se puede considerar como un cáncer avanzado con algunas probabilidades de recuperarse. En esta etapa de la enfermedad, la regulación emocional se mantiene presente; sin embargo, es importante identificar qué tipo de estrategias se emplean de manera frecuente. La primera estrategia por evaluar es la autculpa y en esta muestra se observó que más de la mitad de los participantes se culpan por su estado de salud debido a que algunos pacientes consideran que pudieron detectar la enfermedad en una etapa menos avanzada y no fue así. Por otra parte, el resto de la muestra (41%) se culpa en niveles bajos o extremadamente bajos debido a que algunos pacientes desarrollaron cáncer por factores hereditarios y consideran que esta situación no es algo que pudieran evitar, como se observa en la figura 43.

#### Figura 43

*Etapa III y autculpa.*



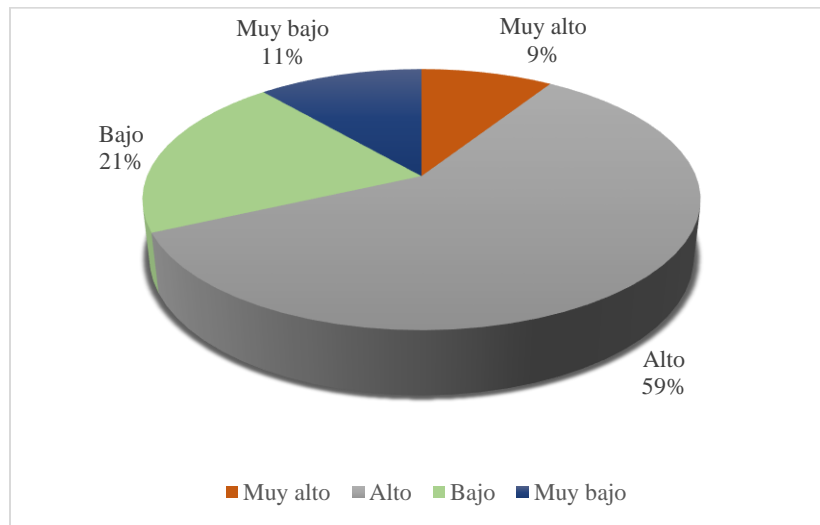


Nota: Se muestra el porcentaje de autoculpa que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

La siguiente estrategia es la aceptación y en esta muestra se observó que más de la mitad de los participantes logran aceptar su enfermedad, lo que les permite afrontar de mejor manera este proceso. Por el contrario, el 32% de los participantes muestran una baja o muy baja aceptación debido a que asocian esta enfermedad con la muerte lo que les genera resistencia y poca aceptación, como se observa en la figura 44.

**Figura 44**

*Etapa III y aceptación.*

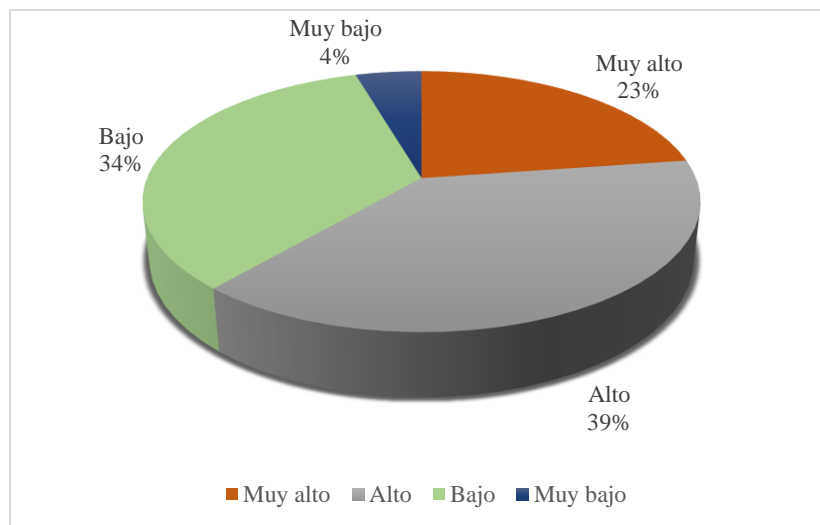


Nota: Se muestra el porcentaje de aceptación que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Posteriormente se analizó la rumiación y en esta muestra se observó que más de la mitad de los participantes emplean esta estrategia desadaptativa durante su proceso de enfermedad. Esto se debe a que mantienen pensamientos perjudiciales respecto a su estado de salud actual y la incertidumbre del futuro, además hay algunos pacientes que experimentan muchos efectos secundarios, situación que los mantiene en una constante inquietud, como se observa en la figura 45.

**Figura 45**

*Etapa III y rumiación.*

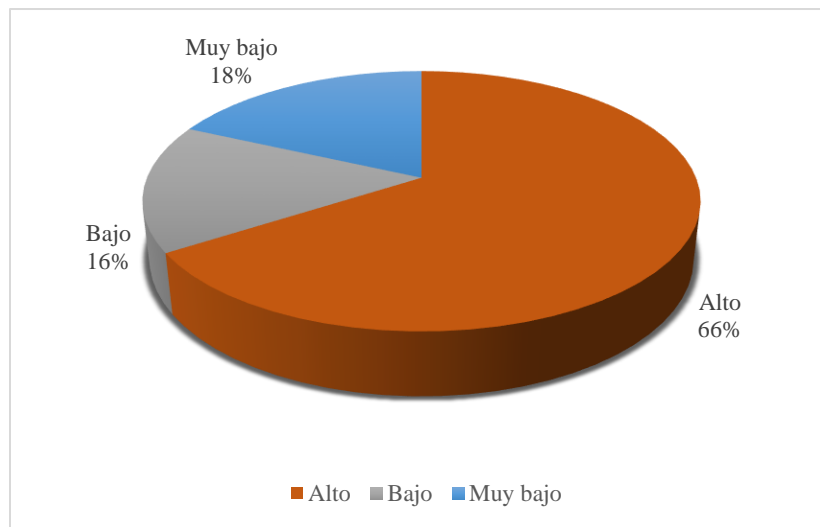


Nota: Se muestra el porcentaje de rumiación que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

La siguiente estrategia adaptativa es el reenfoque positivo y en esta muestra se observó que un 66% de los participantes tratan de modificar el enfoque de la situación por una perspectiva más favorable, en ocasiones esto se debe a que los pacientes encuentran factores motivacionales que les permiten modificar favorablemente su percepción. Por otra parte, solo un 34% de la muestra señaló que emplean el reenfoque positivo en un nivel bajo o muy bajo. Esto se debe a que, durante el tratamiento, los pacientes experimentan más efectos secundarios negativos que positivos, lo que genera una percepción pesimista y desmotivante, como se observa en la figura 46.

**Figura 46**

*Etapa III y reenfoque positivo.*

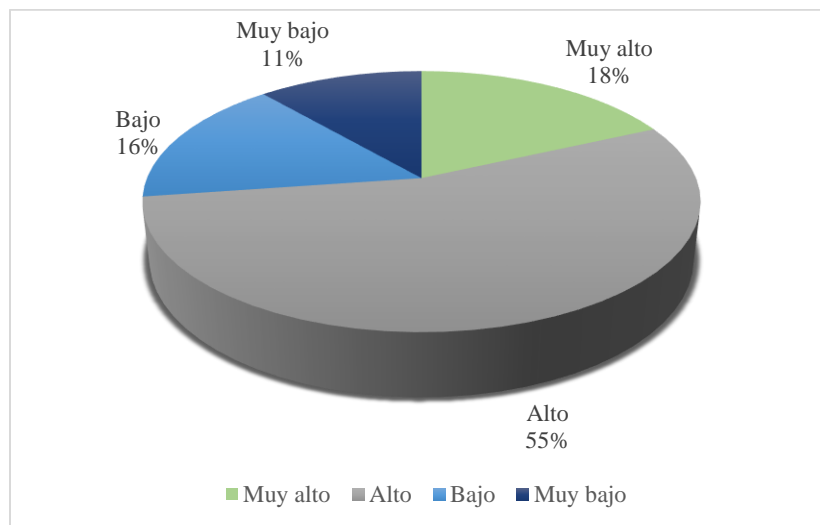


Nota: Se muestra el porcentaje de reenfoque positivo que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Otra estrategia adaptativa que se analizó fue el reenfoque en la planeación y en esta muestra se observó que más de la mitad de los participantes emplea esta técnica, lo que quiere decir que a pesar de la situación que afrontan, los participantes se encuentran motivados y esto les permite modificar la planeación del futuro. Por el contrario, el 27% de la muestra refiere emplear esta técnica en un nivel bajo o muy bajo, lo que indica que estos participantes no se permiten modificar el enfoque de la perspectiva que tienen, como se observa en la figura 47.

**Figura 47**

*Etapa III y reenfoque en la planeación.*

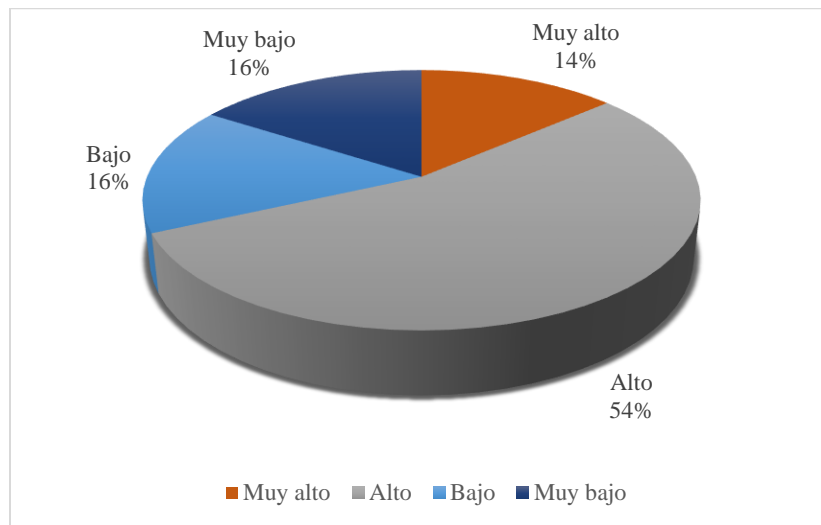


Nota: Se muestra el porcentaje de reenfoque en la planeación que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

En cuanto a la reevaluación positiva, se observó que el 68% de la muestra emplea esta técnica debido a que se vuelve una motivación pensar en un futuro mejor, aunque en el momento presente afronten las secuelas del tratamiento. Sin embargo, el 32% de la muestra indica que no emplea esta técnica de manera frecuente debido a la cantidad que emociones que los pacientes experimentan en esta etapa de cáncer, como se observa en la figura 48.

**Figura 48**

*Etapa III y reevaluación positiva.*

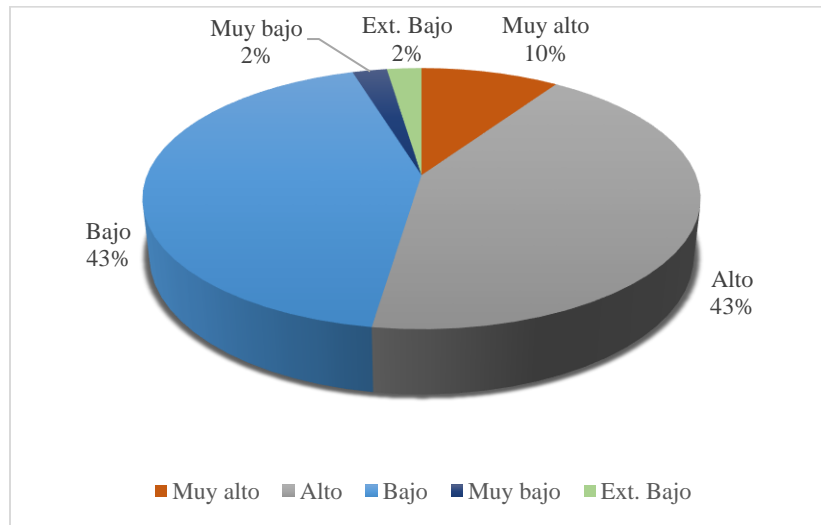


Nota: Se muestra el porcentaje de reevaluación positiva que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Otra estrategia adaptativa que se evaluó fue la perspectiva y se observó que casi la mitad de la muestra tiene la facilidad de visualizar un futuro favorable. Por el contrario, el 45% restante indicó que su nivel de perspectiva se encuentra en nivel bajo e incluso extremadamente bajo, como se observa en la figura 49.

**Figura 49**

*Etapa III y perspectiva.*

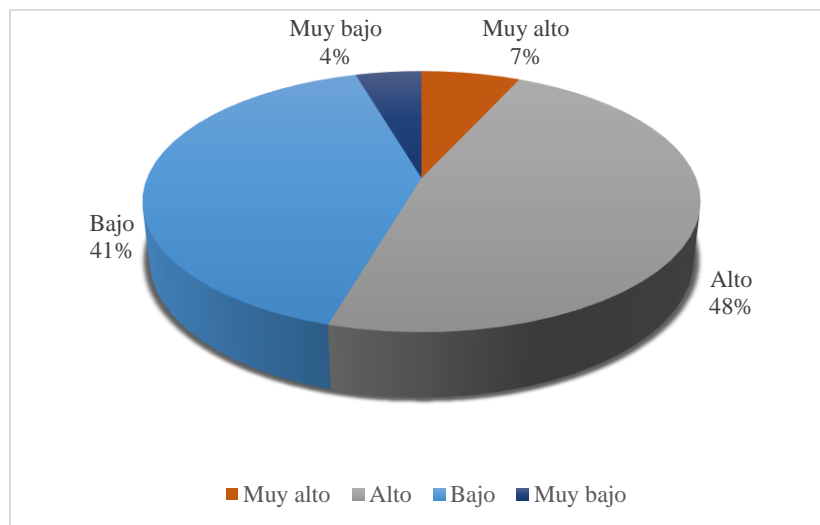


Nota: Se muestra el porcentaje de perspectiva que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

En cuanto a las estrategias desadaptativas, se evaluó el catastrofismo y se observó que un poco más de la mitad de la muestra tienen niveles altos de catastrofismo, lo que indica que frente a su estado de salud mantienen pensamientos y emociones desagradables sobre todo porque al estar en la etapa III de la enfermedad, algunos pacientes visualizan un futuro corto y doloroso. Por otra parte, el 47% de la muestra emplea esta estrategia con menor frecuencia por lo que sus pensamientos y emociones resultan menos desagradables, como se observa en la figura 50.

**Figura 50**

*Etapa III y catastrofismo.*

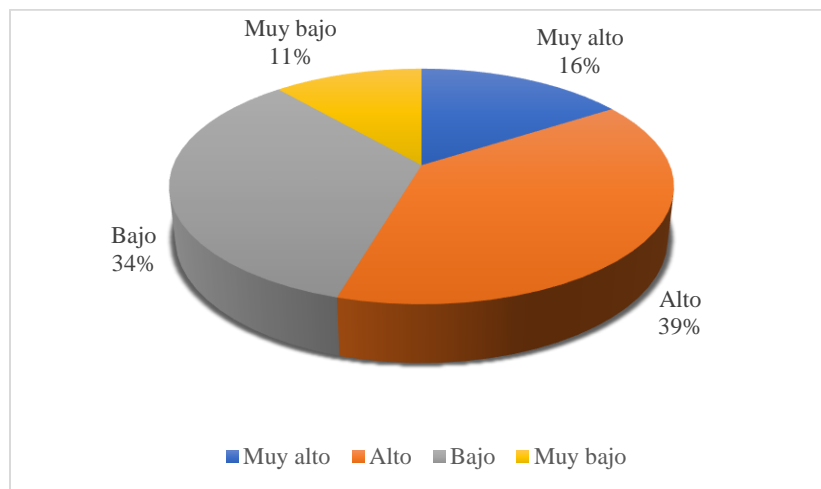


Nota: Se muestra el porcentaje de catastrofismo que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Por último, se evaluó culpar a otros y se observó que la mitad de los pacientes que tienen cáncer en etapa III tienden a culpar a otros, en ocasiones esto se debe a que los pacientes consideran que no fueron diagnosticados a tiempo, que los agentes genéticos no se pueden modificar, entre otros. Por el contrario, el 45% de los participantes culpan a otros en un bajo o muy bajo nivel, debido a que consideran que las enfermedades son causadas por múltiples factores que no pueden controlar, como se observa en la figura 51.

**Figura 51**

*Etapa III y culpar a otros.*



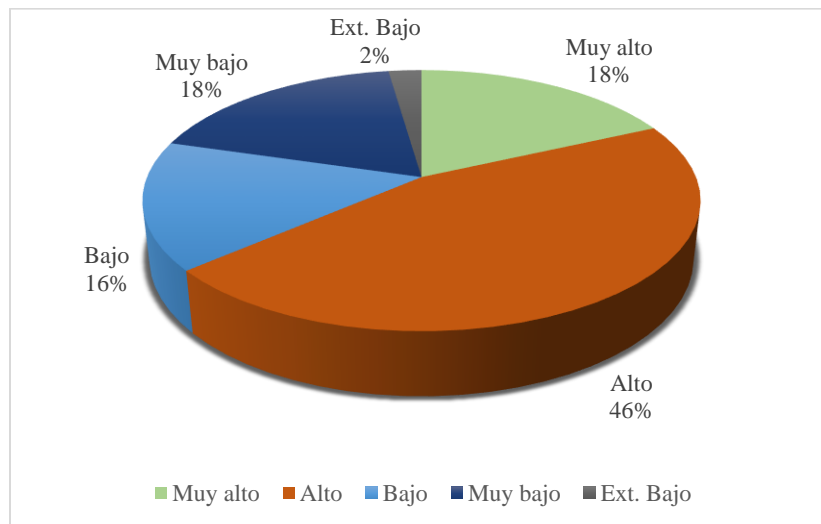
Nota: Se muestra el porcentaje de culpar a otros que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.



**7.2.3.2 Conciencia plena en la etapa III de cáncer.** Debido a que la etapa III de cáncer suele ser más invasiva, las estrategias de conciencia plena pueden ayudar a que el paciente tenga mayor control sobre sus pensamientos, sensaciones y conductas; sin embargo, no siempre es así, es por esto por lo que en esta investigación se consideró importante evaluar esta variable. De acuerdo con los datos obtenidos se observó que el 64% de los participantes logran tener una observación favorable sobre su estado de salud, mientras que el otro 36% de la muestra tiene un nivel de observación bajo o muy bajo, esto se debe a que algunos pacientes perciben la etapa III como una de las etapas con menor probabilidad de recuperarse porque prefieren enfocarse en otros asuntos y tratar de evadir la realidad, como se observa en la figura 52.

**Figura 52**

*Etapa III y observación.*

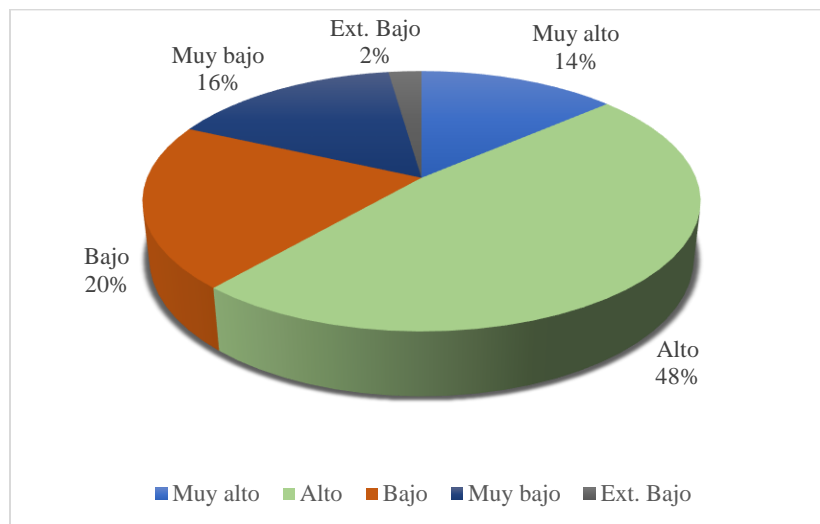


Nota: Se muestra el porcentaje de observación que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Otra herramienta de la conciencia plena es la descripción, que se refiere a la capacidad del sujeto para identificar la situación que le afecta y comunicarla de forma detallada. En esta muestra, se observó que el 62% de los participantes tienen la capacidad de describir la situación de su enfermedad, logrando tener mayor conciencia de su estado de salud y con ello mejores emociones. Por otra parte, el 38% de la muestra informó que no aplican esta técnica de manera frecuente debido al proceso emocional que experimentan cuando detallan la situación actual de su estado de salud, como se observa en la figura 53.

**Figura 53**

*Etapa III y descripción.*

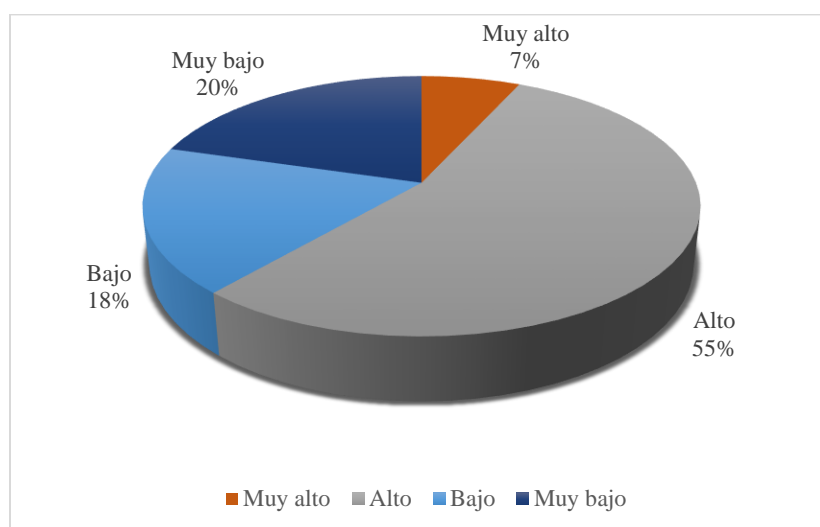


Nota: Se muestra el porcentaje de descripción que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Actuar conscientemente es otra técnica de la conciencia plena y en esta muestra se observó que la mayoría de los participantes guían sus pensamientos, emociones y conductas de manera consiente, lo que resulta beneficioso a la hora de afrontar su enfermedad. Por otra parte, el 38% de los participantes refieren emplear esta técnica con poca frecuencia debido a que se dejan llevar por las emociones que surgen después de haber recibido un diagnóstico tan alarmante, recibir los tratamientos que resultan agresivos e invasivos e incluso prefieren actuar de manera impulsiva o sin reflexionar sobre las consecuencias, como se observa en la figura 54.

### Figura 54

*Etapa III y actuar conscientemente.*

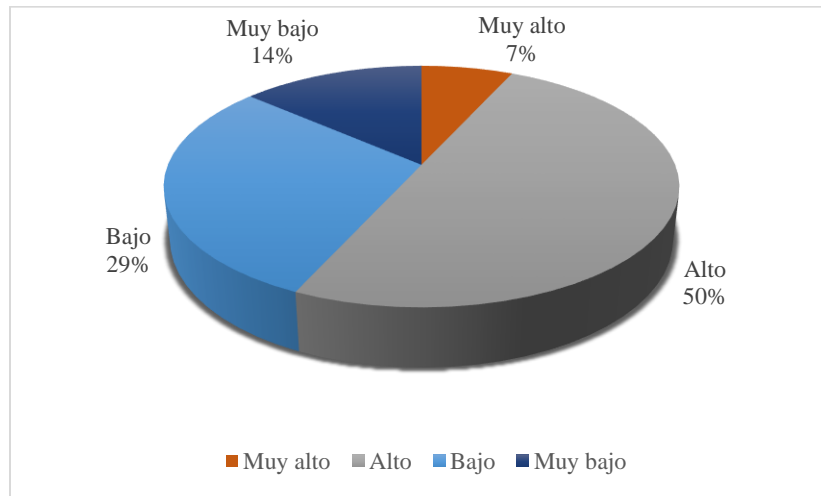


Nota: Se muestra el porcentaje de actuar conscientemente que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Para finalizar con las técnicas de la conciencia plena se analizó la aceptación y se observó que más de la mitad de la muestra tiene un grado de aceptación alto o incluso muy alto lo cual resulta beneficioso para esta muestra; sin embargo, la otra mitad de los participantes muestran un nivel bajo de aceptación, como se observa en la figura 55.

**Figura 55**

*Etapa III y aceptación.*

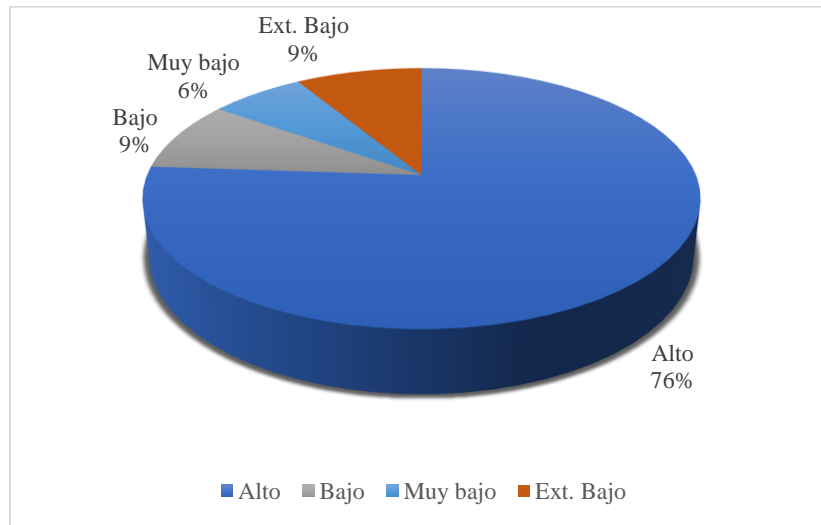


Nota: Se muestra el porcentaje de aceptación que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

**7.2.3.3 Apoyo social en la etapa III de cáncer.** Como se ha mencionado anteriormente, el apoyo social tiene un impacto positivo en el proceso de enfermedad que afrontan los pacientes, por lo tanto, es importante analizar cómo se comporta esta variable en una etapa más avanzada del cáncer. Para ello, se analizó el apoyo social y se observó que la mayor parte de la muestra cuenta con un alto apoyo social debido a que los cuidados y atenciones que se requieren son más demandantes, siendo solamente el 24% de los participantes que perciben un bajo nivel de apoyo. En ocasiones se debe a que los pacientes consideran en mayor medida el apoyo de su familia y el apoyo social lo limitan debido a que no se sienten cómodos al recibir visitas, llamadas o algún tipo de contacto de otras personas, como se observa en la figura 56.

**Figura 56**

*Etapa III y apoyo social.*

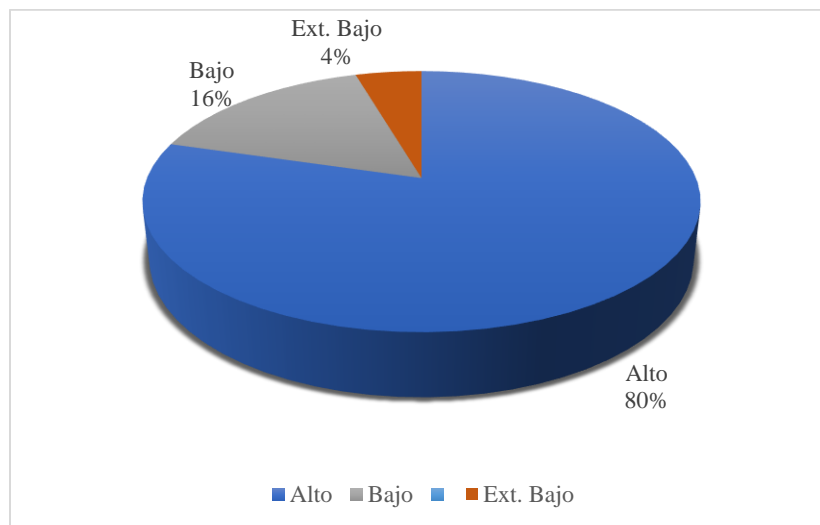


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo social que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Posteriormente se evaluó el apoyo familiar y se observó que el 80% de los participantes cuentan con un alto apoyo por parte de su familia debido a que, en esta etapa, los pacientes reciben tratamientos más invasivos que generan efectos secundarios más fuertes, por lo que el único apoyo que consideran es el de sus familiares más cercanos; sin embargo, a pesar de esto, existe un 20% de los participantes que perciben un apoyo familiar bajo y en algunos casos extremadamente bajo, como se observa en la figura 57.

**Figura 57**

*Etapa III y apoyo familiar.*

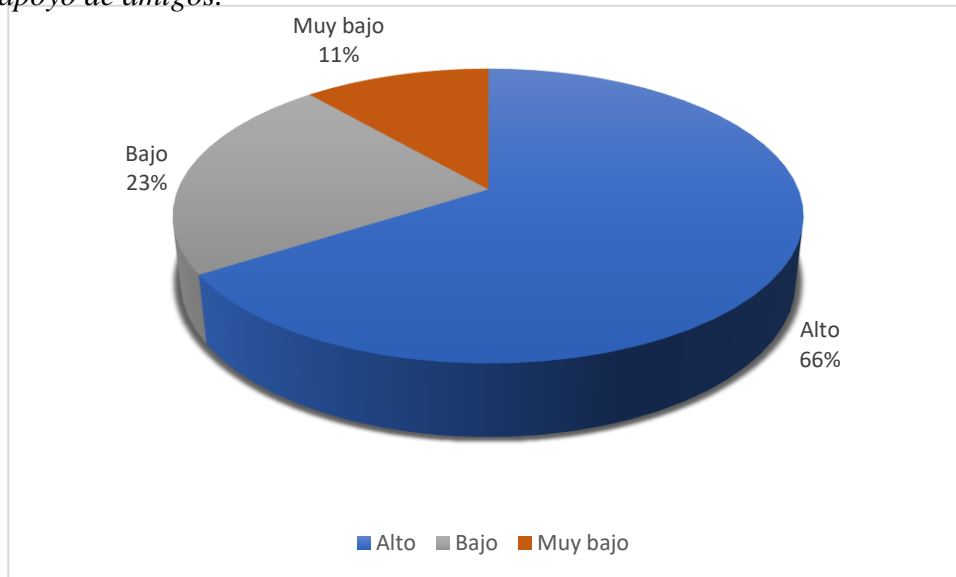


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo familiar que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Por último, también se evaluó el apoyo que los pacientes reciben de parte de sus amigos y se observó que solo un 66% de los participantes perciben un apoyo alto de parte de sus amigos porque en esta etapa muchos pacientes se llenan de inseguridad debido a su aspecto físico causado por las secuelas del tratamiento que reciben. Por esta misma causa, el 34% de los pacientes no perciben apoyo de sus amigos debido a que son los mismos pacientes quienes evitan el contacto y sobre todo el apoyo, como se observa en la figura 58.

### Figura 58

*Etapa III y apoyo de amigos.*

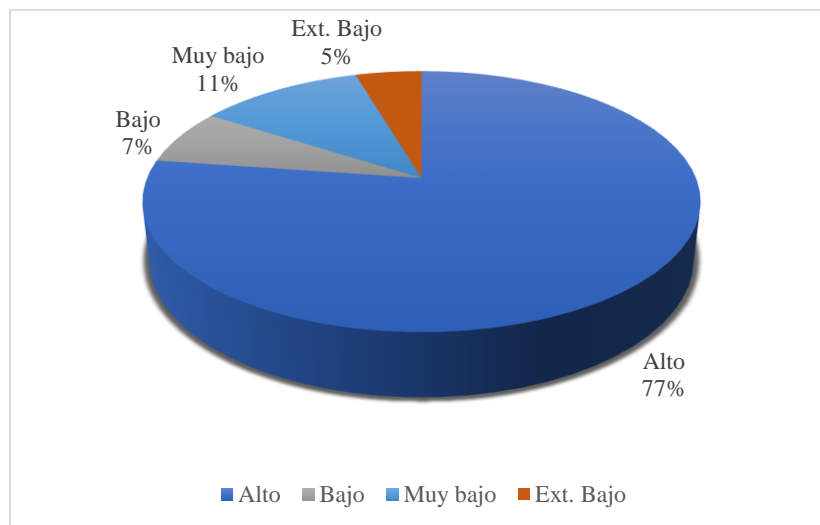


Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo de amigos que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

Para finalizar, se analizó la puntuación total de apoyo social que perciben los pacientes y se observó que en general el 77% de la muestra percibe un alto apoyo social. Como se ha mencionado anteriormente, esto se debe a las demandas que el paciente requiere debido a los efectos y curso de su enfermedad. Por otra parte, el 23% de la muestra percibe un nivel de apoyo bajo y algunos extremadamente bajo. En la mayoría de los casos los pacientes son quienes evitan el contacto y por lo tanto no quieren recibir apoyo, como se observa en la figura 59.

### Figura 59

*Etapa III y apoyo social total.*



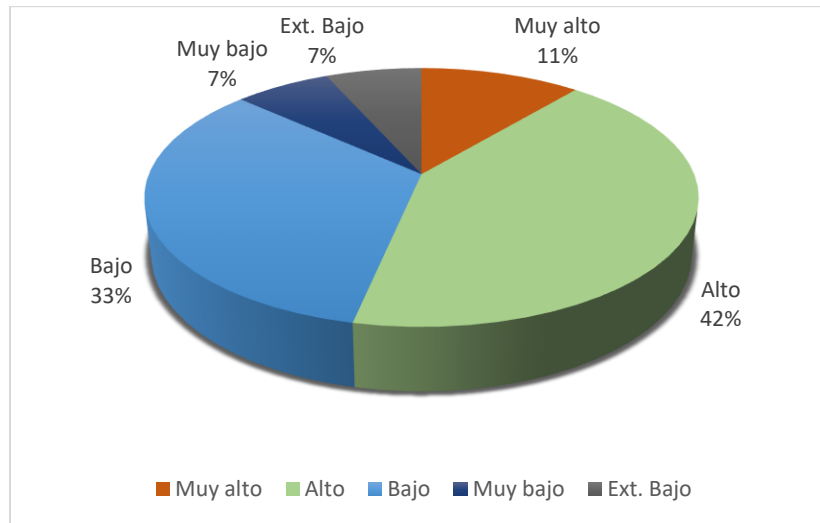
Nota: Se muestra el porcentaje de apoyo social total que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.



**7.2.3.4 Calidad de vida en la etapa III de cáncer.** Debido al curso de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos que reciben los pacientes, es normal que el nivel de la calidad de vida se vea comprometido, sobre todo en una etapa avanzada de la enfermedad. Por consiguiente, fue necesario analizar el nivel de calidad de vida en esta etapa de cáncer y en esta muestra se observó que solo el 53% de los participantes percibe un nivel muy alto o alto de calidad vida debido a las estrategias que emplean para manejar el proceso de su enfermedad. Por otra parte, el 47% de la muestra señala que su calidad de vida de vida se encuentra en un nivel bajo, incluso hay quienes lo perciben como extremadamente bajo y esto se debe al deterioro de su organismo, los efectos secundarios de los tratamientos, entre otros, como se observa en la figura 60.

**Figura 60**

*Etapa III y calidad de vida.*

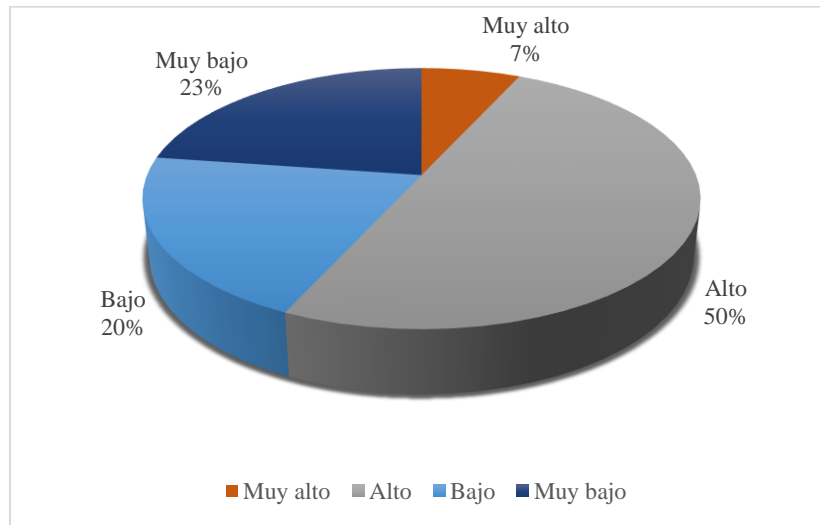


Nota: Se muestra el porcentaje de calidad de vida que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

**7.2.3.5 Percepción del dolor en la etapa III.** En el cáncer es común que los pacientes experimenten dolor, sobre todo en etapas avanzadas. Es por ello por lo que resultó necesario evaluar la percepción del dolor de los pacientes que se encuentran en la etapa III de cáncer. Una vez que se analizaron los datos, se observó que el 57% de la muestra tiene una alta percepción de dolor, esto se explica por la etapa en la que se encuentran y en algunos casos por el tiempo que llevan recibiendo el tratamiento. Sin embargo, el 43% de la muestra refiere una percepción baja o muy baja de dolor y esto se debe al manejo que los pacientes tienen del malestar a través de diversas técnicas, por ejemplo, farmacología, técnicas de relajación, terapias alternativas entre otras, como se observa en la figura 61.

**Figura 61**

*Etapa III y percepción del dolor.*



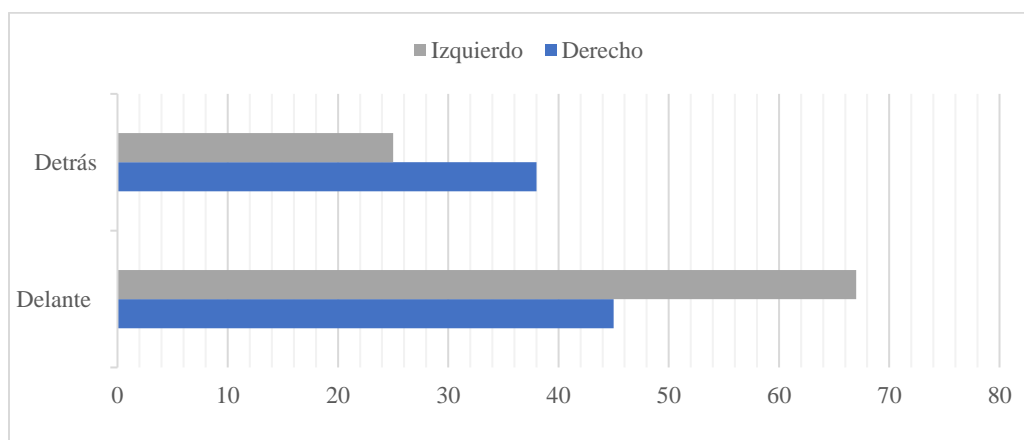
Nota: Se muestra el porcentaje de percepción del dolor que experimentan los pacientes en la etapa III de cáncer.

#### 7.2.4 Análisis descriptivo de la percepción del dolor

La percepción del dolor es frecuente en el cáncer debido a la incursión tumoral, los procedimientos médicos, síndromes propios de la neoplasia y el desarrollo de algunas enfermedades que se adquieren de forma subsecuente al cáncer. Además, se ha demostrado que el dolor se relaciona con la etapa del cáncer en la que se encuentre el paciente, entre más avanzada se encuentre la enfermedad, mayor será la percepción del dolor (Khosravi et al., 2007). Debido a lo anterior, resultó necesario evaluar la percepción del dolor de esta muestra. Para ello, se les pidió a los participantes que identificaran la zona corporal donde perciben el dolor (ver figura 62) y la mayoría de los participantes indicó que la zona con más dolor es la parte delantera del lado izquierdo de su cuerpo (55.83%) mientras que la minoría señaló que en la parte trasera del lado izquierdo es la zona con menos dolor (20.83%), como se observa en la figura 62.

#### Figura 62

*Zonas corporales donde se percibe el dolor.*

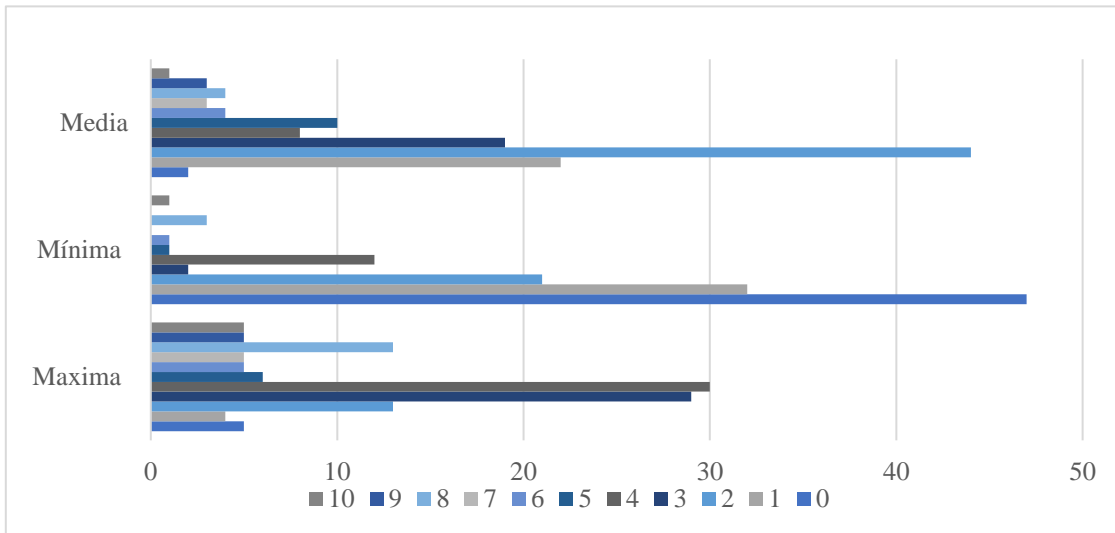


Nota: La imagen describe la frecuencia en la que los pacientes perciben dolor, ya sea en la parte delantera del lado derecho o izquierdo o de la parte trasera del lado derecho o izquierdo.

Posteriormente, se les pidió a los participantes que calificaran la intensidad del dolor que habían percibido en función a tres categorías: dolor máximo, dolor mínimo y dolor medio, como se observa en la figura 63, evaluándolo en una escala análoga del 0 al 10, donde 0= ningún dolor y 10= el peor dolor imaginable. Se observó que, en la categoría de máxima intensidad, 29 participantes calificaron la escala con 3 y 30 sujetos más con 4, por lo que se puede decir que los participantes de esta muestra no perciben una intensidad máxima de dolor considerable. En cuanto a la categoría de dolor mínimo, un total de 47 sujetos señalaron que la intensidad mínima es 0 y 31 participantes más, la calificaron con 1, lo que indica que no perciben un dolor intenso. Por el contrario, no manifiestan una intensidad de dolor significativa. Por último, al evaluar la intensidad media del dolor, 44 participantes calificaron la escala con 2 puntos, lo que indica que no perciben dolor intenso.

**Figura 63**

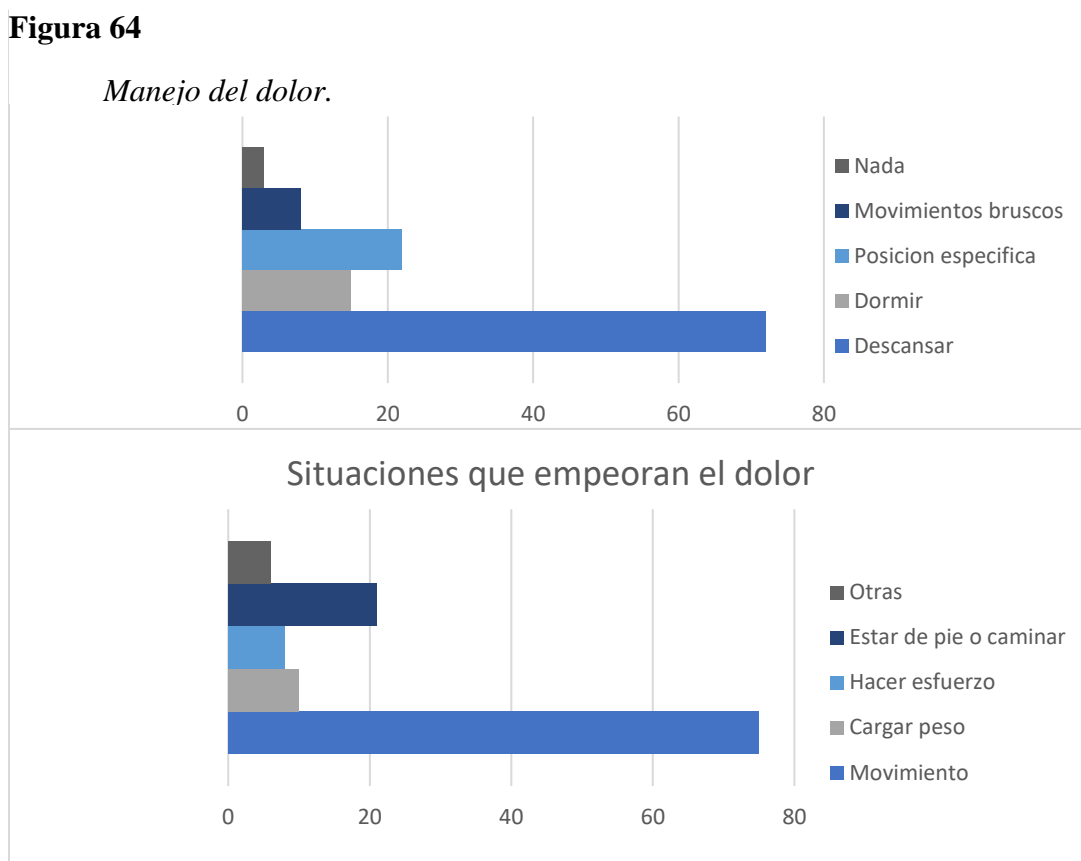
*Intensidad del dolor percibido.*

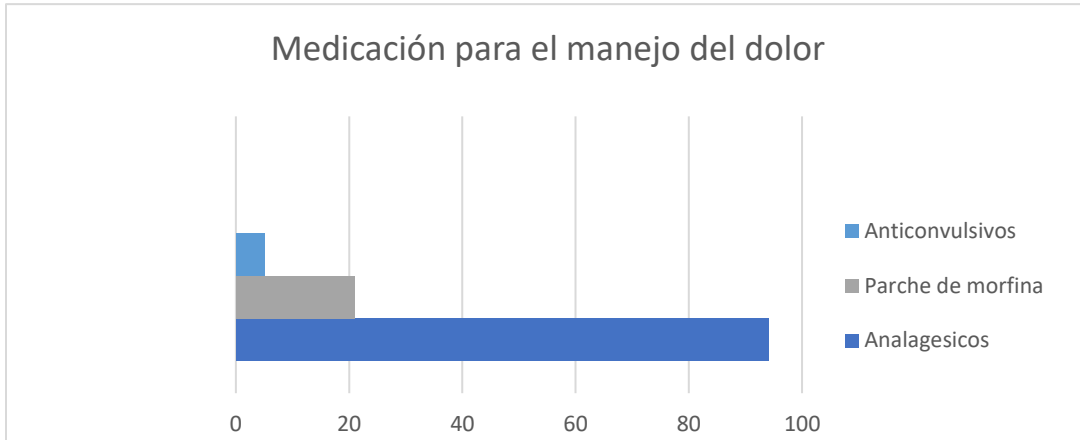


Nota: La imagen describe la frecuencia en la que los pacientes perciben dolor, evaluando la intensidad del malestar en tres categorías y del 0 al 10.

Para profundizar en el manejo del dolor, se les preguntó a los participantes qué cosas alivian, empeoran o utilizan para aliviar el dolor, se observó que las estrategias más utilizadas para aliviar el dolor son: descansar (60%) y tener una posición que resulte cómoda (18.33%), lo que empeora el dolor en esta muestra es realizar movimientos bruscos (62.55%) y estar de pie o caminar (17.5%). Por último, la medicación que más se utiliza para el manejo del dolor son los analgésicos (78.33%) y el parche de morfina (17.5%, como se observa en la figura 64).

**Figura 64**



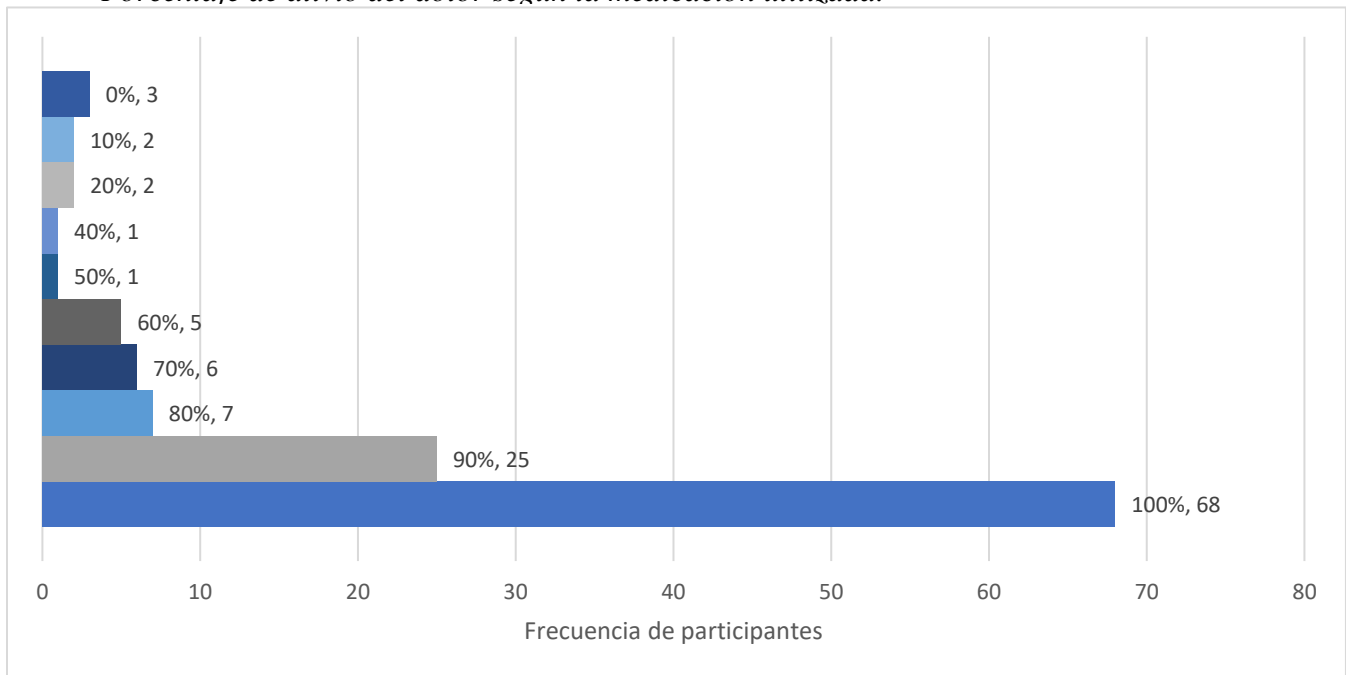


Nota: La imagen muestra el comportamiento del dolor en función de las estrategias que alivian o empeoran el dolor, así como el manejo farmacológico.

Posteriormente se les preguntó a los participantes qué porcentaje de alivio del dolor consiguen con la medicación que reciben y se observó que la mayoría de los sujetos (n=68) obtienen el 100% de alivio total del dolor y solo 3 sujetos no consiguen ningún alivio. como se observa en la figura 65.

**Figura 65**

*Porcentaje de alivio del dolor según la medicación utilizada.*

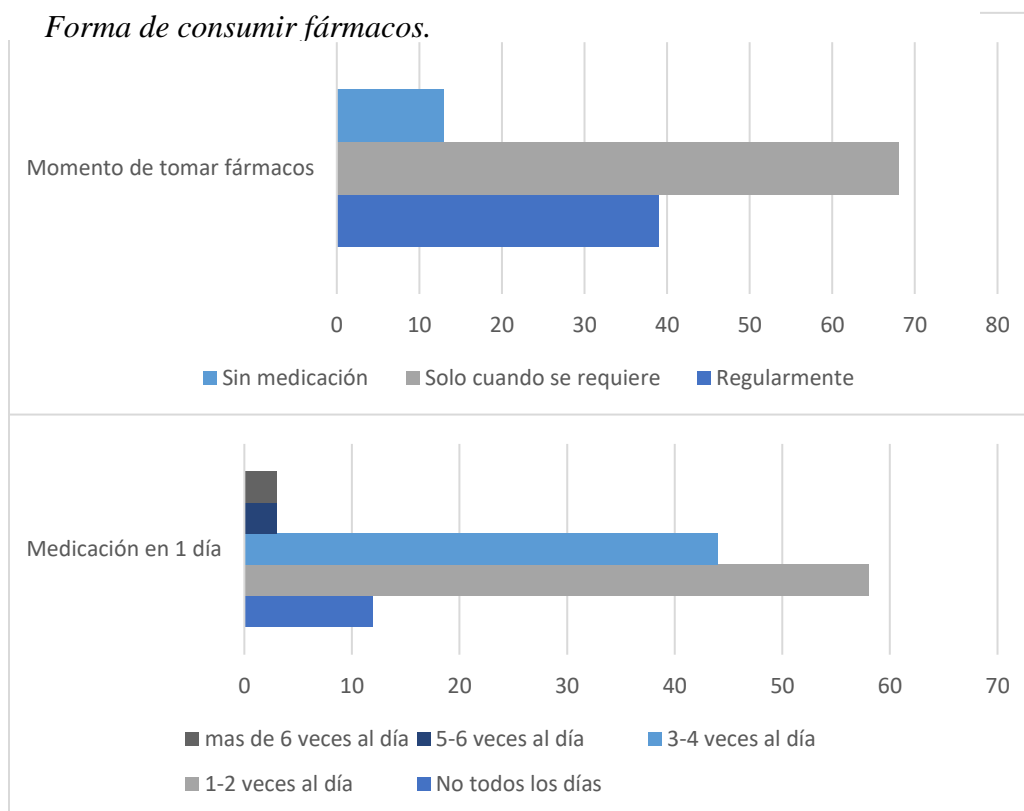


Otro factor importante es la correcta valoración e interpretación del dolor que el paciente refiere debido a que esto permite monitorear el curso de la enfermedad y el manejo adecuado de la farmacología necesaria, logrando así un menor malestar en quien experimenta el dolor. Por esta causa, fue relevante para esta investigación considerar la forma en que los participantes describen a través de adjetivos el dolor que perciben, por lo que se les mostró una lista de adjetivos para el dolor y se les pidió que seleccionaran las palabras que permiten describir el dolor que experimentan. Se observó que la mayoría de los sujetos describen su malestar como un dolor dolorido/continuo, palpitante, agotador y quemante, como se observa en la tabla 6.

**Tabla 6***Adjetivos para la descripción del dolor*

<b>Adjetivo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Adjetivo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Dolorido/continuo</i>	110	91.66%	<i>Agudo</i>	16	13.33%
<i>Palpitante</i>	69	57.55%	<i>Sensible</i>	12	10.00%
<i>Irradiante</i>	24	20.00%	<i>Quemante</i>	43	35.83%
<i>Punzante</i>	40	33.33%	<i>Agotador</i>	52	43.33%
<i>Fatigoso(pesado)</i>	13	10.83%	<i>Entumecido</i>	6	5.00%
<i>Penetrante</i>	27	22.55%	<i>Penoso</i>	2	1.66%
<i>Persistente</i>	24	20%	<i>Insoportable</i>	3	2.50%
<i>Mortificante(calambre)</i>	6	5.00%			

Para profundizar en el manejo del dolor respecto a qué tan efectivo ha resultado su tratamiento, se les preguntó a los participantes en qué momento preferían tomar su medicación para el dolor y la mayoría respondió que solo cuando se requiere (n =68, 56.66%) , esto se confirmó al observar que la mayoría de los pacientes toman su medicamento de una a dos veces al día (n =58, 48.33%) con la intención de aliviar el malestar, como se observa en la figura 66.

**Figura 66**

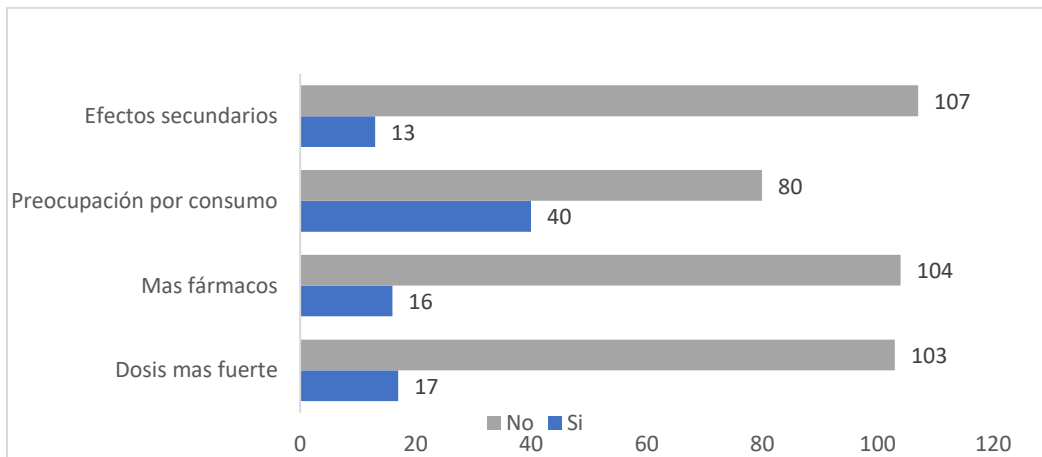
Posteriormente, para ahondar en las implicaciones de los fármacos para el manejo del dolor, ver figura 67, se les preguntó si consideraban necesaria una medicación más fuerte para el dolor y la mayoría contestó que no ( $n = 103$ , 85.83%). Por otra parte, se cuestionó sobre la cantidad de fármacos que ingieren y si consideraban necesario tomar una dosis más alta, y se encontró que la mayoría de los participantes no requieren de más dosis ( $n = 104$ , 86.66%). Otro aspecto importante fue poner en claro si existe preocupación debido al consumo de fármacos y la mayoría de los participantes indicó que no les preocupa ( $n = 80$ , 66.66%); sin embargo, a los participantes que sí les preocupa ( $n = 40$ , 33.33%) se debe a que podrían presentar daño en otros



órganos, malestar estomacal, disminución del efecto del fármaco o alguna otra enfermedad, como se observa en la figura 68. Por último, se les preguntó si tienen problemas con los efectos secundarios de los medicamentos que consumen y la mayoría respondió que no (n= 107, 89.16%), así mismo, a quienes sí les preocupan los efectos secundarios (n = 13, 10.83%), señalan que han experimentado malestar estomacal, sueño, náuseas, agotamiento, como se observa en la figura 69).

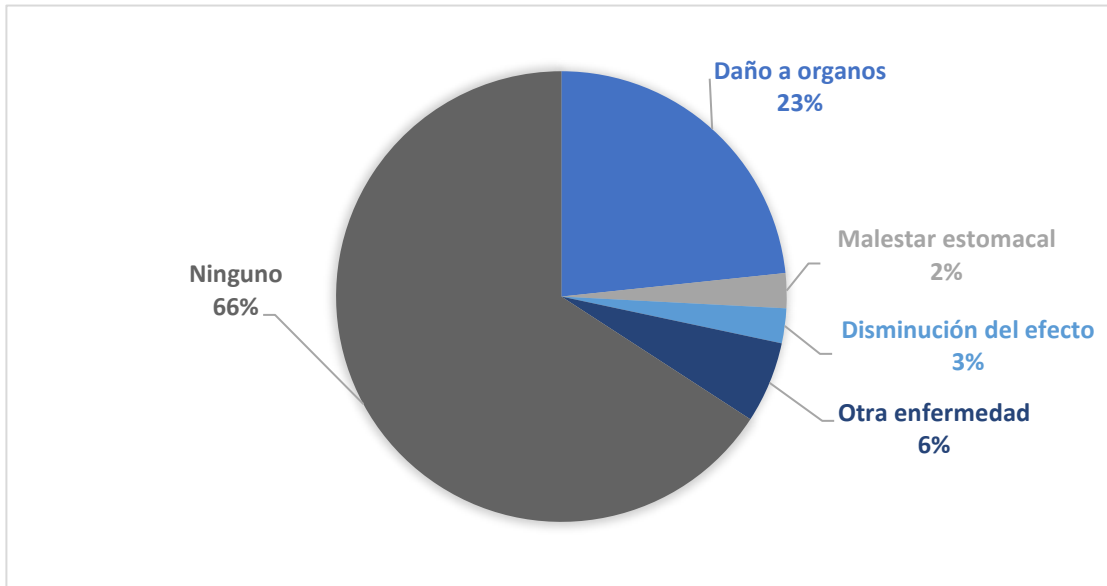
**Figura 67**

*Implicaciones de los fármacos para el manejo del dolor.*



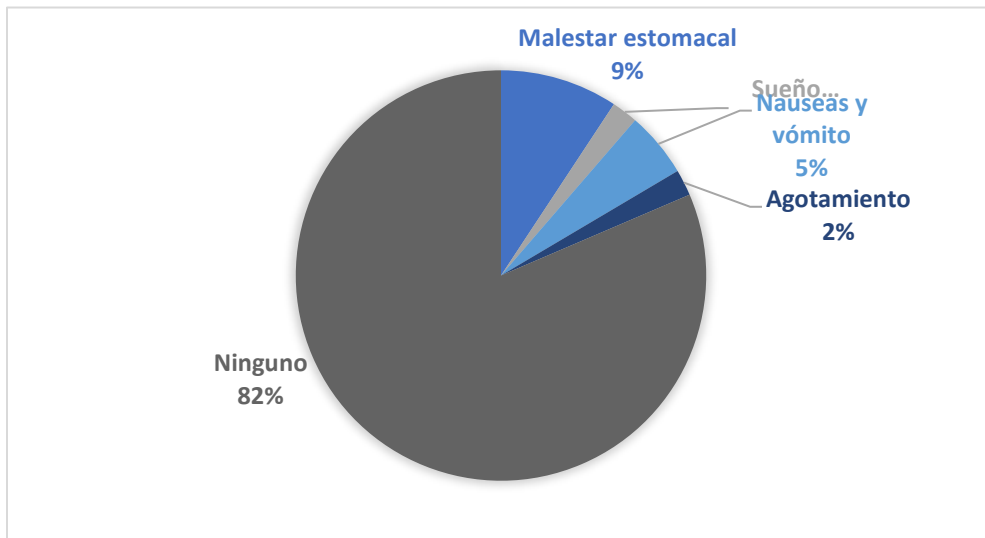
**Figura 68**

*Factores que causan preocupación por el consumo de fármacos.*



**Figura 69**

*Efectos secundarios del consumo de fármacos para el manejo del dolor.*



Para finalizar, era necesario identificar si los participantes empleaban otras estrategias para aliviar el dolor y se observó que el método más usado es la distracción (n = 55, 45.83%) y la menos empleada es el biofeedback e hipnosis (n = 2, 1.66%). También se examinó si los pacientes emplean otros métodos y se encontró que recurren a la acupuntura, masajes, aromaterapia, manejo del dolor, homeopatía, terapia, ungüentos, descanso y meditación, como se observa en la tabla 7.

**Tabla 7***Métodos para aliviar el dolor.*

<b>Método</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Método</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Comprensas calientes	11	9.16%	Aromaterapia	2	1.66%
Comprensas frías	10	8.33%	Manejo del dolor	1	0.83%
Tec. relajación	26	21.66	Homeopatía	6	5.00%
Distracción	55	45.83%	Terapia	11	9.16%
Biofeedback	2	1.66	Ungüentos	4	3.33%
Hipnosis	2	1.66	Descanso	9	7.55%
Acupuntura	11	9.16%	Meditación	3	2.55%
Masajes	8	6.66%			

Para concluir, también se analizó si utilizan algún tipo de medicación que no haya sido recetada por su médico y se encontró que utilizan diversos tipos de analgésicos, drogas, benzodiacepinas, factor de transferencia y diversas vitaminas y complejos, como se observa en la tabla 8.

**Tabla 8**

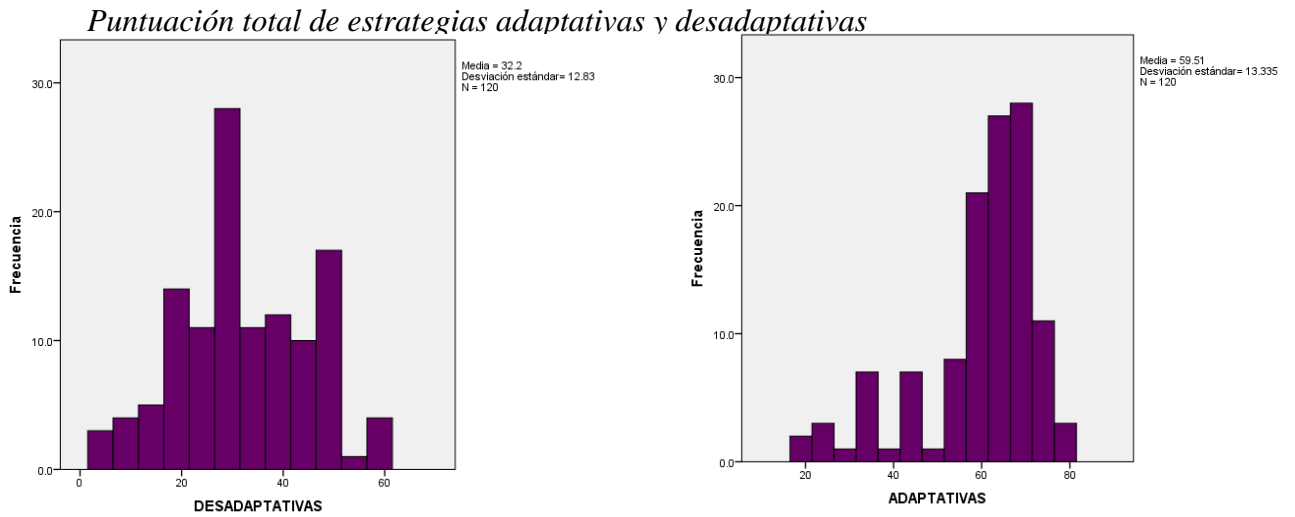
*Medicaciones no recetadas.*

<b>Medicamento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Analgésicos	97	80.83%
Drogas	4	3.33%
Benzodiacepinas	5	4.16%
Factor de transferencia	4	3.33%
Vitaminas y suplementos	10	8.33%

### **6.3.5 Histogramas de las variables de estudio.**

A continuación, se presentan los siguientes histogramas que muestran las frecuencias encontradas en cada una de las variables, con el objetivo de describir las variables de estudio. En primer lugar, se analizaron las dos categorías de las estrategias de regulación emocional: estrategias adaptativas y estrategias desadaptativas y se observó que la mayoría de los participantes emplean las estrategias desadaptativas por debajo de la media ( $M = 32.2$ ,  $DE = 12.83$ ), por otra parte, en cuanto a las estrategias adaptativas se observó que la mayoría de los participantes las emplearon por arriba de la media ( $M = 59.51$ ,  $DE = 13.33$ ) durante el proceso del cáncer, como se observa en la figura 70.

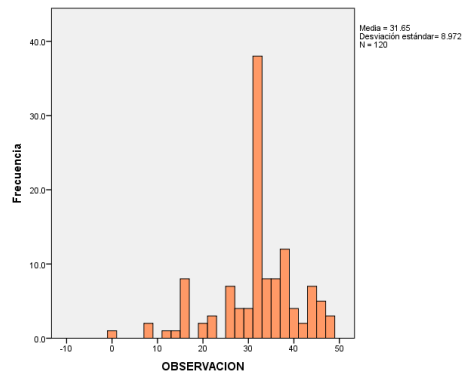
**Figura 70**



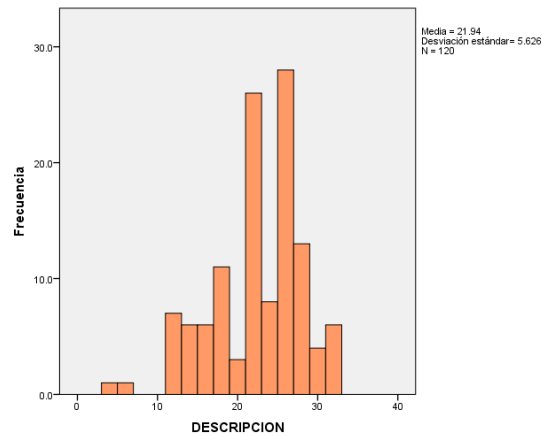
Para complementar el análisis de las estrategias de regulación emocional, se evaluaron las habilidades de la conciencia plena entre ellas la observación y se encontró que la mayoría de los participantes emplearon esta habilidad por arriba de la media ( $M = 31.65$ ,  $DE = 8.98$ ).

**Figura 71**

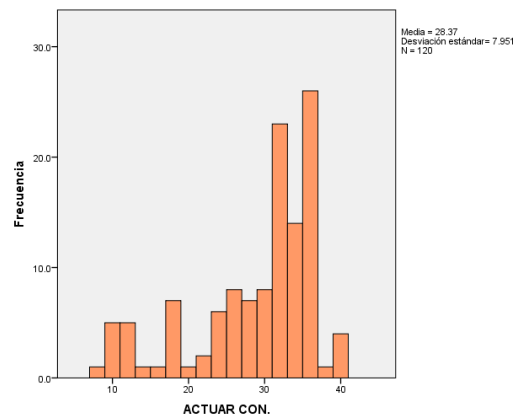
*Puntuación total de observación*



Otra habilidad que se evaluó fue la descripción y se observó que la mayoría de los pacientes emplearon esta habilidad por arriba de la media durante su enfermedad ( $M = 21.94$ ,  $DE = 5.62$ ), como se observa en la figura 72.

**Figura 72***Puntuación total de descripción*

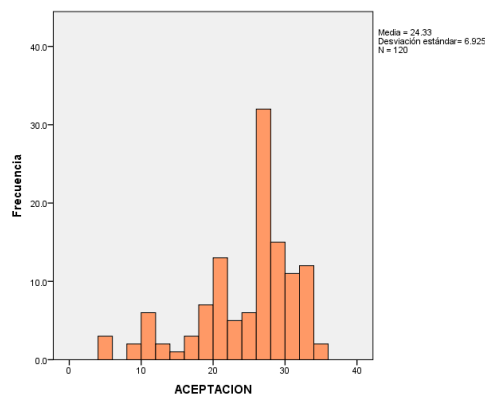
Actuar conscientemente también pertenece a las habilidades de conciencia plena, por lo que al evaluarla se observó que es una habilidad que la mayoría de la muestra empleó por arriba de la media ( $M = 28.37$ ,  $DE = 7.95$ ), sin embargo, el resto de los participantes la ponen en práctica, con menor frecuencia durante el proceso de enfermedad, como se observa en la figura 73.

**Figura 73***Puntuación total de actuar conscientemente.*

La última habilidad de la conciencia plena que se evaluó fue la aceptación y al igual que las otras habilidades, se observó que es una estrategia que la mayoría de los pacientes con cáncer pusieron en práctica por arriba de la media ( $M = 24.33$ ,  $DE = 6.92$ ), mientras que el resto de los participantes la empleó con menor frecuencia durante su enfermedad, como se observa en la figura 74.

**Figura 74**

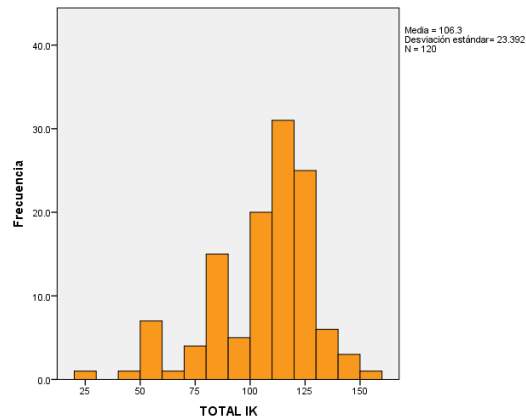
*Puntuación total de aceptación.*



Para finalizar, la puntuación total de la conciencia plena indica que la mayoría de los participantes emplearon estas estrategias por arriba de la media ( $M = 106.3$ ,  $DE = 23.39$ ) durante el proceso de la enfermedad, como se observa en la figura 75.

**Figura 75**

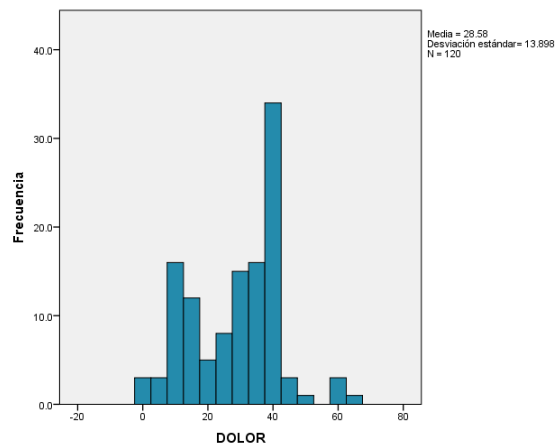
*Puntuación total de conciencia plena*



Posteriormente, se muestra el histograma de la percepción del dolor en el que se observa de manera general que la mayoría de los participantes perciben la presencia del dolor en sus vidas por arriba de la media ( $M = 28.58$ ,  $DE = 13.89$ ) revelando que solo unos cuantos participantes perciben niveles muy altos o muy bajos durante el proceso del cáncer, como se observa en la figura 76..

### Figura 76

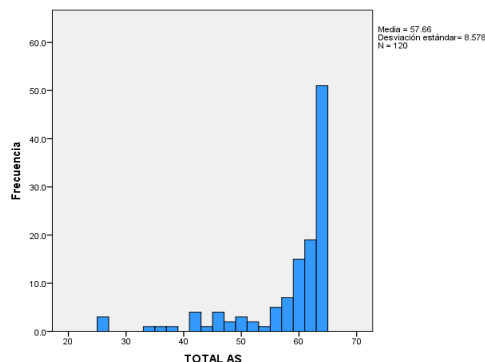
*Puntuación total de la percepción del dolor.*



En cuanto al apoyo social, se evaluaron tres categorías: apoyo social, apoyo de amigos y apoyo familiar. En el apoyo social se observó que la gran mayoría de los participantes cuentan con un apoyo social por arriba de la media ( $M = 57.66$ ,  $DE = 8.58$ ), sin embargo, hay algunas minorías que carecen de apoyo durante su enfermedad, como se observa en la figura 77.

### Figura 77

*Percepción total de apoyo social.*

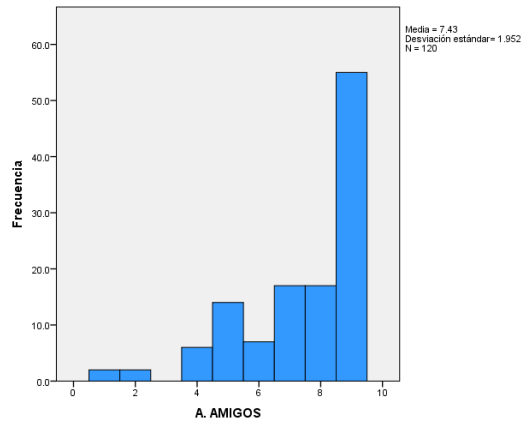




En cuanto al apoyo recibido de los amigos se observó que la gran mayoría de los pacientes cuentan con el apoyo de sus amistades por arriba de la media ( $M = 7.43$ ,  $DE = 1.95$ ), como se observa en la figura 78.

**Figura 78**

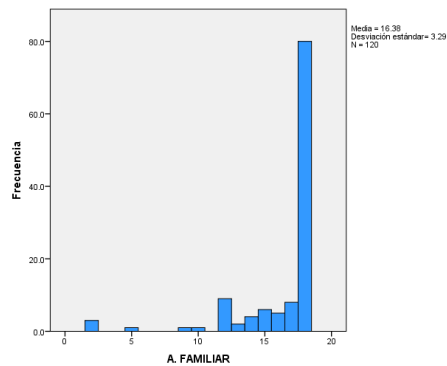
*Percepción total de apoyo de amigos*



Por último, en el apoyo familiar se encontró que la inmensa mayoría los pacientes con cáncer reciben este apoyo por arriba de la media ( $M = 16.38$ ,  $DE = 3.29$ ), incluyendo una minoría que perciben poco o muy poco apoyo de sus familiares, como se observa en la figura 79.

**Figura 79**

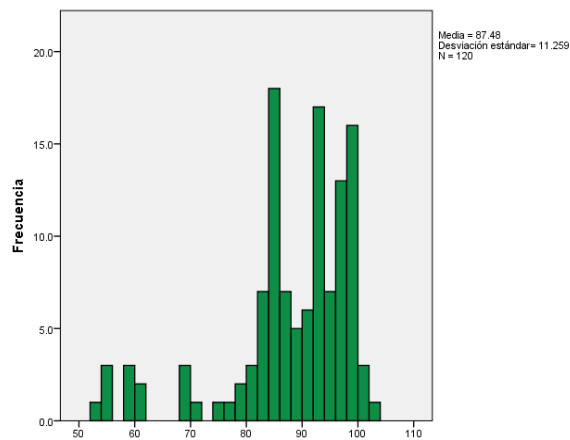
*Percepción total de apoyo familiar*



Por último, en la figura 89, se muestra que la mayoría de los participantes con cáncer que fueron evaluados perciben un nivel de calidad de vida por arriba de la media, mostrando las frecuencias más altas entre las puntuaciones de 85 y 98, lo que indica que se encuentran en un nivel favorable ( $M = 87.48$ ,  $DE = 11.259$ );, como se observa en la figura 80.

### Figura 80

*Total de calidad de vida relacionada con la salud*



## 7.3 Análisis inferenciales

En este apartado se llevaron a cabo distintos análisis inferenciales entre las variables de estudio. A continuación, se presentan los resultados obtenidos derivados de los análisis de correlación.

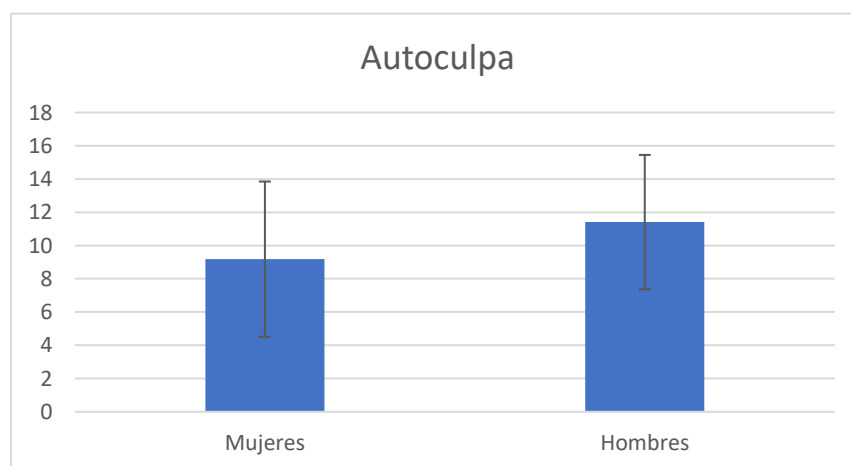
### 7.3.1 Análisis de comparación

Con el objetivo de comparar las variables de estudio se aplicaron las técnicas pertinentes utilizando la prueba  $t$  de Student para muestras independientes y la prueba de ANOVA, ambas con un nivel de significancia de 0.05 y un intervalo de confianza del 95%.

Los resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes por sexo revelaron que únicamente cuatro variables mostraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 9). En primer lugar, se pone de manifiesto que la autculpa es más alta en hombres que en mujeres (ver figura 81), lo que permite explicar que los hombres experimentan más culpa por no haberse cuidado, no tener hábitos de salud adecuados o por no acudir al médico con anterioridad, etc. De la misma manera, se observó que el catastrofismo es una estrategia que emplean con mayor frecuencia los hombres debido a que tienden a imaginar un futuro complicado, probablemente con presencia de ideas de muerte, desesperación y angustia (ver figura 82). Asimismo, las estrategias desadaptativas de la regulación emocional son mayormente empleadas por hombres que por mujeres, por lo que se puede explicar que los hombres con mayor frecuencia experimentan autculpa, mantienen pensamientos negativos y catastróficos constantemente o suelen culpar a otros (ver figura 83). Finalmente, se observaron diferencias en el total de la CVRS debido a que las mujeres tienen un mejor nivel de bienestar y funcionalidad durante el proceso de la enfermedad que afrontan en comparación con los hombres (ver figura 84).

### Figura 81

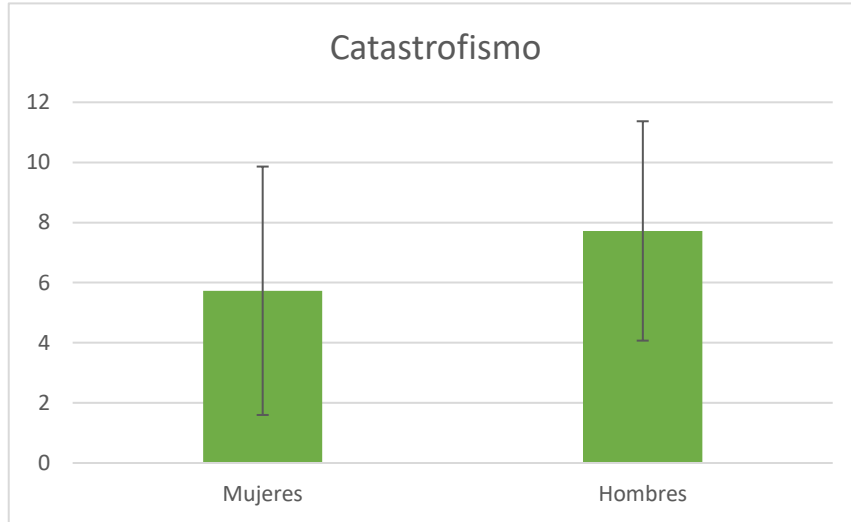
*Comparación de autculpa por sexo.*



**Nota:** Se muestra que los hombres emplean con mayor frecuencia la autculpa ( $XM = 11.41$ ;  $DE = 4.042$ ), mientras que las mujeres la emplean con menor frecuencia ( $XM = 9.18$ ;  $DE = 4.671$ ).

**Figura 82**

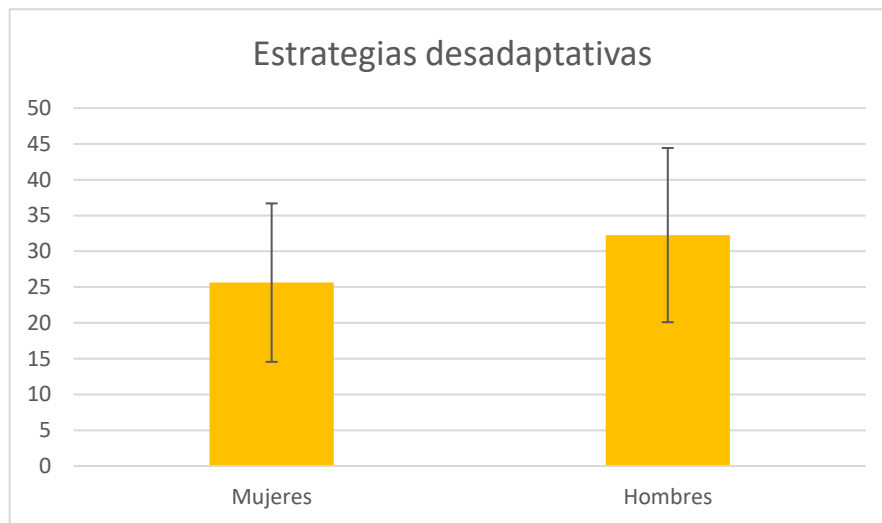
*Comparación de catastrofismo por sexo.*



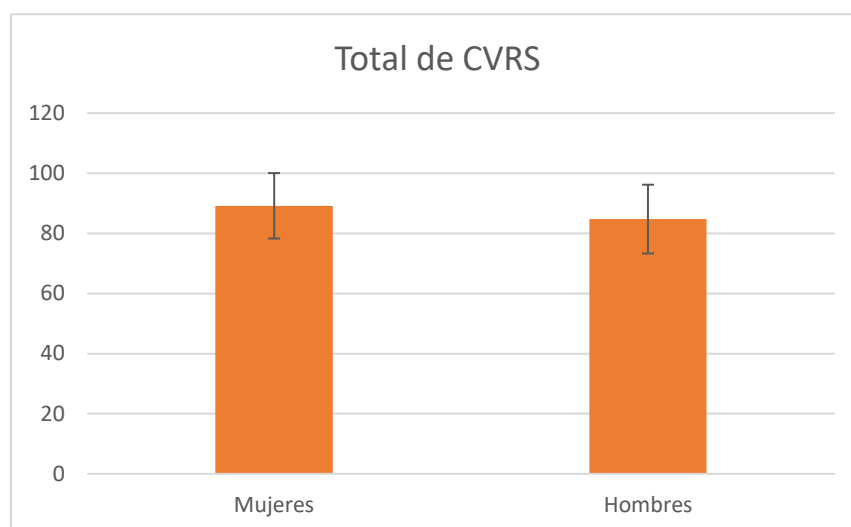
**Nota:** se observa que los hombres emplean frecuentemente el catastrofismo ( $XM = 7.72$ ;  $DE = 3.649$ ), mientras que las mujeres la emplean con menor frecuencia ( $XM = 5.73$ ;  $DE = 4.132$ ).

**Figura 83**

*Comparación de estrategias desadaptativas por sexo.*



**Nota:** se observa que los hombres emplean frecuentemente las ED ( $XM = 32.26$ ;  $DE = 12.16$ ), mientras que las mujeres la emplean con menor frecuencia ( $M = 25.62$ ;  $DE = 11.06$ ).

**Figura 84***Comparación del total de CVRS por sexo*

**Nota:** se observa que las mujeres tienen un mejor nivel de CVRS ( $M= 89.18$ ;  $DE= 10.88$ ), mientras que las mujeres la emplean con menor frecuencia ( $M= 84.76$ ;  $DE= 11.43$ ).

**Tabla 9***Prueba t de Student para muestras independientes entre las variables de estudio.*

	Sexo					
			Mujeres		Hombres	
	<i>t</i>	Sig	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
Autoculpa	-2.683	0.008	9.18	4.67	11.41	4.04
Catastrofismo	-2.677	0.008	5.73	4.1	7.72	3.64
E. desadaptativas	-3.075	0.003	25.62	11.06	32.26	12.16
Total de CVRS	2.119	0.036	89.18	10.88	84.76	11.43

Por otra parte, la prueba de ANOVA y posteriormente la prueba post hoc de Bonferroni se realizaron para analizar las diferencias entre la etapa I, II y III de cáncer y la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS. Los resultados mostraron que únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de

autoculpa ( $F_{2,117} = 3.268, p = 0.042$ ) lo que indica que el nivel de autoculpa será diferente en cada etapa del cáncer confirmando que entre mayor avance de la enfermedad, mayor nivel de autoculpa. Otra variable que mostró diferencias estadísticamente significativas fue la rumiación ( $F_{2,117} = 3.048, p = 0.051$ ), lo que permite explicar que los pacientes con mayor avance de la enfermedad tienden a mantener constantemente pensamientos desfavorables a diferencia de quienes se encuentran en etapas iniciales de cáncer que no mantienen pensamientos negativos con la misma frecuencia. Por otra parte, la variable de perspectiva mostró diferencias marginalmente significativas ( $F_{2,117} = 3.006, p = 0.053$ ), lo que manifiesta que de acuerdo con la etapa en la que se encuentre el cáncer las personas mantienen una visión favorable o desfavorable de su estado de salud. En cuanto al catastrofismo, también se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $F_{2,117} = 3.596, p = 0.031$ ), lo que permite explicar que los pacientes con una etapa más avanzada de la enfermedad mantienen mayores pensamientos catastróficos a diferencia de los pacientes que se encuentran en etapas tempranas de cáncer. Posteriormente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las estrategias desadaptativas ( $F_{2,117} = 4.777, p = 0.010$ ), lo que explica que los pacientes en etapas avanzadas de cáncer emplean con mayor frecuencia estrategias como la autoculpa, pensamientos negativos repetitivos y catastróficos a diferencia de los pacientes que se encuentran en etapas tempranas de la enfermedad debido a que ellos no las emplean con la misma frecuencia. Por último, la percepción del dolor también reflejó diferencias estadísticamente significativas ( $F_{2,117} = 3.404, p = 0.037$ ), lo que permite explicar que los pacientes que se encuentran en un estadio más avanzado de la enfermedad mantienen una percepción de dolor más alta, a diferencia de los pacientes que se encuentran en etapas más tempranas de la enfermedad.

**Tabla 10***Prueba Post Hoc de Bonferroni.*

<b>Variable</b>	<b>P</b>	<b>I / II</b>	<b>I / III</b>	<b>II / III</b>
Autoculpa	.042	-.96	<b>-2.66*</b>	-1.69
Rumiación	.051	-1.22	<b>-1.70*</b>	-.47
Perspectiva	.053	1.71	1.77	.06
Catastrofismo	.031	-1.14	<b>-2.55*</b>	-1.41
Estrategias desadaptativas	.010	-2.09	<b>-7.93*</b>	<b>5.83*</b>
Dolor	.037	.52	6.37	-6.90*

\* *La diferencia de medias es significativa en  $p < 0.05$* 

### 7.3.2 Análisis de correlación

Con el objetivo de identificar las correlaciones que existen entre las variables de estudio se aplicaron técnicas propias de la estadística inferencial de tipo paramétrica, utilizando el análisis de correlación de Pearson, con un nivel de significancia de 0.05 y un intervalo de confianza del 95%.

Los resultados muestran que las estrategias desadaptativas mantienen una correlación positiva y estadísticamente significativa con la etapa del cáncer ( $r = .264^{**}$ ,  $p = .01$ ) lo que confirma que los pacientes con cáncer más avanzado suelen tener sentimientos más catastróficos debido a que estos pacientes tienen menor probabilidad de recuperar su salud. También se observó que las estrategias desadaptativas tienen una correlación negativa con las estrategias adaptativas ( $r = -.230^*$ ,  $p = .05$ ) esto se debe a que los pacientes no emplean ambos tipos de estrategias, sino que guían sus pensamientos y acciones por uno de los dos tipos de estrategias. Por otra parte, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa

entre las habilidades de la conciencia plena y las estrategias adaptativas ( $r = .613^{**}$ ,  $p = .01$ ), lo que revela que los pacientes que observan mejor su proceso de enfermedad también son capaces de generar un reenfoque positivo de la situación que salud que experimentan. Por el contrario, se identificó que las habilidades de la conciencia plena y las estrategias desadaptativas tienen una correlación negativa estadísticamente significativa ( $r = -.439^{**}$ ,  $p = .01$ ) debido a que cuando los pacientes actúan con claridad, consciencia y objetividad no generan pensamientos catastróficos durante el proceso de la enfermedad. Otra fuerte correlación positiva y estadísticamente significativa es la que tienen el apoyo social y las estrategias adaptativas ( $r = .477^{**}$ ,  $p = .01$ ), lo que permite comprender que los pacientes que cuentan con mayor apoyo por parte de su contexto logran tener una perspectiva positiva de su estado de salud. A diferencia de lo que se observó en el apoyo social y las estrategias desadaptativas que tienen una correlación negativa estadísticamente significativa ( $r = -.271^{**}$ ,  $p = .01$ ), debido a que se demostró que cuando los pacientes cuentan con el apoyo social o familiar necesario, difícilmente sobre piensan las condiciones en las que se encuentra su salud. De la misma manera el apoyo social y la conciencia plena tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .475^{**}$ ,  $p = .01$ ), lo que indica que los pacientes que tienen apoyo de sus amigos o familiares consiguen actuar conscientemente durante la enfermedad. Cuando se analizó la percepción del dolor y la etapa del cáncer se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .195^*$ ,  $p = .05$ ), esto se debe a que los pacientes con una etapa más avanzada de cáncer suelen experimentar mayor malestar, por ejemplo, dolor, náuseas, vomito, entre otras situaciones que alteran la percepción del dolor. Así mismo, se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la percepción del dolor y las estrategias adaptativas ( $r = -.271^{**}$ ,  $p = .01$ ), esto indica que cuando el malestar que experimentan los pacientes es demasiado intenso, difícilmente



pueden tener un enfoque positivo de su enfermedad. De la misma manera, la percepción del dolor y las estrategias desadaptativas tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .436^{**}$ ,  $p = .01$ ) debido a que los pacientes que experimentan mayor malestar, como dolor, tienden a sentir culpa, emplean la rumiación e incluso pueden experimentar pensamientos catastróficos. En cuanto a la percepción del dolor y la conciencia plena se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.216^*$ ,  $p = .05$ ) debido a que la intensidad de dolor y malestar que perciben los pacientes dificulta que logren aceptar el proceso de su enfermedad. Por último, se demostró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la CVRS y las estrategias adaptativas ( $r = .459^{**}$ ,  $p = .01$ ), lo que indica que los pacientes que aceptan la situación, que emplean un renfoque positivo o que cambian la perspectiva de su estado de salud tienen un mejor funcionamiento físico, cognitivo, social e incluso emocional. Por otro lado, la CVRS reveló una correlación negativa estadísticamente significativa con las estrategias desadaptativas ( $r = -.393^{**}$ ,  $p = .01$ ), debido a que las personas que tienen un buen funcionamiento físico, emocional y social, difícilmente sentirán culpa, pensarán de manera catastrófica o culparán a otros. Por el contrario, la CVRS y la conciencia plena, demostraron tener una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .503^{**}$ ,  $p = .01$ ) debido a que los pacientes que se permiten relatar su experiencia para poder aceptarla tienen una mejor CVRS, lo que se transforma en un estado de bienestar físico, emocional y social. De la misma manera, la CVRS y el apoyo social tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .609^{**}$ ,  $p = .01$ ), debido a que las personas que reciben apoyo tanto material como moral por parte de sus seres queridos mantienen un mejor nivel de calidad de vida. Para concluir, se observó que la CVRS y la percepción del dolor tienen una correlación negativa estadísticamente significativa ( $r = -.210^*$ ,  $p = .01$ ) lo que indica que las personas que

tienen un grado de bienestar favorable difícilmente experimentarían un nivel de dolor o malestar elevado, ver tabla 11.

**Tabla 11**

*Tabla de correlación entre variables sociodemográficas, regulación emocional, percepción del dolor, apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Edad	-----								
2 Sexo	-.033	-----							
3 Etapa	<b>.296**</b>	-.021	-----						
4 Estrategias adaptativas	.117	-.100	-.162	-----					
5 Estrategias desadaptativas	.155	<b>.272**</b>	<b>.264**</b>	<b>-.230*</b>	-----				
6 Conciencia plena	.010	-.138	-.150	<b>.613**</b>	<b>-.439**</b>	-----			
7 Apoyo social	-.017	-.055	-.030	<b>.477**</b>	<b>-.271**</b>	<b>.475**</b>	-----		
8 Percepción del dolor	.032	.019	<b>.195*</b>	<b>-.271**</b>	<b>.436**</b>	<b>-.216*</b>	-.139	-----	
9 Calidad de vida relacionada con la salud	.065	<b>-.191*</b>	-.116	<b>.459**</b>	<b>-.393**</b>	<b>.503**</b>	<b>.609**</b>	<b>-.210*</b>	-----

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

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

Para explicar la relación que existe entre las estrategias de regulación emocional y la CVRS se muestran los siguientes resultados (ver tabla 11). La rumiación y la autculpa tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .499^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), esto indica que cuando los pacientes se auto culpan es normal que piensen de manera repetitiva en las condiciones en las que se encuentra su estado de salud. Por el contrario, en la relación entre rumiación y aceptación se obtuvo una correlación negativa y estadísticamente significativa

( $r = -.216^*$ ,  $p < 0.05$ ), esto explica que los pacientes que piensan repetidamente la situación que viven no aceptan su condición de salud. Por otra parte, la dimensión de renfoque positivo y la aceptación, revelaron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .602^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes modifican el rumbo de la situación por uno positivo se permiten aceptar su estado de salud y el proceso de este. En el caso del renfoque positivo y rumiación se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.495^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que permite explicar que las personas que tienen una visión alentadora de la enfermedad no mantienen pensamientos negativos de manera repetitiva. Por otra parte, en el renfoque de la planeación y la aceptación se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .601^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), debido a que las personas que planean el futuro con un enfoque positivo logran aceptar su enfermedad, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. En cuanto al renfoque de la planeación y la rumiación se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.278^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que las personas que modifican la planeación de su futuro de manera positiva, no sobre piensan negativamente la situación que afrontan. Sin embargo, al analizar la relación entre el renfoque de la planeación y el renfoque positivo, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .795^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que refiere que cuando las personas generan una planeación asertiva, su visión frente a la enfermedad resulta próspera. Por otra parte, la reevaluación positiva y la autculpa mantienen una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.218^*$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que cuando valoran la situación de forma favorable los pacientes difícilmente se auto culpan debido a que visualizan su enfermedad de manera objetiva y en algunos casos alentadora. Por otra parte, la reevaluación positiva y la aceptación reportaron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .608^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) lo que indica que cuando los pacientes evalúan la misma situación, pero

desde una perspectiva positiva, logran aceptar el proceso del cáncer de mejor manera. Por el contrario, al analizar la reevaluación positiva y la rumiación, se confirmó una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.411^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que enfatiza que, al tener una perspectiva positiva de la situación, los pacientes no sobre piensan de manera negativa el estado de salud en el que se encuentran. Por otra parte, la reevaluación positiva y el renfoque positivo demostraron correlacionar de manera positiva y estadísticamente significativa ( $r = .817^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que permite explicar que cuando los pacientes valoran la situación desde una mirada positiva, el enfoque de sus experiencias emocionales también se ve influenciado para beneficio del paciente. Sucede lo mismo con la reevaluación positiva y el renfoque en la planeación, al confirmarse una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .673^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) indicando que cuando el paciente valora la situación de su enfermedad de manera positiva genera un impacto benéfico en el enfoque de la planeación, por lo que los pacientes afrontan el cáncer de manera más adaptativa.

Posteriormente se evaluó la perspectiva y la aceptación, las cuales mantienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .455^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que los pacientes que tienen una visión favorable de su estado de salud logran tener una mejor aceptación respecto al cáncer. Por el contrario, al analizar la perspectiva y el renfoque positivo, se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .444^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que, al tener una visión asertiva de la situación, los pacientes logran tener un mejor enfoque que les permite afrontar el ciclo de la enfermedad. Por otra parte, al evaluar la perspectiva con el renfoque en la planeación se encontró que correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa ( $r = .400^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que permite explicar que cuando los pacientes visualizan un panorama favorable, la planeación que hacen sobre el futuro resulta adaptativa y funcional. Así

mismo, al evaluar la relación entre la perspectiva y la reevaluación positiva, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .375^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que una visión alentadora sobre el futuro permite a los pacientes volver a evaluar la situación, pero ahora desde una postura más favorable para su bienestar. Al analizar la relación entre catastrofismo y autoculpa, se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .604^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes tienen pensamientos negativos sobre el futuro, generan culpa por encontrarse en ese estado de salud. De la misma manera, el catastrofismo y la rumiación mantienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .691^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes visualizan un futuro catastrófico, repetidamente piensan las consecuencias negativas respecto a su estado de salud. Por otra parte, al evaluar el catastrofismo con el renfoque positivo, se obtuvo una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.457^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que los pacientes que mantienen una perspectiva negativa del futuro difícilmente logran modificar esa percepción para tener una perspectiva más favorable. Lo mismo sucede con la relación entre el catastrofismo y el renfoque en la planeación, la cual refirió una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.225^{*}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que cuando los pacientes mantienen esta perspectiva negativa respecto a su futuro no logran estructurar una nueva planeación que les permita mejorar su nivel de bienestar. Así mismo, el catastrofismo y la reevaluación positiva manifestaron una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.420^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), por lo que los pacientes que experimentan pensamientos negativos y catastróficos no logran evaluar la situación de salud que experimentan de manera favorable. En cuanto a la relación que existe entre culpar a otros y la autoculpa, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .464^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes culpan a otros sobre su estado de

salud también se culpan a sí mismos por la situación en la que se encuentran. De la misma manera, culpar a otros y la rumiación mantienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .247^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que señala que cuando los pacientes con cáncer culpan a otras personas por su estado de salud, es común que también mantengan pensamientos repetitivos sobre esta situación. En cuanto a la relación que existe entre culpar a otros y el catastrofismo se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .556^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes culpan a otras personas por su estado de salud, también mantienen pensamientos negativos y desfavorables respecto al futuro. Por otra parte, al analizar la relación entre la observación y la aceptación, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .477^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que apuntaría a pensar que los pacientes que prestan mayor atención a su proceso de enfermedad logran tener una mejor aceptación debido a la comprensión que tienen de la misma. Así mismo, la observación y el refuerzo positivo tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .232^{*}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que señala que los pacientes con mejor observación de su proceso de enfermedad logran generar un enfoque positivo de la situación. En cuanto a la observación y la reevaluación positiva se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .428^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que quienes prestan mayor atención a su estado de salud, logran valorar la situación de manera favorable o positiva. Por otra parte, la observación y la perspectiva mantuvieron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .375^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que revela que los pacientes que observan con mayor atención su estado de salud logran generar una visión favorable respecto al futuro. Por el contrario, al analizar la relación entre la observación y culpar a otros, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = -.190^{*}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que explica que los pacientes que examinan su condición de salud de manera adaptativa no culpan a

otros por su condición debido a que comprenden de mejor manera el proceso de enfermedad que afrontan. Finalmente, al analizar la relación entre la descripción y la autculpa se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.254^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que sugiere que los pacientes que relatan su experiencia de manera asertiva no generan sentimientos de autculpa provocados por su estado de salud.

**Tabla 12**

*Tabla de correlación entre las estrategias de regulación emocional y la calidad de vida relacionada con la salud.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Autoculpa	----													
2 Aceptación	.006	----												
3 Rumiación	<b>.499**</b>	<b>-.216*</b>	----											
4 Renfoque positivo	-.169	<b>.602**</b>	<b>-.495**</b>	----										
5 Renfoque en la planeación	.146	<b>.601**</b>	<b>-.278**</b>	<b>.795**</b>	----									
6 Revaluación positiva	<b>-.218*</b>	<b>.608**</b>	<b>-.411**</b>	<b>.817**</b>	<b>.673**</b>	----								
7 Perspectiva	.057	<b>.455**</b>	-.091	<b>.444**</b>	<b>.400**</b>	<b>.375**</b>	----							
8 Catastrofismo	<b>.604**</b>	-.137	<b>.691**</b>	<b>-.457**</b>	<b>-.225*</b>	<b>-.420**</b>	-.127	----						
9 Culpar a otros	<b>.464**</b>	-.035	<b>.247**</b>	-.044	.146	-.130	.142	<b>.556**</b>	----					
10 Observación	-.156	<b>.477**</b>	.024	<b>.232*</b>	.156	<b>.428**</b>	<b>.375**</b>	-.139	<b>-.190*</b>	----				
11 Descripción	<b>-.254**</b>	<b>.563**</b>	<b>-.349**</b>	<b>.412**</b>	<b>.296**</b>	<b>.495**</b>	<b>.411**</b>	<b>-.377**</b>	<b>-.193*</b>	<b>.753**</b>	----			
12 Actuar conscientemente	<b>-.206*</b>	<b>.478**</b>	<b>-.379**</b>	<b>.572**</b>	<b>.432**</b>	<b>.602**</b>	<b>.434**</b>	<b>-.342**</b>	.033	<b>.576**</b>	<b>.756**</b>	----		
13 Aceptación sin emitir juicios	<b>-.185*</b>	<b>.219*</b>	<b>-.562**</b>	<b>.515**</b>	<b>.400**</b>	<b>.448**</b>	<b>.181*</b>	<b>-.568**</b>	-.128	.078	<b>.345**</b>	<b>.559**</b>	----	
14 Calidad de vida relacionada con la salud	-.101	<b>.278**</b>	<b>-.232*</b>	<b>.342**</b>	<b>.223**</b>	<b>.272**</b>	<b>.308**</b>	<b>-.218*</b>	0.79	<b>.245**</b>	<b>.401**</b>	<b>.525**</b>	<b>.454**</b>	----

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

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



De la misma manera, se analizó de manera específica la relación entre las estrategias de regulación emocional y la CVRS (ver tabla 12) y se observó que la aceptación correlaciona de manera positiva y estadísticamente significativa con la CVRS ( $r = .278^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes aceptan las condiciones de salud en las que se encuentran, su nivel de bienestar físico, emocional y social mejora. Sin embargo, al analizar la rumiación y su relación con la CVRS se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.232^*$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que cuando los pacientes mantienen repetidamente pensamientos negativos, el funcionamiento emocional, cognitivo, incluso social se ve afectado de manera negativa. Por el contrario, al analizar el renfoque positivo y la CVRS, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .342^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) debido a que cuando los pacientes estructuran un enfoque adaptativo de la experiencia que viven, la sintomatología que presentan mejora considerablemente. De la misma manera, el análisis de la CVRS y el renfoque en la planeación mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .223^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que los pacientes con un nivel adecuado de funcionamiento y bienestar logran modificar la planeación del futuro de manera positiva y adaptativa. Así mismo, la relación que existe entre la CVRS y la reevaluación positiva fue una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .272^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que los pacientes que mantienen un nivel de bienestar adecuado logran valorar su estado de salud de manera adaptativa y funcional. De la misma manera, al analizar la perspectiva se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .308^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que los pacientes que tienen una buena CVRS logran tener una visión asertiva de la situación que afrontan en cuanto a su salud. Por el contrario, al estudiar la relación entre la CVRS y el catastrofismo, se observó que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.218^*$ ,  $p < 0.05$ ),

lo que señala que cuando los pacientes perciben un nivel adecuado de funcionamiento físico, social y emocional, no experimentan pensamientos negativos. En cuanto a la relación entre la CVRS y la observación, se halló que correlacionaron de manera positiva y estadísticamente significativa ( $r = .245^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que permite explicar que los pacientes que prestan mayor atención de manera objetiva a su estado de salud manifiestan una buena CVRS. Lo mismo sucedió con la relación entre CVRS y la descripción, las cuales mantuvieron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .401^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los participantes identifican las características, etapas y procedimientos del curso de su enfermedad de manera adaptativa, experimentan un buen nivel de CVRS. De la misma manera, actuar conscientemente correlacionó de manera positiva y estadísticamente significativa ( $r = .525^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) con la CVRS, lo que señala que cuando los pacientes toman mayor consciencia de sus acciones durante el proceso de su enfermedad mantienen un buen nivel de CVRS. Finalmente, se analizó la relación entre la CVRS y la aceptación sin emitir juicios y se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .454^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes aceptan las condiciones de su estado de salud sin poner resistencia experimentan un mejor funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social, así como un mejor nivel de bienestar.

Posteriormente, se analizó la relación entre la descripción y la aceptación y se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .563^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que refiere que los pacientes que tienen mejor claridad de su enfermedad debido a la descripción que hacen, logran tener una mejor aceptación. Por el contrario, al analizar la relación entre la descripción y la rumiación se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.349^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que los pacientes que describen adecuadamente su proceso de cáncer no recurren a pensamientos negativos repetitivos. Cuando se analizó la descripción y el

renfoque positivo se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .412^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que los pacientes con mayor conocimiento de su estado de salud logran modificar el enfoque de la situación generando una perspectiva positiva. Así mismo, la descripción y el renfoque de la planeación mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .296^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes relatan de manera adecuada su experiencia con la enfermedad logran construir un enfoque favorable y adaptativo respecto de su estado de salud. De la misma manera, la descripción y la reevaluación positiva tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .495^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que revela que los pacientes con mayor conocimiento de su estado de salud logran valorar esta misma situación, pero de una forma más prospera y adaptativa. En cuanto a la descripción y la perspectiva, se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .411^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que permite explicar que cuando los pacientes describen asertivamente su estado de salud en función al conocimiento que tienen de la enfermedad, la perspectiva se convierte en un factor beneficioso para los pacientes.

Por el contrario, cuando se analizó la descripción y el catastrofismo, se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.377^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que si los pacientes tienen el conocimiento adecuado sobre la enfermedad que padecen, difícilmente tendrán pensamientos negativos o catastróficos. Algo similar sucede con la descripción y culpar a otros debido a que se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.193^{*}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que explica que, si los pacientes logran comprender y explicar su estado de salud, difícilmente culparán a otros de haber adquirido el cáncer, debido en gran parte al conocimiento que poseen respecto de la enfermedad. Por otra parte, se observó que la relación entre la descripción y la observación señala una correlación positiva y estadísticamente

significativa ( $r = .753^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que revela que si los pacientes conocen de manera objetiva el proceso de su enfermedad prestarán mayor atención a su enfermedad y a cómo manejarla de manera adecuada. Por otro lado, al analizar el actuar conscientemente y la autculpa, se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.206^*$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que los pacientes que realizan sus actividades de manera plena y consciente difícilmente llegarán a experimentar autculpa. Por el contrario, actuar conscientemente y la aceptación demostraron tener una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .478^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que las personas que actúan de manera plena, consciente y ordenada durante el proceso del cáncer logran tener una mejor aceptación. Por otra parte, al evaluar el actuar conscientemente y la rumiación se observó que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.379^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes son conscientes de sus acciones o conductas no presentan pensamientos negativos de manera repetitiva. En cuanto a la consciencia plena y el renfoque positivo, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .572^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes son conscientes de sus acciones respecto al proceso de su enfermedad, logran tener un enfoque favorable respecto a la experiencia que atraviesan.

Algo similar sucede con las dimensiones de actuar conscientemente y el renfoque en la planeación, las cuales demostraron tener una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .432^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que sugiere que, si los pacientes tienen claridad y son conscientes de sus conductas, fácilmente podrán cambiar los planes que tienen a futuro por alternativas adaptativas. De la misma manera sucede con la conciencia plena y la reevaluación positiva que demostraron tener una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .602^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), debido a que cuando los pacientes actúan de manera clara, ordenada y consciente logran reevaluar la situación

de manera favorable, lo que genera un estado de tranquilidad para los pacientes. Al analizar la conciencia plena y la perspectiva se obtuvo una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .434^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes tienen claridad en su proceso de enfermedad, fácilmente generan una perspectiva adaptativa. Por lo contrario, al analizar la conciencia plena y el catastrofismo se observó que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.342^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que sugiere que cuando los pacientes tienen claro el proceso de salud en el que se encuentran no mantienen pensamientos negativos de manera repetitiva. Por otra parte, el análisis de la conciencia plena y la observación arrojó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .576^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), debido a que los pacientes que tienen mayor claridad sobre el panorama que afrontan, prestan mayor atención a su proceso de enfermedad. Lo mismo sucedió al analizar la conciencia plena y la descripción, debido a que se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .756^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando los pacientes actúan de manera consciente son capaces de expresar a detalle la experiencia que afrontan de manera funcional. Por otra parte, se analizó la relación entre aceptación sin emitir juicios y autculpa y se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.185^{*}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que los pacientes que aceptan su enfermedad no experimentan autculpa durante el proceso que afrontan. Por el contrario, cuando se analizó la aceptación como una estrategia adaptativa de regulación emocional con la aceptación sin emitir juicios, se observó que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .219^{*}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica ambas dimensiones de aceptación se fusionan para fortalecer el uso de sus estrategias adaptativas.

Por el contrario, al analizar la relación entre la aceptación sin emitir juicios y la rumiación, se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.562^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes aceptan su condición de salud sin interponer un “pero”, no hay lugar para mantener pensamientos negativos repetitivos. Posteriormente, se estudió el comportamiento entre la aceptación sin emitir juicios y el renfoque positivo y se observó que correlacionaron positiva y estadísticamente significativa ( $r = .515^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que revela que cuando los pacientes aceptan su estado de salud logran generar un enfoque que les permite ser más funcionales y adaptarse al proceso del cáncer. De la misma manera, se analizó la aceptación sin emitir juicios y el renfoque en la planeación y se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .400^{**}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que cuando los pacientes admiten su condición de salud logran modificar la manera en la que planean el futuro, de esta forma estructuran una visión más alentadora y adaptativa. Lo mismo sucedió con la aceptación sin emitir juicios y la reevaluación positiva debido a que se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .448^{**}$ ,  $p < 0.05$ ), lo que señala que cuando los pacientes internalizaron las condiciones de salud en las que se encontraban consiguieron volver a analizar la situación y evaluarla de manera menos aversiva, logrando generar una visión más funcional y favorable. De la misma manera, se analizó la aceptación sin emitir juicios con la perspectiva y se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .181^*$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica que cuando los pacientes asumieron el proceso de la enfermedad sin poner resistencia obtuvieron una mejor perspectiva del futuro. Sin embargo, al estudiar la relación entre la aceptación sin emitir juicios y el catastrofismo se encontró que correlacionaron negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.568^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que revela que cuando los pacientes lograron aceptar su condición de salud no hubo cabida para mantener una postura catastrófica.

Por otra parte, la aceptación sin emitir juicios y la descripción mostraron tener una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .345^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que permite comprender que una vez que los pacientes aceptan su estado de salud consiguen relatar el proceso que afrontan de una manera más asertiva. Por su parte, la aceptación sin emitir juicios y actuar conscientemente correlacionaron de manera positiva y estadísticamente significativa ( $r = .559^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que explica que cuando los pacientes experimentan el proceso de la enfermedad y lo aceptan sin resistencia logran también actuar de manera más plena, consiente y favorable.

### ***7.3.3 Análisis de regresión múltiple jerárquica***

En cuanto al análisis de regresión múltiple jerárquica, se consideró la estructura jerárquica de los datos para cada una de las regresiones, con el objetivo de evaluar el grado de predicción de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS. Asimismo, se evaluó que los modelos generados cumplan con los supuestos teóricos de la regresión: independencia, normalidad y homocedasticidad (Field, 2004; Silva, 1998). Por lo tanto, para que se cumpla el criterio de independencia se empleó el estadístico Durbin-Watson, en el que el valor obtenido debe variar entre cero y cuatro, sin embargo, si el valor se acerca a dos indica que no hay relación entre los residuales, por el contrario, si es cercano a cero, los residuales mantienen una correlación negativa estadísticamente significativa y si se aproxima a cuatro, se habla de una correlación positiva estadísticamente significativa, dicho en otras palabras, los valores menores a uno y valores mayores a tres, no son aceptables. Para evaluar el supuesto de normalidad se requiere que, mediante un gráfico, los residuales se agrupen sobre la línea recta que corre del extremo inferior izquierdo al extremo superior derecho y finalmente, para el supuesto de homocedasticidad, se requiere que la distribución de los residuales sea de forma aleatoria, es

decir, que no se identifique un patrón en la puntuación de los datos sino, las puntuaciones se ubiquen alrededor del cero.

**Tabla 13**

*Análisis de regresión jerárquica prediciendo la calidad de vida relacionada con la salud.*

Predictor	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$
Sexo	-4.415	<b>-.191*</b>	-4.325	<b>-.188*</b>	-1.745	-.076	-2.194	-.095
Percepción del dolor			-.168	<b>-.207*</b>	.002	.003	-.017	-.021
E. Adaptativas					.230	<b>.252*</b>	.102	.112
E. Desadaptativas					-.196	<b>-.207*</b>	-.143	-.151
Conciencia plena					.120	<b>.248*</b>	.068	.142
Apoyo social							.575	<b>.438**</b>
R <sup>2</sup>	<b>.037*</b>		<b>.079*</b>		<b>.336**</b>		<b>.472**</b>	
$\Delta R^2$	.037		.042		.257		.136	

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

Como se muestra en la tabla 11, el sexo explicó el 3.7% de la CVRS. El análisis hecho al modelo demostró que es estadísticamente significativo. En el modelo dos, la percepción del dolor explicó el 7.9% de la CVRS. Al evaluar el modelo, el índice  $F$  mostró ser estadísticamente significativo. En el modelo tres, las estrategias de regulación emocional explicaron el 33.6% de la CVRS siendo el modelo estadísticamente significativo. Por último, en el modelo cuatro, el apoyo social explicó el 47.2% de la CVRS. Al realizar el análisis del modelo, éste fue estadísticamente significativo.



## 8. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la función predictiva de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS en pacientes con cáncer del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, por lo que este estudio permitió identificar la relación significativa entre las variables de estudio, asimismo, reconoció la importancia del impacto de tales variables y su predicción en la CVRS de los pacientes con cáncer.

El primer objetivo fue analizar el nivel de la CVRS en pacientes con cáncer debido a que algunos autores (Amado-Tineo et al., 2021) aseguran que la calidad de vida de los pacientes con cáncer se ve gravemente deteriorada debido a los tratamientos que reciben, las limitaciones que afrontan y el estado de salud en el que se encuentran, asimismo, algunas otras investigaciones señalan que el nivel de la CVRS de los pacientes con cáncer se ve tan deteriorada que en algunos casos solo llegan a percibir un 25% de bienestar (Posada-López et al., 2019). Sin embargo, los resultados de esta investigación revelan que los pacientes con cáncer no siempre perciben bajos niveles de CVRS debido a que pueden influir otros factores que pueden tener un impacto positivo en esta percepción; por ejemplo, las estrategias adaptativas de la regulación emocional, la baja percepción del dolor y sobre todo el apoyo que reciben de las personas cercanas a ellos. En este sentido, esta investigación mostró que los pacientes reportaron entre un 80% y un 100% de bienestar en su calidad de vida. Por ello, resulta importante señalar que para mejorar el nivel de CVRS de los pacientes con cáncer es necesario fomentar estrategias como la aceptación, la reevaluación positiva, la observación, el acompañamiento de sus seres queridos y el adecuado manejo del dolor, tal como lo sugieren Castañeda de la Lanza et al. (2015), cuidando los aspectos objetivos y subjetivos (estado de salud físico, mental, emocional y social) de los pacientes con esta enfermedad.

El segundo objetivo fue identificar el comportamiento de las variables en función del sexo, en pacientes con cáncer del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, con el objetivo de resaltar las diferencias que hay entre hombres y mujeres con respecto a la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS. La literatura científica reveló que existen limitadas investigaciones que ponen de manifiesto la diferencia que existe en el uso de las estrategias de regulación emocional entre hombres y mujeres con cáncer. Por ejemplo, en algunos estudios las estrategias de adaptación, de afrontamiento y de regulación emocional por sexo o tipo de cáncer han mostrado no ser estadísticamente significativas (Reyes-Vazquez et al., 2022). Sin embargo, los resultados de esta investigación sugieren que la autculpa, el catastrofismo y las estrategias desadaptativas de la regulación emocional son más altas en hombres que en mujeres con cáncer. Por consiguiente, es necesario profundizar en el estudio de estas variables enfatizando las diferencias que existen entre hombres y mujeres, esto permitirá identificar el tipo de estrategias adaptativas que se deben fomentar considerando el sexo de los pacientes. Por otra parte, otra variable que resulta importante es el nivel de CVRS, al respecto, existen diferentes investigaciones que han reportado que en general, los pacientes que padecen algún tipo de cáncer perciben un nivel de CVRS disminuido (Posada-López et al., 2019). Asimismo, la evidencia científica señala que existen pocas diferencias en el nivel de la CVRS entre hombres y mujeres con cáncer debido a que el diagnóstico, los tratamientos y el mismo proceso de la enfermedad tiene un impacto negativo en el nivel de la CVRS tanto para hombres como para mujeres, por lo que ha resultado difícil identificar estas diferencias (Altuve y Parra, 2021). Incluso, algunos autores concluyen que tanto para hombres como para mujeres es difícil mantener un nivel favorable de CVRS durante la enfermedad (Fernández et al., 2019). Sin embargo, los resultados de esta investigación explican que las mujeres perciben un mejor nivel de CVRS durante el

proceso de cáncer, esto se debe a que emplean mejores estrategias de regulación emocional y conciencia plena, lo que les permite percibir un mejor nivel de bienestar y con ello, de funcionalidad. Es por esto por lo que se sugiere realizar más análisis comparativos que permitan identificar las diferencias entre hombres y mujeres con cáncer, para enfatizar la importancia de dar la atención adecuada según las necesidades del paciente.

El tercer objetivo fue analizar las diferencias que hay entre los participantes en función de la etapa del cáncer y la regulación emocional, la percepción del dolor, el apoyo social y la CVRS en pacientes con cáncer, debido a que existen estudios que enfatizan que la etapa de cáncer en la que se encuentran los pacientes determina el grado de malestar que experimentan. Esto sucedería porque durante las etapas tempranas de la enfermedad los pacientes experimentan menor malestar a diferencia de las etapas más avanzadas, lo que conlleva a emplear estrategias menos adaptativas (Hernández & Cruzado, 2013). En este sentido, los resultados de esta investigación reportan que la autculpa, la rumiación, la perspectiva, el catastrofismo, las estrategias desadaptativas y la percepción del dolor difieren de acuerdo con la etapa de cáncer en que se encuentre el paciente, debido a que entre más avanzada esté la enfermedad, habrá mayor nivel de autculpa, rumiación, catastrofismo y percepción del dolor, a diferencia de las etapas más tempranas del cáncer, en las que estos niveles son menos frecuentes, lo que indica que la etapa de cáncer sí marca una diferencia en las estrategias de regulación emocional.

El cuarto objetivo fue analizar la correlación entre las variables de estudio y la CVRS en pacientes con cáncer debido a que algunas investigaciones aseguran que, durante el proceso de la enfermedad, los pacientes emplean estrategias poco funcionales para regular sus emociones debido a que afrontan un proceso de adaptación complicado por lo que sus estrategias de regulación suelen ser negativas o poco adaptativas (Galindo-Vázquez et al., 2011). Sin embargo,

los resultados de esta investigación mostraron que la mayoría de los pacientes emplearon estrategias adaptativas durante su proceso de enfermedad, asimismo, se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las estrategias adaptativas y la CVRS, lo que indica que, a mayor uso de estrategias adaptativas, mayor CVRS. Por otra parte, la relación entre la percepción del dolor y la CVRS ha sido estudiada por diferentes autores y coinciden en que los pacientes que tienen una mayor percepción de dolor perciben un bajo nivel de CVRS (Khosravi et al., 2007) relación que también se observó en esta investigación debido a que los pacientes que reportaron mayor dolor, malestar físico, efectos secundarios de los procedimientos médicos a los que son sometidos, etc. también reportaron un nivel bajo de CVRS. Sin embargo, los pacientes que tienen un mayor control del dolor mediante otras estrategias (acupuntura, analgésicos, terapia, masajes, medicina alternativa) reportaron un buen nivel de CVRS, por lo que se sugiere que el manejo para el control del dolor considere otros factores de apoyo. Por último, el apoyo social ha sido sumamente estudiado por otros investigadores quienes enfatizan la importancia de contar con una red de soporte por parte de sus seres queridos. Esta condición ha demostrado un impacto sumamente positivo en el nivel de la CVRS (Castellano-Tejedor et al., 2015). De acuerdo con la teoría del apoyo social, se advierte de los múltiples beneficios que genera en los pacientes contar con un adecuado soporte familiar y social debido a que su impacto genera un mayor bienestar físico y emocional, mejores tomas de decisiones, mayor motivación, etc. (Dura y Garces, 1991). De esta manera, los resultados de esta investigación reafirman los hallazgos previamente descritos debido a que los pacientes que perciben un mayor apoyo social reportaron un mejor nivel de CVRS, por lo que se enfatiza la importancia de reforzar las redes de apoyo de los pacientes con cáncer.

El quinto objetivo fue analizar la correlación entre las estrategias de regulación emocional y la CVRS en pacientes con cáncer. Algunos autores han reportado evidencias que permiten inferir que los pacientes con cáncer emplean con mayor frecuencia las estrategias desadaptativas de la regulación emocional debido a que la intensidad del malestar que perciben promueve la autoculpa, el hecho de culpar a otros e incluso tener pensamientos catastróficos (Solitro, 2014). Sin embargo, aunque en menor cantidad, también se ha reportado evidencia del impacto positivo que tienen las estrategias adaptativas de la regulación emocional en el nivel de la CVRS (Porro et al., 2012). Al respecto, esta investigación identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las estrategias adaptativas y la CVRS, de la misma manera, se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las estrategias desadaptativas de la regulación emocional. Con el objetivo de aportar mayor evidencia al estudio de esta variable, se analizó la correlación entre las habilidades de la conciencia plena con la CVRS, obteniendo una correlación positiva. Esto pone en evidencia que cuando los pacientes se culpan, mantienen pensamientos catastróficos constantemente o culpan a otros, su nivel de CVRS se ve seriamente afectada. Por el contrario, cuando los pacientes logran aceptar la enfermedad, mantienen una perspectiva positiva, observan de manera objetiva el curso de su enfermedad e incluso son capaces de compartir su experiencia logrando tener un mejor nivel de CVRS. En este sentido, cabe resaltar que en esta investigación la mayoría de los pacientes perciben un nivel de bienestar entre un 80% y 100%, dicho en otras palabras, mantienen un nivel muy favorable de CVRS.

Por último, el objetivo general de esta investigación fue analizar la función predictiva de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS en pacientes con cáncer del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec debido a que resulta indispensable identificar los factores que predicen un mejor nivel de CVRS con el objetivo de reforzar o fomentar esos

predictores y coadyuvar en la mejora de los pacientes con cáncer. Al respecto, otras investigaciones han reportado la relación entre las variables de estudio y la CVRS, así como el impacto positivo que tiene la regulación emocional, la baja percepción del dolor y el apoyo social (Aberaraw et al., 2019; Baghjari et al., 2017; Fishera y Eccleston, 2017). Sin embargo, esta investigación pone de manifiesto, por primera vez en nuestro país, que la variable que predice un mejor nivel de CVRS es el apoyo social debido a que a los pacientes que cuentan un soporte adecuado que provee cuidados, atención, acompañamiento, recursos materiales etc., mantienen un nivel de CVRS favorable. En un segundo nivel de importancia, las estrategias de regulación emocional también predicen de manera significativa el nivel de la CVRS. Esto se debe a que los pacientes que regulan las emociones de manera adaptativa, funcional y consciente logran tener un nivel de bienestar y funcionalidad adecuado. Por último, en cuanto a la percepción del dolor, aunque predice la CVRS en menor medida, es importante resaltar la importancia de manejar el dolor de manera eficaz con el objetivo de no generar un impacto negativo en la CVRS.

Finalmente, es necesario señalar que debido a que la recolección de datos fue cara a cara, los participantes externaron frecuentemente y en diferentes momentos la importancia del trato digno dentro de las instituciones de salud, así como la relación cordial médico-paciente, debido a que los médicos que muestran interés y preocupación por el estado de salud de sus pacientes generan un ambiente de confianza y seguridad. Esta situación se presenta sobre todo ante los procedimientos médicos a los que son sometidos, lo cual pareciera que tiene un efecto positivo en el nivel de CVRS de los pacientes. Al respecto, otras investigaciones han señalado que la relación médico-paciente cumple un papel fundamental en el proceso de enfermedad que experimenta el paciente debido a que cuando los pacientes perciben confianza y seguridad, se les facilita afrontar el curso de su enfermedad adoptando una postura positiva, adaptativa y activa-responsable

(Arrastía & Contreras, 2014). Por el contrario, también se ha demostrado que el trato deshumanizado está estrechamente relacionado con el aumento de sintomatología de estrés, ansiedad, miedo, incertidumbre y en ocasiones la baja adherencia al tratamiento o el abandono total del tratamiento (Ávila-Morales, 2017). Por ello, resulta necesario profundizar en el estudio de estas variables y probar a la luz de la ciencia el efecto del trato humanizado en el nivel de la CVRS de los pacientes con cáncer con el objetivo de crear conciencia en los profesionales de la salud que se encuentran en contacto directo con estos pacientes.

## 9. Conclusiones

En conclusión, se observó que el apoyo social influye de manera sumamente positiva en el proceso de esta enfermedad. En esta muestra, el apoyo social fue el predictor más importante de la CVRS. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes refieren tener una buena red de apoyo, lo que se traduce a un estado de bienestar favorable. Dicho en otras palabras, quienes cuentan con este soporte social/familiar, afrontan de mejor manera el cáncer y mantienen un mejor nivel de CVRS.

Por otra parte, las estrategias de regulación emocional son empleadas por los pacientes con cáncer en cualquier etapa de la enfermedad, sin embargo, entre más avanzada sea la etapa del cáncer, hay más probabilidad de que los pacientes empleen estrategias desadaptativas tales como autoculpa, rumiación, catastrofismo, culpar a otros, etc. Por lo tanto, es importante acompañar a los pacientes en el proceso de la enfermedad sugiriendo el uso de estrategias más funcionales. Específicamente, en esta muestra se observó que los pacientes emplean en mayor medida las estrategias adaptativas y como resultado de esto hay una mejor adaptación y afrontamiento a la enfermedad, por lo que resulta necesario enfatizar la importancia de la aceptación, el renfoque positivo, el renfoque en la planeación, la reevaluación positiva, la perspectiva y las habilidades que promueven la conciencia plena, con el objetivo que mantener y/o mejorar la CVRS de los pacientes con cáncer.

Por último, la percepción del dolor es sin duda parte del proceso de la enfermedad y el dolor oncológico es muy común en estos pacientes. Sin embargo, el tipo de cáncer es un factor determinante en la percepción del dolor debido a que no todos los pacientes con cáncer refieren



haber experimentado dolor y quienes si lo han experimentado, en su mayoría es por patologías ajenas al cáncer.

En términos generales, la investigación cumplió con los objetivos planteados debido a que la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social predicen de manera significativa la CVRS, debido a que los pacientes con cáncer en etapa I, II y III perciben un nivel de CVRS favorable, que oscila entre un 80% y 100% de bienestar.

Para futuras investigaciones se recomienda homogenizar los grupos de pacientes en cuanto a la etapa y el tipo de cáncer, con el objetivo de poder realizar análisis comparativos que pongan en manifiesto las diferencias que resultan estadísticamente significativas para la atención adecuada de los pacientes, así mismo, realizar estudios longitudinales que permitan analizar el comportamiento de las variables a lo largo del tiempo.

Por otra parte, es importante considerar otro tipo de variables como la calidad del servicio que brindan las instituciones de salud, así como la relación médico-paciente debido a que se observó que son variables poco estudiadas y que podrían predecir otro porcentaje significativo de la CVRS. Asimismo, se recomienda implementar los predictores mas significativos de la CVRS que esta investigación ha puesto en manifiesto, a los programas de intervención que se imparten en las instituciones de salud, con el objetivo de garantizar la mejora del nivel de CVRS de los pacientes que padecen cáncer.

Por último, dado que el apoyo social es el predictor mas significativo de la CVRS, se recomienda que futuras investigaciones consideren la evaluación e intervención a las redes de apoyo de estos pacientes, con el objetivo de cuidar a quienes cuidan de otros y reforzar el cuidado de la CVRS de los pacientes con cáncer y de quienes perciben como su apoyo social.

Para concluir, es necesario resaltar la importancia de los hallazgos que esta investigación pone de manifiesto en el plano de la psicología y la salud, debido a que se espera que las aportaciones de este estudio contribuyan en la mejora de la CVRS de los pacientes con cáncer, por lo tanto, en cuanto al contexto que involucra a la psicología, es necesario recalcar la importancia que tiene aportar mayores elementos a la comprensión de las variables de estudio, debido a que los resultados de esta investigación señalan que una forma de mejorar el nivel de la CVRS es implementando las estrategias adaptativas y fomentando el apoyo social a través del fortalecimiento de las redes de apoyo, debido a que se demostró que quienes cuentan con estos recursos, logran afrontar el proceso de la enfermedad desde una perspectiva funcional y adaptativa, generando un impacto positivo en el bienestar de los pacientes.

Por otra parte, esta investigación aporta al área de la salud el análisis de las características y las necesidades de una muestra de pacientes con cáncer, si bien, existen algunos otros autores que sugieren programas de intervención para la mejora del nivel de CV, esta investigación aporta los factores que predicen de manera estadísticamente significativa una mejora en la CVRS y que pueden ser considerados en los programas de intervención para estos pacientes. Asimismo, se invita a los profesionales de la salud que están en contacto directo con los pacientes a crear conciencia sobre el acompañamiento adecuado que deben realizar, debido a que este estudio reporta que la percepción del dolor es una variable que tiene un impacto negativo en el nivel de la CVRS, por lo que cuando es mal atendida o no es considerada, esta variable detona un deterioro significativo en el bienestar de los pacientes, por lo que es importante no perder de vista esta variable y atender las necesidades de los pacientes con respecto a la percepción del dolor que cada uno experimenta.

## Referencias

- Aberaraw, R., Hussien, J., Boka, A., Teshome, R. & Yeshambel, A. (2019). Social support and quality of life among female breast cancer patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Ethiopia 2019: Cross-sectional study { Apoyo social y calidad de vida entre pacientes femeninas con cáncer de mama en el Hospital Especializado Tikur Anbessa, Etiopía 2019: estudio transversal }. *Research Square*, 1-16, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-33300/v1>
- Abid, S., Bajwa, R. S. & Ajmal, A. (2019). Social support, spiritual well-being and life satisfaction of cancer patients {Apoyo social, bienestar espiritual y satisfacción vital de pacientes con cáncer}. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7(3), 24-27. <https://www.jpaps.pk/index.php/journal/article/view/55>
- Abu, N.H., Khatib, M.T., Salameh, H. & Zyoud, S.H. (2017). Cancer-related post-treatment pain and its impact on health-related quality of life in breast cancer patients: a cross sectional study in Palestine {El dolor postratamiento relacionado con el cáncer y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama: un estudio transversal en Palestina}. *Asia Pacific Family Medicine*, 16(7), <https://doi.org/10.1186/s12930-017-0037-3>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review {Estrategias de regulación de las emociones en la psicopatología: una revision metaanalítica}. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>.

- Altuve, J. J. & Parra, A. A. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicología y Salud*, 32(1), 137-149. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2720>
- Amado-Tineo, J., Apolaya-Segura, M., Che-H, E., Vargas-Tineo, O., Solis, J. & Oscanoa-Espinoza, T. (2021). Calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado según lugar de atención en un hospital de referencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 138-144. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3603>
- Arraraz, J. I., Dlarramendi, J. J. & Valerdi, J. J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-CJO. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 13-33.  
<http://hdl.handle.net/10045/97567>
- Babarro, A. A. (2011). La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. *Atención Primaria*, 43(11), 575-576. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-importancia-evaluar-adecuadamente-el-S0212656711003842>
- Babore, A., Bramanti, S., Lombardi, L., Stuppia, L., Trumello, C., Antonucci, I. & Cavallo, A. (2019). The role of depression and emotion regulation on parenting stress in a sample of mothers with cancer {El papel de la depresión y la regulación de las emociones en el estrés parental en una muestra de madres con cancer}. *Supportive Care in Cancer*, 27, 1271-1277. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4611-5>
- Badia, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterología y Hepatología*, 27(2), 2-6. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924>

Baghjari, F., Saadati, H. & Esmailinasab, M. (2017). The relationship between cognitive emotion-regulation strategies and resiliency in advanced patients with cancer { La relación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y la resiliencia en pacientes avanzados con cancer}. *International Journal of Cancer Management*, 10(10), e7443. <https://doi.org/10.5812/ijcm.7443>

Bahrami, B., Mashhadi, A., Kareshki, H. & Bahrami, A. (2017). Role of mediating cognitive emotion regulation strategies and goal adjustment in relationship between personality characteristics and quality of life of patients with cancer {Papel de mediar las estrategias de regulación cancer197ve de las emociones y el ajuste de objetivos en la relación entre las características de personalidad y la calidad de vida de pacientes con cancer.}. *International Journal of Cancer Management*, 10(12), <https://doi.org/10.5812/ijcm.9317>

Bakas, T., McLennon, S.M., Carpenter, J.S., Buelow, J.M., Otte, J.L., Hanna, K.M., Ellett, L.M., Hadler, K.A. & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models {Revisión sistemática de modelos de calidad de vida relacionada con la salud}. *Health and Quality of Life Outcome*. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>

Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

[https://www.researchgate.net/profile/Enrique-Barra-](https://www.researchgate.net/profile/Enrique-Barra-Almagia/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estres_y_salud/links/09e4151311a000386c000000/Social-support-stress-and-health-Apoyo-social-estres-y-salud.pdf)

[Almagia/publication/235746796\\_Social\\_support\\_stress\\_and\\_health\\_Apoyo\\_social\\_estres\\_y\\_salud/links/09e4151311a000386c000000/Social-support-stress-and-health-Apoyo-social-estres-y-salud.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enrique-Barra-Almagia/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estres_y_salud/links/09e4151311a000386c000000/Social-support-stress-and-health-Apoyo-social-estres-y-salud.pdf)

- Barrera, M. (1986) Distinctions between social support concepts, measures, and models {Distinciones entre conceptos, medidas y modelos de apoyo social}. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38320/>
- Baziliansky, S. & Cohen, M. (2020). Emotion regulation patterns among colorectal cancer survivors: clustering and associations with personal coping resources {Patrones de regulación de las emociones entre los sobrevivientes de colorectal: agrupaciones y asociaciones con recursos personales de afrontamiento}. *Behavioral Medicine*, 47(3), 214-224. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1731674>
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life {El concepto de calidad de vida}. *Social and Practice*, 31(4), 561-580. <https://gregbognar.net/files/Bognar-Concept-of-Quality-of-Life.pdf>
- Bridges, L. J., Denham, S.A. & Ganiban, J.M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research {Cuestiones de definición en la investigación sobre la regulación de las emociones}. *Child Development*, 75(2), 340-345. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00675.x>
- Brighton, D. & Wood, M. (2005). The Royal Marsden Hospital Handbook of Cancer Chemotherapy { Manual de quimioterapia contra el cáncer del Hospital Royal Marsden}. Churchill Livingstone.
- Burnette, C.E., Liddell, J., Roh, S., Lee, Y-S. & Lee, H.I. (2018). Understanding the social and community support networks of American Indian women cancer survivors { Comprender

las redes de cance social y comunitario de las mujeres indígenas americanas sobrevivientes de cancer}. *Ethnicity & Health*, 25(2), 2-14.

<https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1458075>

Capistrant, B.D., 1, Leshner, L., Kohli, N., Merengwa, E. N., Konety, B., Mitteldorf, D., West, W. G. & Rosser, B.R.S. (2018). Social support and health-related quality of life among gay and bisexual men with prostate cancer {Apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud entre hombres homosexuales y bisexuales con cancer de próstata}. *Oncology Nurs Forum*, 45(4), 439-455. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.439-455>

Castañeda de la Lanza, C., O'Shea, G. J., Narváez, M. A., Lozano, J., Castañeda, G. & Castañeda de la Lanza, J. J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.007>

Castellano-Tejedor, C.; Pérez-Campdepadrós, M.; Capdevila, Ll.; Sábado-Álvarez, C.; Blasco-Blasco, T. (2015). Social support during childhood cancer treatment enhances quality of life at survival {El apoyo social durante el tratamiento del cancer infantil mejora la calidad de vida en la supervivencia}. *Anales de Psicología*, 31(3), 808-817. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.193571>.

Castillo-Huerta, P., Ruvalcaba-Romero, N.A., Noha, B. F. & Gallegos-Guajardo, J. (2019). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva, versión corta, (CERQ-VC) para población mexicana. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 21(1), 57-82. <https://pure.udem.edu.mx/es/publications/validation-of-the-cognitive-emotion-regulation-questionnaire-shor>

Castro, R., Campero, L. & Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>

Charland, L. C. (2011). Moral undertow and the passions: Two challenges for contemporary emotion regulation { Resaca moral y pasiones: dos desafíos para la regulación de las emociones contemporánea}. *Emotion Review*, 3(1), 83-91.

<https://doi.org/10.1177/1754073910380967>

Cole, P. M., Martin, S. & Dennis, T. (2005). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research { La regulación de las emociones como constructo científico: desafíos metodológicos y direcciones para la investigación del desarrollo infantil}. *Child Development*, 75, 317-333.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>

Covington, E.C. (2000). Psychogenic pain: What it means why it does not exist, and how to diagnose it { Dolor psicógeno: qué significa, por qué no existe y cómo diagnosticarlo}. *Pain Medicine*, 1, 287-294. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1526-4637.2000.00049.x>.

Dairo M.D., Oladoyinbo O. & Onimode Y.A. (2020). Perceived social support and impact on coping of people living with cancer undergoing care at a tertiary hospital level in Ibadan, Nigeria { Apoyo social percibido e impacto en el afrontamiento de las personas que viven con cancer bajo la atención en un hospital de tercer nivel en Ibadan, Nnigeria}. *Archives of Basic and Applied Medicine*, 8(2), 131–136.

<http://ojshostng.com/index.php/abam/article/view/1619>



- Del Arco, J. (2015). Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico: Curso básico sobre dolor. *Farmacia profesional*, 29(1), 36-43. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
- Downes, J.M., Brennan, M.L., Williams, H.C. & Dean, R.S. (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS, Desarrollo de una herramienta de valoración crítica para evaluar la calidad de los estudios transversales . *British Medical Journal Open*, 6(12), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>
- Dura, E. & Garces, J. (1991). Analizar la correlación entre las estrategias de regulación emocional y la CVRS en pacientes con cáncer. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health- related quality of life measurement {Perspectivas clínicas y de salud pública y aplicaciones de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud}. *Social Science & Medicine*, 41, 1383-1394. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00116-o](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00116-o).
- Fayers, P. M. y Machin, D. (2000). Quality of life {Calidad de vida}. *Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons. 10.1002/0470846283
- Fernández, J.A., Hernández, R. & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28(10), 680-289. <https://pdf.sciencedirectassets.com/277730/1-s2.0-S0212656701X75550/1-s2.0-S0212656701704842/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEE8aCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQDG%2FHVD%2BnPL>

8y3vaaaCU0XgIloU9KH7f2Kg0RIWGD2qtwIgjR4QDXnNyXMDVvuduqBmE0jIWv5%2  
BTk8ubjtT1tf%2F19Pf0q2wQIp%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FARA  
FGgwwNTkwMDM1NDY4NjUiDIoEOEeDlzswwaNMPyqvBNPt0uoj2lyOP5irjQqFr4X  
mzGvPY3i1WjV%2BXW8INQQEfyhR8qwLUqaO0uDbzD085J4XP4Ue0%2BXnOCOA  
52ZJYo%2BgBOeBi%2F0D4vDrmXJFXW%2B3wxT2q80FTnCoaxleIWn4e%2B4Od2Q  
2Lbp0Jo%2BOZ9uI9JLsnzlMTLSjo0r5oaNir3riKzEz1DgO%2BkABqy%2FWIN%2B3Y  
00s01XncYg3VrWAeCjWbsyjtFaBHI2Qee7zQ7W7AStRyjke9PBekllctd6MjH%2Fch  
DP4cspbJd%2Fnb8O7cMnrKPAS%2FH3KYyHVORF79BoF6l3Mlq%2BvLgiEjtYPu4td  
Any9w%2Bkv9ibocdgmz0njwoeRegKpn0MMv4C6ZbWXIb5OG3yJS1CpJ%2BIeyW%2  
BGwD6xCisjAJJTFH2n%2BaBsnDVB%2BG9QJvFrsG6nnPCq%2BpyBoU0fWOaTgSU  
tdU3wyP7Yt0Q63DdXEeWJjbrv2U%2BoCgiGd7b1NWzpaIAW71dRjPjIzhfJbKK84BX  
4rRc2M%2FHxlsyKcU8IJRQ5Uae2aWhI4394Ojnl%2BoBKzdHF8sJTgd1NmpiGzCkpS  
nQDY6D2eJHzNx%2Fjv8RBpnN4SNqubyb%2FobobFFGmm5%2FYi3qAb%2Bk%2FY  
Pko31e9Ju%2BchQOb1nIXN0HdmtIn1%2Bttz9ktRdnElJUncLWMMtqPHMTi%2B1Qm  
CzbcgboA0LAHGx4mLsZsmAkMmgXTAEwYi6ExK5u55ZK8FV5rVoVrr%2FzInym  
OdzT5uI4ArJpOSCbwFcwzaqvlwY6qQHyrl57yzQLhagUL3mewJwxruuNvgCjfe1CSmng  
YPo8ae3tuTVPsNfIC6SPMPPVnVQE3sy3efmkm68WqOqy0Te9KqlTQXwu9WGjD4jY  
A8hvikHfiH5DlSna9QcpliJg86wSKI5i53d%2F9iRa9ny5IbJGKIDA8Gbm4BisXyAv7Vf  
zxXT8Y23DH%2Fr7utuFGiF8FVMEsMwAV1tw4AcFXSYifclqv8IE8oL9XLh8&X-  
Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Date=20220804T152649Z&X-Amz-  
SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=300&X-Amz-  
Credential=ASIAQ3PHCVTYULN7RXF7%2F20220804%2Fus-east-  
1%2Fs3%2Faws4\_request&X-Amz-

Signature=6fb00736bd3186d1e537a816e061d68aa31cc39cd299ca608dc48596f2afba21&hash=984361188c11d01538a6b2edf287c33121d5d692ffa9e3904be878ba87244de7&host=68042c943591013ac2b2430a89b270f6af2c76d8dfd086a07176afe7c76c2c61&pii=S0212656701704842&tid=spdf-52be6381-5cbd-4577-8971-2e704503aec1&sid=bfcdffd22767a942e428db1727837290469dgxrrqa&type=client&ua=4d5751565b5756585107&rr=735850493ef02848

Fernández, M. J., Carvalho, G. & Ferreira, C. (2019). Repercusiones del diagnóstico de cáncer para hombres y mujeres: un estudio comparativo. *Revista de SPAGESP*, 20(2), 68-83. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702019000200006&lng=pt&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000200006&lng=pt&tlng=)

Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M., Martín, M., & Domínguez, F. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.

Fernández-Mayoralas, G. & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135. <https://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>

Firouzi, R., Tizdast, T., Khalatbari, J. & Shiroudi, S. G. (2019). The relationship between illness perception and difficulty in emotion regulation with the mediating role of quality of marital life in women with breast cancer { La relación entre la percepción de la enfermedad y la dificultad en la regulación de las emociones con el papel mediador de la calidad de vida marital en mujeres con cancer de mama}. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology*, 6(4),185-194. <https://doi.org/10.32598/ajnpp.6.4.4>

- Fishera, E. & Eccleston, C. (2021). Psychological aspects of pain prevention { Aspectos psicológicos de la prevención del dolor}. *Pain reports*, 6(1), e926.  
<https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000926>
- Galindo-Vázquez, O., Valadez-Téllez, L., Álvarez-Avitia, M. A., González-Forteza, C., Robles-García, R. & Alvarado-Aguilar, S. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3). 123-128.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920111242419>
- García-Llana, H., Remor, E., Del Peso, G. & Selgas, R. (2014). El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología*, 34(5), 637-57. <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples { Relaciones entre estrategias de regulación cognitiva de las emociones y síntomas depresivos: un estudio comparativo de cinco muestras específicas}. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886906000377>
- Garofalo, J. P. (2000). *Perceived optimism and chronic pain { Optimismo percibido y dolor crónico}*. En R. J. Gatchel, & J. N. Weisberg (Eds.), *Personality Characteristics of Patients with Pain*. Washington, EU.

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04.pdf>

Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología Desde el Caribe*. 20, 50-75.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Pirámide

Giusti, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Editorial Psicoeducativa

Gómez, O. & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70434>

González, Q. J. C. & Restrepo, C. G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 12(2): 228-238.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n2/v12n2a06.pdf>

González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(2).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006)

Grau, J. & González, U. (1997). Ética, calidad de vida y psicología de la salud. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile.

- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundation {Regulación de las emociones: fundamento conceptual}. En Gross, J. J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review { El campo emergente de la regulación de las emociones: una revision integradora}. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Hagerty, M.R.; Vogel, J.Y Møller, V. (Eds.) (2002). *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy { Evaluación de la calidad y las condiciones de vida para orientar la política nacional}*. Dordrecht, Kluwer
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, M. & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 01-09.  
<https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1>
- Hernández, M. G., Carrasco, G. M. R. & Rosell, C. F. (2010). Evaluación de las principales redes de apoyo informal en adultos mayores del municipio Cerro. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría*, 5(1), 1-11.  
<https://files.sld.cu/gericuba/files/2010/08/publicacion-redes-mojena.pdf>
- Hervas, G. & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001)

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J. & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache { Desarrollo y validación preliminar de una escala de psique dolor}. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 224-232.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0087144>.

INEGI. (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (17 de octubre)*.

Comunicado de prensa, 105 (21), 1-2.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf)

Infocáncer. (2019). *El cáncer en el mundo y México*. Recuperado el 7 de septiembre de 2021.

<https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales>

Instituto Nacional de Cancerología (2015). *Definición de cáncer*. Unidad Funcional de Oncología Torácica y Laboratorio de Medicina Personalizada.

Instituto Nacional del Cáncer (18 de febrero de 2022). *Cáncer de riñón (células renales)* Versión para pacientes. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/rinon>

Instituto Nacional del Cáncer (18 de febrero de 2022). *Tratamiento del cáncer de testículo (PDQ®)*–Versión para profesionales de salud.

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/testiculo/pro/tratamiento-testiculo-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer (07 de abril de 2022). *Tratamiento del cáncer de tiroides en adultos (PDQ®)*–Versión para pacientes.

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/tiroides/paciente/tratamiento-tiroides-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. (19 de octubre de 2022). *Tratamiento del cáncer de estómago* (PDQ®)–Versión para pacientes.

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/paciente/tratamiento-estomago-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Cáncer de seno (mama)*.

Instituto Nacional del Cáncer. (22 de noviembre 2022). *Cáncer de ovario, de trompas de Falopio y primario de peritoneo* Versión para pacientes.

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/ovario>

Kanwal, S. & Iftikhar, R. (2019). Cognitive emotion regulation, optimism and quality of life in blood cancer patients { Regulación cognitiva de las emociones, optimismo y calidad de vida en pacientes con cancer de sangre }. *Journal of Behavioural Science*, 29(1), 13-24.

<https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=10289097&AN=143130698&h=icY374SfOfIKT%2bZ2K7HAcHW%2f5ZpeR8XfiyA8QkpOkQNMJ7j3WYGQPOGt3CFy%2bkJzgJq6qZGrpIEBj7pLOYm3Ew%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d10289097%26AN%3d143130698>

Kerlinger, F. & Lee, H. (2000). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencia sociales*. McGraw-Hill Interamericana.

Khosravi, P., Del Castillo Rueda, A. & Pérez, G. (2007). Manejo del dolor oncológico. *Anales de Medicina Interna*, 24(11). 554-557.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007001100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010)



- Kim, J. & Jang, M. (2019). Stress, social support, and sexual adjustment in married female patients with breast cancer in Korea { Estrés, apoyo social y adaptación sexual en pacientes casadas con cancer de mama en Corea}. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(1), 28-35, [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_31\\_19](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_31_19)
- Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients { Factores psicosociales en pacientes en diálisis}. *Kidney Int.* 59, 1599-1613. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2001.0590041599.x>.
- Kinkead, A. P., Garrido, L. & Uribe, L. (2011). Modalidades evaluativas en la regulación emocional: aproximaciones actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 20(1), 29-39. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807002.pdf>
- Klapheke, A.K., Keegan, T.H.M., Ruskin, R. & Cress, R.D. (2020). Pre-diagnosis health-related quality of life and survival in older women with endometrial cancer { Calidad de vida y supervivencia relacionadas con la salud antes del diagnóstico en mujeres mayores con cancer de endometrio}. *Supportive Care in Cancer*, 28(10). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05324-0>
- Lee, J., Youn, S., Kim, C., Yeo, S. & Chung, S. (2019). The influence of sleep disturbance and cognitive emotion regulation strategies on depressive symptoms in breast cancer patients { La influencia de las alteraciones del sueño y las estrategias de regulación cognitiva de las emociones sobre los síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama }. *Sleep Medicine Research*, 10(1), 36-42, <https://doi.org/10.17241/smr.2019.00388>

Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online*, 1, 5-18.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-)

33252010000400008

Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H. & Wu, H. (2017). Association between social support and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model {Asociación entre el apoyo social y los síntomas del trastorno de estrés postraumático entre pacientes chinas con cáncer de ovario: un modelo de mediación múltiple}. *Plos one*, 12(5), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177055>

Livingston, M. H., Rosenbaum, P. L., Russell, D. J. y Palisano, R. J. (2007). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us? {Calidad de vida en adolescentes con parálisis cerebral: ¿qué nos dice la literatura?}. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 225-231. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00225.x>

Martin, A. & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice {Evaluación de la calidad de vida en la investigación y la práctica de la atención sanitaria}. *Evaluation and the Health Professions*, 21(2), 141-156.

<https://doi.org/10.1177/016327879802100202>

Martínez, F., Fernández, E. & Palmero, F. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*.

McGraw-Hill Interamericana.

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un estudio de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.

<https://www.redalyc.org/pdf/582/58222505.pdf>

- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, A. & Pereno, G (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhē*. 22(1), 83-96. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.22.1.473>
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G. & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes {Evaluación del dolor psicológico en episodios depresivos mayores}. *Journal Psychiatric Research*, 45(11), 1504-1510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011>
- Meerwijk, E. L. & Weiss, S. J. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain {Hacia una definición unificadora del dolor psicológico}. *Journal of Loss & Trauma*, 16(5), 402- 412. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>.
- Merino-Martínez, R. M., Morillo-Gallego, N., Sánchez-Cabezas, A. M., Gómez-López, V.E. & Crespo-Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 274-83. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300006>.
- Misrachi, C. & Espinoza, I. (2005). Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Dental de Chile*, 96(2), 28-35.  
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123542>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *Revista MHSalud*, 1(1), 1-13.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2370/237017928002.pdf>

- Moura, R., Camilo, C. & Luís, S. (2021). As strong as we are united: effects of intrapersonal and interpersonal emotion regulation on quality of life in women with breast cancer { Tan fuertes como unidos: efectos de la regulación de las emociones intrapersonales e interpersonales en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama }. *Frontiers in psychology, 12*, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661496>
- National Center for Biotechnology Information (2008). *Tesaurus de MEDLINE*.  
<https://meshb.nlm.nih.gov/search>
- Nava, G. M. G. (2012). La calidad de vida: análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica (Mex)*, 11(3), 129-137. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- OECD, (2013). *Índice para una Vida Mejor. OECD Better life initiative*. 1-13.  
<https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P. & Gilboa-Schechtman, E. (2003) Mental pain: A multidimensional operationalization and definition { Dolor mental: una operacionalización y definición multidimensional }. *Suicide Life-Threat Behav.* 33, 219-230,  
<https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Calidad de vida. División de salud mental*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf;sequence=1#:~:text=Se%20definio%20Ia%20calidad%20de,%2C%20expectativas%2C%20criterios%20y%20preocupaciones](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;sequence=1#:~:text=Se%20definio%20Ia%20calidad%20de,%2C%20expectativas%2C%20criterios%20y%20preocupaciones).

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Manual de instrucciones de calidad de vida*. Foro Mundial de la Salud. Ginebra. <https://es.scribd.com/document/208825476/Manual-de-Instrucciones-de-La-Oms-Sobre-Calidad-de-Vida>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cáncer*. Recuperado el 10 de septiembre de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C. & Mulrow, C.D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews {La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas}. *British Medical Journal*, 71, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Palomar, J., Matus, G. L. & Victorio, A. (2013). Elaboración de una escala de apoyo social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672013000100013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100013)

Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R. B. & Reynolds, S. (1996). *Changing moods: The psychology of mood and mood regulation*. Harlow: Longman.

Pastor, M. A., López, S., Rodríguez-Marín, J., Terol, M. A. & Sanchez, S. (1995). Evaluación multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(2), 79-106. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97572/1/RevPsicolSalud\\_7\\_2\\_05.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97572/1/RevPsicolSalud_7_2_05.pdf)

Peh, C. X., Liu, J., Bishop, G. D., Chan, H. Y. Chua, S. M., Heok, Kua, E. H. & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: the mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients { Regulación de las emociones y malestar emocional: el papel mediador de la esperanza en la reevaluación y

la ansiedad/depresión en pacientes con cáncer recién diagnosticados}. *Psychooncology*, 26(8). <https://doi.org/10.1002/pon.4297>

Perales, C. M., Garcia, A. & Reyes, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 32(5), 622-630. <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>

Pérez, A. M. (1999). *Personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social*. Madrid: UNED-FUE.

Porro, M. L, Andrés, M. L. & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a10.pdf>

Posada-López, A., Palacio-Correa, M.A. & Agudelo-Suárez, A.A. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer escamocelular bucal, en la ciudad de Medellín (Colombia). *Revista Odontológica Mexicana*, 23(1), 9-22.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-199X2019000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2019000100009&lng=es&tlng=es).

Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)

Rahayuwati, L., Pahria, T., Ibrahim, K., Nurhidayah, I. & Agustina, H. S. (2020). Social support and quality of life in cancer patients: a study of palliative shelters in West Java { Apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer: un estudio de refugios paliativos en Java

Occidental }. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), 2243- 2253,  
<https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I9/PR290255>

Raja, S. N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H. & Gibson, S. (2020). *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises { La definición revisada de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: conceptos, desafíos y compromisos }*. Pain.

Reich, M. & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2-3), 453-471. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2011.v8.n2-3.37892](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892)

Reyes-Vázquez, M., Landeros-Olvera, E., Ramírez-Giron, N., & Neira-Fernandez, K. (2022). Nivel de afrontamiento y adaptación en hombres y mujeres con diferentes tipos de cáncer en México. *Revista Salud y Cuidado*, 1(4), 8-24.  
<https://dx.doi.org/10.36677/saludycuidado.v1i4.20108>

Ríos, L., Ríos, I. & Padial, P. (2000). La actividad física en la tercera edad. *Digital*. 5, 1-2.  
<https://efdeportes.com/efd18/3aedad.htm>

Sánchez-Cabezas, A., Morillo-Gallego, N., Merino-Martínez, R. M. & Crespo-Montero, R. (2019). Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 239-55. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300003>

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.

*Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

SeyedTabaee, R., Rahmatinejad, P., Mohammadi, D. & Etemad, A. (2017). The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer { El papel de las estrategias de afrontamiento y la regulación cognitiva de las emociones en el bienestar de los pacientes con cáncer}. *The Journal of Oazvin University of Medical Sciences*, 21(2), 41-49. <http://journal.qums.ac.ir/article-1-2279-en.html>

Smith, D.M. (1974). Who gets what, where and how: A welfare focus for human geography? { ¿Quién obtiene qué, dónde y cómo: un enfoque de bienestar para la geografía humana?}. *Geography*. 4(59), 289-297. <https://www.jstor.org/stable/40568285>

Solitto, M. (2014). *Estrategias de regulación emocional en pacientes con cáncer* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Dirección URL del documento: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/578>. Fecha de consulta del artículo: 14/06/23.

Soltaninejad, M. (2018). The relationship of self-differentiation and cognitive emotion regulation with quality of life in women with breast cancer { La relación de la autodiferenciación y la regulación cognitiva de las emociones con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama}.. *Journal of Breast Disease*, 11(1), 58-66. <http://ijbd.ir/article-1-644-en.html>

Tardy, Ch. H. (1985). Social support measurement {Medición del apoyo social}. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.

<https://link.springer.com/article/10.1007/bf00905728>



- Tomai, M., Lauriola, M. & Caputo, A. (2019). Are social support and coping styles differently associated with adjustment to cancer in early and advanced stages? {¿El apoyo social y los estilos de afrontamiento se asocian de manera diferente con la adaptación al cáncer en etapas tempranas y avanzadas?}. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7(1), <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.1983>
- Urzua, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Urzúa, A., Caqueo-Urizar A., Araya, G., Celedón, C., Lacouture, N., Quiroz, L. & Guzmán, M. (2016). Calidad de vida y dificultades de regulación emocional en la vida adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 135-144. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990004.pdf>
- Varela, L., Vázquez, M. I., Bolaños, L. & Alonso, R. (2011). Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología*, 31(1), 97-106. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952011000100015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000100015)
- Vaughan, E., Koczwara, B., Kemp, E., Freytag, C., Tan, W. & Beatty, L. (2018). Exploring emotion regulation as a mediator of the relationship between resilience and distress in cancer {Explorando la regulación de las emociones como mediadora de la relación entre resiliencia y angustia en el cáncer}. *Psycho-Oncology*, 28, 1506–1512. <https://doi.org/10.1002/pon.5107>
- Vega, V., Jenaro, C., Flores, N., Cruz, M. & Artaza, C. (2012). Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los

proveedores de servicios. *Universitas Psychologica*, 12(3), 923-932.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.cvad>

Velarde, E. & Avila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349-361. <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E. & Jordán de Urríes, B. (2013). *Calidad de vida*. (Eds. 2013). Discapacidad e Inclusión. (2nd. ed., pp. 443-461). Salamanca: Amarú.

Vidal, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233.

<https://doi.org/0.20986/resed.2020.3839/2020>

Vinaccia, J., Quiceno, M., Zapata, C., Abad, L., Pineda, R. & Anaya, J. M. (2006). Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 57-65. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401507.pdf>

Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psicología. Avances de la disciplina*. 6(1), 123-136.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862012000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000100010)

Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno San Pedro, E., Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60.

<https://www.ijpsy.com/volumen5/num1/109/evaluacin-de-la-calidad-de-vida-en-pacientes-ES.pdf>

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). *¿Qué calidad de vida?* Foro mundial de la salud 1996, 17(4), 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Zheng, F., Cai, J., Fan, X., Zhong, W. & Li, C. (2020). The influence of self-care ability, psychological pain, and social support on the quality of life of breast cancer patients {La influencia de la capacidad de autocuidado, el dolor psicológico y el apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama}. *International Journal of Social Sciences in Universities*, 3(3), 281-285.

[http://ijssu.com/Papers/Vol%203,%20No%203%20\(IJSSU%202020\).pdf](http://ijssu.com/Papers/Vol%203,%20No%203%20(IJSSU%202020).pdf)

## **Anexos**

### **Anexo 1 Consentimiento informado**

#### **Consentimiento Informado**

**Universidad Autónoma del Estado de México, CU UAEM-Ecatepec**

#### **Nombre de la investigación:**

**Predictores de la Calidad De Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cáncer del Estado de México.**

Antes de aceptar participar en este estudio, es importante que usted lea y entienda la siguiente explicación acerca del propósito y los beneficios del estudio y cómo éste será llevado a cabo.

Investigador principal: Lic. Ana Cecilia Sanjuan Acosta, estudiante de la maestría en psicología y salud, Universidad Autónoma del Estado de México.

#### **Propósito del estudio:**

Se le está pidiendo participar en una investigación que permita identificar qué aspectos de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social impactan en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cáncer colorrectal.

#### **Objetivo del estudio:**

El objetivo de este estudio es analizar la función predictiva de la regulación emocional, la percepción del dolor y el apoyo social en la CVRS en pacientes con cáncer colorrectal de una institución de salud pública del Estado de México

#### **Procedimientos del estudio:**

A usted se le harán preguntas acerca de sus experiencias personales como paciente con cáncer colorrectal. Estas preguntas le llevarán alrededor de 45 minutos de su tiempo. Sus respuestas se mantendrán en confidencialidad y serán guardadas en un archivero cerrado.

#### **Riesgos predecibles:**

Con base en la clasificación de riesgo, el presente estudio considera riesgos medios predecibles por participar, por lo que los participantes que lo requieran obtendrán información para que acudan con los especialistas necesarios.

### **Beneficios para participantes u otros:**

Este proyecto puede beneficiarlo en el futuro al participar en programas de apoyo para pacientes con cáncer colorrectal debido a que este estudio proveerá recomendaciones para el diseño y desarrollo de programas de intervención para la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer colorrectal, así mismo, al finalizar la investigación tendrá la oportunidad de participar en un taller de regulación emocional, el cual será impartido por miembros de esta investigación, dentro de las instalaciones de su clínica de salud. De igual manera, se hace de su conocimiento que usted no obtendrá ninguna compensación económica por participar en este estudio.

### **Recursos necesarios:**

Para que pueda participar en este estudio, no es necesario que cuente con algún tipo de recurso, debido a que la investigadora le proporcionara el material necesario para que pueda participar (cuestionarios, lápiz, goma y sacapuntas).

### **Procedimientos para mantener la confidencialidad de los archivos de la investigación:**

Toda la información será confidencial. Un número de identificación será asignado a cada caso para asegurar la confidencialidad. Este consentimiento y toda la información personal serán guardados en un archivero disponible solo para la Lic. Sanjuan.

### **Preguntas sobre el Estudio:**

Si usted tiene preguntas sobre este estudio, usted puede contactar a la Lic. Sanjuan al número telefónico 56 36 12 65 31; o con el director de tesis Dr. Arturo Enrique Orozco Vargas al correo: aeorozcov@uaemex.mx, con el codirector de tesis Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz al correo: ejcamachor@uaemex.mx y con la tutora de tesis Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León, al correo: cescotop@uaemex.mx.

### **Derechos de los participantes de la investigación:**

Su firma en la parte inferior indica que ha leído o que le ha sido leída toda la información previamente descrita en los puntos anteriores y confirma lo siguiente:

- La investigadora principal Lic. Ana Cecilia Sanjuan le ha explicado a usted el estudio y ha contestado todas sus preguntas. Se le han comunicado los posibles beneficios y los posibles riesgos y/o las incomodidades que se relacionan con este estudio.

- Usted entiende que no está obligado(a) a participar en este estudio y que su negativa a participar o su decisión de abandonar el estudio no le causarán ninguna penalización o pérdida de los derechos o beneficios en este estudio.
- Usted entiende la razón por la cual se está realizando este estudio y cómo se llevará a cabo.
- Usted entiende sus derechos como participante en esta investigación y voluntariamente acepta participar en este estudio.
- Comprendo que recibiré una copia de este consentimiento informado para mis archivos personales.

---

Firma del Participante

---

Fecha

Para el investigador:

Certifico que he revisado el contenido de esta forma con el participante que ha firmado arriba. Yo le he explicado los beneficios y los posibles riesgos y/o incomodidades que se relacionan con este estudio. Considero que la/el participante entendió la explicación.

---

Firma del Investigador

---

Fecha

## Anexo 2 Instrumentos de evaluación

*A continuación, se presenta una serie de instrumentos que tienen como finalidad conocer la manera en la que Usted maneja sus sentimientos, así como su calidad de vida. Por favor conteste a cada una de ellas con toda honestidad. Recuerde que debe dar libremente su opinión y que no hay respuestas buenas o malas, lo importante es que nos exprese lo que Usted piensa y siente. Sus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.*

**Muchas gracias por su participación**

### Datos generales

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Escolaridad ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Licenciatura  
( ) Carrera técnica ( ) Posgrado

Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Etapa de cáncer \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Generalmente todos hemos tenido que afrontar ahora o en el pasado sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia antes estas situaciones.*

*Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer en qué piensa cuando experimenta sucesos negativos o desagradables.*

**Por favor coloque una X en la respuesta que mejor describa la situación actual por la que está pasando (esta situación se refiere a su diagnóstico de cáncer).**

Ítem	Nunca o muy pocas veces verdadero	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre o casi siempre verdadero
1.- Siento que yo soy el culpable de lo que pasó					
2.- Pienso que tengo que aceptar lo que pasó					
3.- Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido					
4.- Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado					
5.- Pienso qué cosas podría haber hecho mejor					
6.- Pienso que puedo aprender algo de la situación					
7.- Pienso que podría haber sido mucho peor					
8.- Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le pasa a otros					

9.- Pienso que otros son culpables de lo que me pasó					
10.- Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado					
11- A.- Si usted está leyendo esto, marque la opción pocas veces					
11.- Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores					
12.- Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte					
13.- Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación					
14.- Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido					
15.- Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado					
16.- Pienso que tengo que aceptar la situación					
17.- Siento que soy el responsable de lo que ha pasado					
18.- Quiero entender por qué me siento de esa manera					
19.- Pienso en cómo cambiar la situación					
20.- Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas					
21- A.- Si usted está leyendo esto, marque la opción pocas veces					
21.- Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación					
22.- Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien					
23.- Pienso que esa situación tiene también partes positivas					
24.- Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido					
25.- Pienso que no puedo cambiar nada al respecto					
26.- Pienso en los errores que he cometido					
27.- Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado					
28.- Pienso en experiencias agradables					
29.- Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido					
30.- Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor					
31- A.- Si usted está leyendo esto, marque la opción pocas veces					
31.- Miro las partes positivas del problema					



32.- Pienso que tengo que aprender a vivir con ello					
33.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo					
34.- Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida					
35.- Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación					
36.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros					

**Instrucciones:** A continuación, se presenta un conjunto de afirmaciones con respecto a diversas experiencias personales; por favor, **indique con una X el grado con el cual se identifica con cada una de ellas utilizando la siguiente escala del 1 al 5.**

Ítem	Nunca o muy pocas veces verdadero	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre o casi siempre verdadero
1.- Me doy cuenta de cambios en mi cuerpo, como por ejemplo si mi respiración disminuye o aumenta.					
2.- Soy bueno para encontrar las palabras que describen mis sentimientos					
3.- Cuando hago cosas, mi mente se pierde y fácilmente me distraigo					
4.- Me critico a mí mismo por tener emociones irracionales o inapropiadas.					
5.- Pongo atención a mis músculos para ver si están tensos o relajados					
6.- Puedo fácilmente poner mis creencias, opiniones y expectativas en palabras.					
7.- Cuando estoy haciendo algo, estoy solamente enfocado en lo que estoy haciendo, en nada más.					
8.- Tiendo a evaluar si mis percepciones son correctas o incorrectas.					
9.- Cuando estoy caminando, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo al moverse.					
10.- Soy bueno pensando en palabras para expresar mis percepciones, como por ejemplo cómo las cosas saben, huelen o suenan.					
11- A.- Si usted está leyendo esto, marque la opción pocas veces					
11.- Manejo en "piloto automático" sin poner atención a lo que estoy haciendo					
12.- Me digo a mí mismo que yo no debería estarme sintiendo de la manera en la que me estoy sintiendo.					
13.- Cuando me baño, estoy alerta de las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.					
14.- Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando					

15.- Cuando estoy leyendo, enfoco toda mi atención en lo que estoy leyendo					
16.- Creo que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y no debería pensar de esa manera.					
17.- Me doy cuenta cómo los alimentos y las bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.					
18.- Tengo problemas pensando en las palabras correctas para expresar cómo me siento con respecto de las cosas.					
19.- Cuando hago cosas, consigo estar totalmente envuelto en ellas y no pienso en nada más.					
20.- Hago juicios acerca de si mis pensamientos son buenos o malos.					
21- A.- Si usted está leyendo esto, marque la opción pocas veces					
21.- Pongo atención de las sensaciones, como por ejemplo del viento en mi cabello o el sol en mi cara.					
22.- Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, es difícil para mí describirla porque no puedo encontrar las palabras correctas					
23.- No pongo atención a lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierto, estoy preocupado o distraído.					
24.- Tiendo a hacer juicios acerca de qué tan valiosas o sin valor son mis experiencias.					
25.- Pongo atención de los sonidos, como por ejemplo el tic-tac del reloj, los pájaros cantando o los autos pasando.					
26.- Incluso cuando me siento terriblemente molesto, puedo encontrar una manera para ponerlo en palabras.					
27.- Cuando estoy haciendo quehaceres como por ejemplo limpiando o lavando ropa, tiendo a soñar despierto o pensar en otras cosas.					
28.- Me digo a mí mismo que no debería de pensar de la manera en la que estoy pensando.					
29.- Me doy cuenta de los olores y aromas de las cosas.					
30.- Intencionalmente permanezco consciente de mis sentimientos.					
31- A.- Si usted está leyendo esto, marque la opción pocas veces					
31.- Tiendo a hacer varias cosas a la vez más que enfocarme en una sola cosa a la vez					
32.- Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y no debería sentirlas					
33.- Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o la naturaleza, como por ejemplo los colores, las formas, las texturas o los patrones de luz y sombras.					

34.- Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.					
35.- Cuando estoy trabajando en algo, parte de mi mente está ocupada en otros temas, como por ejemplo lo que estaré haciendo más tarde, o cosas que preferiría estar haciendo.					
36.- Me desapruero a mí mismo cuando tengo ideas irracionales.					
37.- Pongo atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.					
38.- Consigo estar completamente absorbido en lo que estoy haciendo, y así toda mi atención está enfocada en ello.					
39.- Me doy cuenta cuando mi estado de ánimo comienza a cambiar.					

*En las siguientes 22 preguntas le pedimos que describa su dolor y cómo éste afecta a su vida.*

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor, sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duela.

Delante  Detrás

Derecha  Izquierda  Izquierda  Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

---



---

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

---



---

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

---



---

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio    0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100% Alivio total

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> La medicación para el dolor no me ayuda nada | 5. <input type="checkbox"/> 4 hr.                             |
| 2. <input type="checkbox"/> 1 hr.  | 6. <input type="checkbox"/> De 5 a 12 hr.                     |
| 3. <input type="checkbox"/> 2 hr.  | 7. <input type="checkbox"/> Mas de 12 hr.                     |
| 4. <input type="checkbox"/> 3 hr.  | 8. <input type="checkbox"/> No tomo medicación para el dolor. |

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.  
Creo que mi dolor es debido a:

- Si     No A. Los efectos del tratamiento (p.e. medicación, operación, radiación, prótesis)
- Si     No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando)
- Si     No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p.e. artrosis)

Por favor, describa esta situación:

---

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «si» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

- |   |   |
|---|---|
| Dolorido/Continuo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Mortificante (calambre) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Palpitante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No        | Agudo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                   |
| Irradiante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No        | Sensible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |
| Punzante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          | Quemante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |
| Fatigoso (pesado) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Agotador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |
| Penetrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No        | Entumecido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No              |
| Persistente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No       | Penoso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                  |
|   | Insoportable <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No            |

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo.

B. Estado de ánimo

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo.

C. Capacidad de caminar

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo.

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas).

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo.

E1. Si usted esta leyendo esto, marque el numero 5

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo.

E. Relaciones con otras personas.

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado Por completo.

F. Sueño

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado Por completo.

G. Disfrutar de la vida

No me ha afectado. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado Por completo.

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:

1.  De forma regular
2.  Solo cuando lo necesito
3.  No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):

1.  No todos los días
2.  1 a 2 veces al día
3.  3 a 4 veces al día
4.  5 a 6 veces al día
5.  Mas de 6 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

1.  Si
2.  No
3.  No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1.  Si
2.  No
3.  No lo sé



9	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				
10	Cuento con al menos una persona que me ayuda a entender por qué no hice algo bien.				
11-A	Si usted está leyendo esto, marque la opción de acuerdo				
11	Cuento con al menos una persona que puede guardar en secreto lo que hablamos				
12	Cuento con al menos una persona que se preocupa por mi bienestar				
13	Cuento con al menos una persona que me dice que se siente cercana a mí.				
14	Cuento con al menos una persona que me hace saber que hice algo bien				
15	Cuento con al menos una persona que me acepta como soy.				
16	Cuento con al menos una persona con la que hablo de las cosas que me interesan.				
17	Cuento con al menos una persona con la que puedo hablar de mis sentimientos más profundos				
18	Cuento con al menos una persona con la que puedo contar en caso de necesidad.				
19	Cuento con al menos una persona que me hace saber cómo se sintió en una situación similar a la que yo estoy pasando.				
20	Cuento con al menos una persona que me respeta por las cosas que he hecho bien				
21-A	Si usted está leyendo esto, marque la opción de acuerdo				
21	Cuento con al menos una persona que ha estado conmigo en momentos difíciles				

*Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud.*

**Instrucciones:** Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, **rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.** No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas".

Item	No	Si
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor parte del día?	1	2
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2
6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?	1	2
7. ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	1	2

## DURANTE LA SEMANA PASADA:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas	1	2	3	4



