

## Estrategias de afrontamiento al dolor relacionadas con la calidad de vida en mujeres con cáncer en tres grupos de edad

### Pain coping strategies related to quality of life in women with cancer in three age groups

Adrián García-Arjona

Lucía Quezada-Berumen

*Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León*

(Rec: diciembre de 2021- Acept: octubre de 2022)

#### Resumen

El cáncer tiene múltiples consecuencias, las cuales afectan la calidad de vida de los/as pacientes que lo padecen. En este contexto, el objetivo de este trabajo fue identificar las estrategias de afrontamiento al dolor asociadas con la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer. Se trató de un estudio no experimental, transversal. Participaron 65 mujeres de 30 a 65 años con diagnóstico de cáncer las cuales respondieron el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD) y el Cuestionario de Salud SF-36. Se observó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la distracción, autoafirmación y religión, mientras que las dimensiones de la calidad de vida con mayor mejora fueron el rol emocional y la salud mental. Al analizar la relación de acuerdo con el ciclo vital de las participantes, se encontró que las mujeres de 30 a 45 y de 54 a 65 años utilizaron más estrategias de afrontamiento desadaptativas, las cuales no necesariamente repercuten de forma negativa en la calidad de vida. Se propone la existencia de diferentes formas de afrontamiento según la edad de las pacientes, estrategias que pueden tener un papel adaptativo o desadaptativo dependiendo de la calidad de vida.

**Palabras claves:** estrategias de afrontamiento al dolor; calidad de vida; psicooncología; cáncer de mama.

#### Abstract

Cancer has multiple consequences that affect the quality of life of patients. *Objective:* to identify pain coping strategies associated with quality of life in women diagnosed with cancer. *Method:* It was a non-experimental, cross-sectional study. Sixty-five women from 30 to 65 years old with a cancer diagnosis participated and answered the Coping with Chronic Pain Questionnaire (CPQ) and the Health Survey SF-36. *Results:* The most frequent coping strategies were distractions, self-assertion and religion, while the dimensions of quality of life with the better improvement were emotional role and mental health. When analyzing the relationship according to the life cycle of the participants, it was found that women aged 30 - 45 and 54 - 65 years old used more maladaptive coping strategies, which do not necessarily have a negative impact on quality of life. *Conclusions:* the existence of different forms of coping is proposed depending on the age of the patients, which may have an adaptive or maladaptive role depending on the quality of life.

**Keywords:** pain coping strategies; quality of life; psycho-oncology; breast cancer.

## Introducción

El cáncer tiene múltiples consecuencias, las cuales no se reducen sólo a nivel orgánico o físico (Antoni, 2013). El ámbito psicológico del cáncer ha sido estudiado por diversos profesionales de la salud, donde se ha enfocado prioritariamente en las estrategias de afrontamiento y la adaptación que tienen los pacientes al diagnóstico (Pérez, González, Mielles y Uribe, 2017).

Las estrategias de afrontamiento se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente a una demanda interna o externa, generada por una situación específica grave (Lazarus y Folkman, 1984). Así, situaciones determinadas generan un afrontamiento específico. En este sentido, el dolor es una de las consecuencias más frecuentes del cáncer, afectando directamente la calidad de vida y salud de las personas (Gordillo, Fierro, Cevallos y Cervantes, 2017), pudiendo llegar a producir sufrimiento y desesperanza, que a su vez se convierte en ansiedad, depresión y/o estrés (Garrido, 2013). Cabe mencionar que el dolor depende del ciclo vital. En este sentido, los adultos jóvenes tienden a manifestar un mayor dolor en comparación con los adultos de mayor edad, por lo que, si el dolor no es intenso, es más probable que se utilicen estrategias de afrontamiento activas debido a su buen nivel de funcionamiento (Rodríguez, Esteve y López, 2000; Gutiérrez, 2014).

Cuando el dolor aparece en los pacientes oncológicos, su calidad de vida se ve afectada en todos los dominios, causando efectos como insomnio y fatiga (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016). La calidad de vida es definida como la percepción personal de la salud física, psicológica, interpersonal y espiritual que se presenta en el contexto donde se desenvuelve una persona. La calidad de vida será proporcional al incremento o decremento de importancia que la persona brinde ante determinadas situaciones (OMS, 1996). Dentro de la evaluación de la calidad de vida de mujeres con cáncer, se plantea que la percepción de satisfacción física, mental, emocional, social y personal muestran un rol importante, influyendo en el periodo de adaptación de manera general a la enfermedad (Lostanau, Torrejón & Cassaretto, 2017). Una actitud activa hacia el cáncer da fuerza a una persona para combatir el dolor (Rogala, Mazur, Maslinka, Koper & Staniszevska, 2016), es decir, las personas con cáncer se centran en el mantenimiento y mejoramiento de su salud, gracias a la percepción que tienen (Azcárate-García, Valle-Matildes, Villaseñor-Hidalgo & Gómez-Pérez, 2017).

Una herramienta cognitiva y emocional que puede regular y mejorar la adaptación al dolor en pacientes con cáncer, son las estrategias de afrontamiento (Hermosilla & Sanhueza, 2015). Así, determinadas estrategias de afrontamiento pueden ser más adaptativas que otras, ayudando a mitigar la percepción y el impacto de los síntomas de la enfermedad, impactando directamente en la calidad de vida (Gutiérrez, 2014; Nipp et al., 2016).

Estrategias y habilidades de afrontamiento, como la expresión emocional escrita, las autoafirmaciones positivas (Suárez & Pérez, 2011), la esperanza y/o distracción cognitiva (Barragán & Almanza-Rodríguez, 2013) e incluso la ignorancia de la sensación (Tabriz, Mohammadi, Roshandel, Talebi & Khorshidi, 2018), facilitan la realización de procesos mentales que disminuyen la intensidad y la duración de la experiencia del dolor, considerándose herramientas adaptativas. En contraste,

el llanto, la desesperación y el enojo impiden la capacidad de concentración en relación con el tratamiento, afrontando de manera negativa la enfermedad, decayendo su calidad de vida (Torrecilla, Casari & Rivas, 2016).

Hoy en día, el cáncer es una preocupación latente que causa incertidumbre y preocupación en el mundo. Se estima que para el año 2030 habrá cerca de 23.6 millones de casos nuevos a nivel mundial, siendo casi el doble de los números registrados en 2012, según el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos (NCI, 2019). El panorama en México es alarmante, debido a que el cáncer es la tercera causa de muerte, con 12% de defunciones y, de estos casos, el 60% se diagnostican en etapas tardías (Mohar-Betancourt, Reynoso-Noverón, Armas-Texta, Gutiérrez-Delgado & Torres-Domínguez, 2017). En el estado de Nuevo León, las estadísticas de mortalidad ocasionadas por tumores cancerígenos van en aumento y en 2012 representaron la segunda causa de muerte, lo que equivale al 14.9% de las defunciones (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en México [INEGI], 2014).

Actualmente, cuando se aborda el cáncer deben considerarse aspectos de la dinámica familiar y social (Mishra, Brakely, Kano, Nedjat-Haiem & Sussman, 2018), así como el componente emocional (Almanza-Muñoz, Romero-Romo & Holland, 2000), ya que la evaluación pertinente de estos elementos es clave para delimitar las respuestas psicológicas, tanto adaptativas o desadaptativas en distintos momentos (Rey et al., 2017). Dicha evaluación debe de tomar en cuenta la edad, ya que en personas jóvenes pueden presentarse más emociones negativas, debido a la incertidumbre de su futuro (Alcañiz, 2017).

El constante esfuerzo en comprender y manejar la enfermedad puede generar altos niveles de estrés, por lo que un manejo inadecuado afectará la adaptación y manejo emocional (Ramos et al., 2020). De igual forma, el estudio de las estrategias de afrontamiento es un eje fundamental para manejar y controlar efectivamente las consecuencias psicológicas negativas, así como el dolor (Gutiérrez, 2014), con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer (Coyotl et al., 2015).

Promover estrategias de afrontamiento adaptativas, tendrá también un impacto en los profesionales de la salud en ámbitos oncológicos, mejorando el rendimiento orgánico y eliminando síntomas psicósomáticos a partir de una panorámica biopsicosocial. La concientización que puede generar este tipo de investigaciones ayudará a mitigar pesares en los pacientes afectados, que van desde lo físico hasta lo mental, haciendo que la personalidad, en términos de afrontamiento hacia el dolor y la enfermedad, se perciba desde un ámbito positivo y de ayuda para sobrellevar y aceptar el cáncer (García-Conde, 2014).

Por lo antes expuesto, el objetivo del presente trabajo fue identificar y evaluar la relación que existe entre estrategias de afrontamiento sobre el dolor y la calidad de vida, percibida por mujeres con cáncer de distintas edades.

## Método

### Diseño

Se trató de un estudio no experimental y exploratorio, empleando un muestreo no probabilístico.

### Participantes

Participaron 65 mujeres con diagnóstico de cáncer

quienes reportaron tener algún grado de dolor como causa de la enfermedad durante las últimas cuatro semanas. La media de edad fue 48.5 años ( $DE = 9.5$ , rango 30 - 65 años). Respecto del estado civil, el 64.6% correspondió a casadas, 15.4% en unión libre, 7.7% solteras y 6.2% separadas y divorciadas. El 93.8% reportó tener al menos un hijo y el 92.3% señaló pertenecer a la religión católica. El tipo de cáncer que predominó fue de mama (90.8%), seguido de cervicouterino y de tiroides.

### Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD; Soriano & Monsalve, 2002), el cual contiene 31 ítems repartidos en 6 factores (religión, catarsis, autocontrol, autoafirmación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de información) relacionados con el dolor que presenta la paciente. Cuenta con cinco opciones de respuesta: 1= totalmente en desacuerdo, 2 = más en desacuerdo que de acuerdo, 3 = ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4 = más de acuerdo que en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Los índices de confiabilidad a través del alfa de Cronbach para cada uno de los factores oscilan de .78 a .94 en la muestra española. En el presente estudio los coeficientes alfa oscilaron de .75 a .90 entre los seis factores.

De igual manera, se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto & Antó, 1995), el cual evalúa la calidad de vida de la persona en relación con ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La confiabilidad para cada una de estas dimensiones evaluada a través del alfa de Cronbach en la versión española oscila entre "aceptable" y "excelente" (función física = .80, rol físico = .90, dolor corporal = .88, salud general = .71, vitalidad = .74, rol emocional = .94, salud mental = .77), con excepción de la dimensión de función social ( $\alpha = .45$ ). En el presente estudio, los índices de consistencia interna para cada una de las dimensiones fueron de .70 a .86; aunque la dimensión de salud general presentó baja consistencia interna ( $\alpha = .37$ ).

Para conocer el grado de dolor experimentado por las participantes se consideró el ítem 21 de la SF-36 referente al grado de dolor durante en las últimas cuatro semanas (*¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?*) con las siguientes opciones de respuesta: 1 = No, ninguno; 2 = Sí, muy poco; 3 = Sí, un poco; 4 = Sí, moderado; 5 = Sí, mucho; 6 = Sí, muchísimo.

### Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio se contó con la aprobación de la Subdirección de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nueva León- UANL. En primera instancia, se contactó a dos asociaciones civiles que apoyan a mujeres con diagnóstico de cáncer (Fuerza Rosa y

Unidas Contigo) para solicitar los permisos para acceder a las participantes y establecer una logística adecuada con el apoyo del personal. Por las complejidades que representó la pandemia por COVID-19, la recolección de los datos se realizó de manera electrónica mediante la plataforma Google Forms. Se informó a las participantes de la naturaleza y propósito del estudio para después entregar el consentimiento informado para su participación en el estudio. La liga de acceso de los instrumentos de evaluación estuvo disponible desde el 14 de julio de 2020 hasta el 23 de octubre del mismo año. A aquellas participantes con dificultad para acceder a los instrumentos en línea, se les contactó de manera telefónica, donde a manera de entrevista estructurada se encuestó a las participantes.

Este estudio cumplió con las consideraciones éticas de la American Psychological Association (APA, 2010). La participación fue voluntaria y como incentivo por la participación en el estudio, se hicieron llegar playeras con mensajes motivadores a las participantes a través de las asociaciones.

### Análisis de los datos

Para el análisis de los datos, se utilizó el software SPSS 21. Al contrastar la normalidad de las variables con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, las variables de estudio no se ajustaron a una distribución normal ( $p < .05$ ). Además, se realizó un análisis de correlación (Rho de Spearman), para identificar aquellas estrategias de afrontamiento de dolor que se relacionan con la calidad de vida. Así mismo, para identificar diferencias entre los grupos, se realizaron pruebas de diferencia para grupos independientes (U de Mann-Whitney y Kruskal - Wallis). Se consideró un valor de  $p < .05$  para que los resultados fueran considerados como significativos.

## Resultados

### Descriptivos de las variables

Considerando el ítem 21 de la SF-36 como indicador del grado de dolor, la muestra reportó un puntaje promedio de 3.74 ( $DE = 1.27$ ), ubicándose el dolor de la muestra entre "muy poco" y "moderado" de acuerdo con las opciones de respuesta.

Se identificaron las estrategias de afrontamiento al dolor más utilizadas (CAD), así como de las dimensiones de la calidad de vida con mayor y menor mejora (SF-36). La distracción, la autoafirmación y la religión fueron las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por la muestra, mientras que en menor medida se encuentran la catarsis y autocontrol mental. Con relación a la calidad de vida, las dimensiones de rol emocional y salud mental son las que se reportan con mayor mejora. La función física y el dolor corporal tuvieron una percepción menos positiva en las participantes (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor y las dimensiones de calidad de vida (N = 65)*

		Mínimo	Máximo	Media	DE
<i>Afrontamiento al dolor</i>	Religión	5	20	17.60	3.880
	Catarsis	0	20	11.58	6.059
	Distracción	2	24	18.91	4.461
	Autocontrol Mental	0	16	8.71	5.120
	Autoafirmación	11	20	18.34	2.262

	Búsqueda de Información	1	20	15.68	4.427
<i>Calidad de vida</i>	Función Física	8.33	100	53.29	21.27
	Rol Físico	8.33	100	63.52	20.41
	Dolor Corporal	0	90	52.34	22.07
	Salud General	12.50	100	56.54	21.21
	Vitalidad	12.50	93.75	58.27	15.90
	Función Social	0	100	58.46	25.30
	Rol Emocional	31.25	96.88	71.11	17.01
	Salud Mental	25.00	100	70.00	21.24

### Asociación entre las variables de estudio

Con la finalidad de evaluar la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, un primer análisis de correlación reveló la ausencia de asociaciones significativas entre los indicadores de los dos cuestionarios. De igual forma se exploró la relación entre el nivel de dolor (ítem 21 de la SF-36) con las variables de estudio, encontrándose únicamente asociación con las dimensiones de función física ( $r_s = -.383$ ;  $p = .002$ ) y rol físico ( $r_s = -.322$ ;  $p = .009$ ).

Debido a las pocas asociaciones encontradas se retomó lo propuesto por Rodríguez et al. (2000) y Gutiérrez (2014),

quienes postulan que el dolor depende del ciclo de vida y que, dependiendo de éste, es más probable que se utilicen diferentes estrategias de afrontamiento, impactando en la calidad de vida. La muestra se dividió en grupos de edad usando puntos percentiles, formándose tres grupos: 1) mujeres de 20 - 45 años, 2) de 46 - 53 años y el 3) de 54 - 65 años. Los estadísticos descriptivos de las variables para cada grupo de edad se muestran en las Tablas 2 y 3. Para los tres grupos de edad, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la autoafirmación, la distracción y la religión. Por otro lado, las menos utilizadas son la catarsis y el autocontrol mental (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor por grupo de edad*

		Mínimo	Máximo	Media	DE
30 a 45 (n = 23)	Religión	7	20	17.09	4.033
	Catarsis	0	20	10.17	5.589
	Distracción	2	24	18.04	4.913
	Autocontrol Mental	0	16	8.00	4.513
	Autoafirmación	13	20	18.26	1.959
	Búsqueda de Información	4	20	15.78	3.801
46 a 53 (n = 22)	Religión	5	20	17.77	4.396
	Catarsis	0	20	11.91	6.568
	Distracción	10	24	19.27	3.844
	Autocontrol Mental	0	16	8.82	5.586
	Autoafirmación	11	20	17.91	2.689
	Búsqueda de Información	1	20	15.14	5.701
54 a 65 (n = 20)	Religión	12	20	18.00	3.162
	Catarsis	0	20	12.85	5.967
	Distracción	8	24	19.50	4.617
	Autocontrol Mental	0	16	9.40	5.394
	Autoafirmación	13	20	18.75	2.173
	Búsqueda de Información	8	20	16.15	3.573

Con relación a la calidad de vida, los puntajes más elevados (las mejoras más importantes) se encontraron en el rol emocional y la salud mental. Dentro de este grupo, las dimensiones de función social, función física y vitalidad resultaron menos favorecidas. Para los grupos de 46 a 53 años y de 54 a 65 años, las dimensiones con menor mejora fueron dolor corporal y función física.

**Tabla 3***Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento al dolor por grupo de edad*

		Mínimo	Máximo	Media	DE
30 a 45 (n = 23)	Función Física	25	83.33	53.44	17.25
	Rol Físico	33.33	91.67	62.68	17.20
	Dolor Corporal	0	90	53.89	23.55
	Salud General	12.50	87.50	56.52	21.60
	Vitalidad	25.00	75.00	53.53	12.47
	Función Social	12.50	100	52.71	23.21
	Rol Emocional	50	96.88	70.24	13.15
	Salud Mental	25	100	65.94	20.70
46 a 53 (n = 22)	Función Física	20.83	83.33	53.78	19.79
	Rol Físico	33.33	91.67	64.20	19.86
	Dolor Corporal	0	90	53.18	20.80
	Salud General	12.50	100	59.65	20.01
	Vitalidad	18.75	93.75	61.93	17.24
	Función Social	25	100	67.04	25.74
	Rol Emocional	31.25	96.88	75.14	19.77
	Salud Mental	33.33	100	72.72	22.44
54 a 65 (n = 20)	Función Física	8.33	100	52.56	27.30
	Rol Físico	8.33	100	63.75	24.96
	Dolor Corporal	12.50	90	49.62	22.54
	Salud General	12.50	100	53.12	22.53
	Vitalidad	12.50	81.25	59.68	17.26
	Función Social	0	100	55.62	25.80
	Rol Emocional	31.25	93.75	67.65	17.89
	Salud Mental	25	100	71.66	20.83

Para identificar posibles diferencias entre los grupos con relación al grado de dolor, estrategias de afrontamiento al dolor y calidad de vida, se llevó a cabo un análisis de diferencia de grupos a través de la prueba Kruskal-Wallis. Los resultados indicaron que los grupos fueron equivalentes en todas las variables ( $p > .05$ ). Al no encontrarse diferencias entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las dimensiones de la calidad de vida entre los grupos de edad, se indagó sobre la interacción de dichas variables en cada grupo.

Se evaluó la relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las dimensiones de calidad de vida en cada uno de estos grupos (Tabla 4). En el grupo de 30 - 45 años se encontró una relación negativa entre la religión y vitalidad, una

relación positiva entre distracción y dolor corporal, así como una asociación negativa entre el autocontrol mental con el rol físico y la salud mental.

Los resultados para el grupo de 46 a 53 años (Tabla 4) indicaron relaciones positivas entre la estrategia de afrontamiento de búsqueda de información con las dimensiones de rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social y rol emocional de calidad de vida. Finalmente, en el grupo de 54 a 65 años se encontró una asociación positiva entre la estrategia de afrontamiento de distracción y la salud general, además de una relación negativa entre búsqueda de información y salud mental.

**Tabla 4***Correlación de Spearman entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida de acuerdo con los grupos edad*

	Paciente de 30 a 45 años (n = 23)							
	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Religión	-.321	-.303	-.310	-.409	-.591**	-.258	-.213	-.312
Catarsis	.063	.014	-.169	.109	-.396	-.076	-.030	.041
Distracción	.382	.354	.538**	-.170	.082	.166	.365	.055
Autocontrol Mental	-.337	-.552**	-.366	-.064	-.150	.042	-.211	-.464*
Autoafirmación	.207	.126	.119	-.001	-.015	.001	-.005	-.089

Búsqueda de Información	.081	.037	-.149	.066	.037	.020	.062	.276
<i>Pacientes de 46 a 53 años (n = 22)</i>								
Religión	-.099	-.172	-.041	-.114	-.086	.309	-.251	.104
Catarsis	.100	.103	.377	-.085	-.049	.000	-.014	-.100
Distracción	-.420	-.324	-.159	-.071	.069	.117	.166	.097
Autocontrol Mental	-.103	-.030	-.039	-.250	-.016	-.094	-.061	-.272
Autoafirmación	-.135	-.297	-.114	-.104	.153	.175	-.116	.116
Búsqueda de Información	.348	.519*	.482*	.325	.636**	.433*	.559**	.124
<i>Pacientes de 54 a 65 años (n = 20)</i>								
Religión	-.325	-.193	.007	-.017	-.100	-.295	-.134	-.034
Catarsis	-.298	-.430	-.198	.338	.029	-.231	-.218	-.288
Distracción	-.174	-.167	-.007	.451*	.337	-.351	.002	.086
Autocontrol Mental	-.071	-.119	-.007	.204	-.023	-.063	-.040	-.059
Autoafirmación	-.257	-.091	-.201	-.106	-.312	-.404	-.198	.048
Búsqueda de Información	-.339	-.346	-.302	.181	-.187	-.238	-.257	-.473*

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

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

### Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo identificar y evaluar la relación que existe entre estrategias de afrontamiento sobre el dolor y la calidad de vida en mujeres con cáncer de acuerdo con la edad. Los resultados sugieren que en función de la etapa del ciclo vital en que se encuentren las mujeres con cáncer, se utilizarán diferentes estrategias de afrontamiento que les permitan percibir una mejor calidad de vida.

Al identificar las estrategias de afrontamiento al dolor en la muestra total, entre las más frecuentemente utilizadas se encontraron la distracción, la religión y la autoafirmación (centradas en la emoción), donde la literatura sugiere que las personas con cáncer utilizan este enfoque con mayor frecuencia que las personas sin diagnóstico de cáncer (Ahadi et al., 2015). Con relación a lo anterior, Higgings, Bailey, LaChapelle, Harman y Hadjistavropoulos (2015) reportaron que las personas con un enfoque hacia las emociones presentaron mayor dolor percibido que las personas con un enfoque hacia el problema. Tomando en cuenta que la función física y el dolor corporal son los dos factores de calidad de vida con percepción más negativa en las mujeres encuestadas, su enfoque hacia las emociones podría alterar dicha apreciación.

Al identificar las dimensiones de la calidad de vida con mejor valoración, el rol emocional y la salud mental se reportaron como los dos factores con mejor percepción de calidad de vida. Estos resultados concuerdan con los reportados por Krederdt, Huincho & León (2020) donde una proporción importante de la muestra de pacientes con cáncer de mama mostró una adecuada salud psicológica.

Un primer análisis de correlación reveló la ausencia de asociaciones significativa entre los indicadores de los dos cuestionarios. Por lo que tomando en cuenta la literatura acerca de las diferencias en estrategias de afrontamiento y su utilización con relación en la etapa del ciclo vital (Rodríguez et al., 2000; Gutiérrez, 2014; Nipp et al., 2016), la muestra se dividió en tres grupos de edad: 1) mujeres de 20 – 45 años, 2) de 46 – 53 años y 3) de 54 – 65 años para analizar la interacción de las variables en cada uno de estos grupos.

En el grupo de 30 a 45 años, en primera instancia se encontró una relación negativa entre religión y vitalidad. La religión puede ser considerada como una estrategia de afrontamiento pasiva que, al utilizarse, mitiga el impacto emocional, más no el impacto físico, lo que puede conllevar a niveles más bajos de vitalidad (Ruiz-Doria, Valencia-Jiménez & Ortega-Montes, 2020). Lo anterior también puede suceder con las relaciones negativas encontradas entre el autocontrol mental con el rol físico y la salud mental en este grupo. Así, al percibir un mejor desenvolvimiento físico y mental durante el cáncer, el autocontrol mental no tiene un rol tan importante en el avance de la enfermedad (Costa, Monteiro, Queiroz & Goncalves, 2017), debido a que no se necesita controlar el dolor, siendo una señal positiva para la poca o nula aparición de trastornos psicológicos y emocionales (Shrestha et al., 2017). De esta manera, se mejoran algunos aspectos de la calidad de vida, como el rol físico y salud mental (Tsaras et al., 2018).

En el mismo grupo de edad, existió una relación positiva entre distracción y dolor corporal, sugiriendo que, a una mejora en esta dimensión, mayor empleo de la estrategia de distracción. Determinados enfoques de afrontamiento sirven como mediador de las evaluaciones cognitivas, en concreto, la capacidad de control de situaciones específicas y síntomas de estrés (Riley & Park, 2014), lo que nos lleva a pensar que, en dolor bajo, la distracción mediaba dichos juicios de pensamiento. Retomando el modelo teórico de Tabriz et al. (2018), algunas estrategias de afrontamiento desadaptativas ayudan a mitigar consecuencias del cáncer que son prioridad en el momento, que no son tan prominentes en la vida de las personas, o que no toman la debida importancia por las pacientes.

En el grupo de pacientes de 46 a 53 años, la búsqueda de información (estrategia adaptativa) se asoció positivamente al rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social y rol emocional. En este sentido, la búsqueda de información ayuda a moderar y prevenir consecuencias psicológicas a través de información educativa que ayuda a entender la enfermedad y sus consecuencias, además de contribuir al mantenimiento de la calidad de vida en general (Jiang & Street, 2017). Lo anterior sugiere que la importancia de corroborar que las pacientes

comprendan la enfermedad, así como las consecuencias en función del conocimiento de su fisonomía y psicología, deben ser pilares en los tratamientos multidisciplinarios como parte de los servicios de salud públicos y privados (Blödt et al., 2018; Kugney, Meyer-Weitz & Asante, 2019).

Finalmente, para el grupo de 54 a 65 años, se encontró una relación positiva entre la distracción y salud general, y en contraste con lo encontrado en el anterior grupo de edad, una relación negativa entre búsqueda de información y salud mental. Los anteriores hallazgos difieren de lo encontrado por Rodríguez et al. (2014), quienes sugieren que los pacientes de mayor edad son los que utilizarían más estrategias activas. No obstante, nuestros resultados son consistentes con investigaciones donde se plantea que, entre más edad se tenga, el rol de las emociones y cómo estas influyen en la cotidianidad de las personas proporcionan una base que hace innecesarias, e incluso contraproducentes, las estrategias de afrontamiento adaptativas (Casellas-Grau, Vives, Font & Ochoa, 2016), debido a que la incorporación de éstas puede traer pensamientos fatalistas (Emanuel, Godinho, Steinman & Updegraff, 2016).

### Limitaciones del estudio

Este estudio cuenta con varias limitaciones. Al ser un muestreo intencional, no se permite la generalización de resultados. De igual forma, al ser un estudio transversal exploratorio, la sugerencia para investigaciones futuras se centra en la utilización de estudios longitudinales, donde pueda valorarse la evolución de las variables de estudio a través del tiempo. El tipo de cáncer que predominó entre las participantes fue el de mama, por lo que los resultados son guiados en su mayoría por las pacientes con este tipo de cáncer. Futuros estudios podrían considerar distintos tipos de cáncer y realizar comparaciones entre estos con la finalidad de encontrar posibles diferencias y similitudes.

Debido a la contingencia sanitaria por el SARS-CoV-2 y ante la imposibilidad de acudir presencialmente con las pacientes, el levantamiento de información se realizó a través de un enlace a través de internet y entrevistas telefónicas. Por lo anterior, cabe señalar el riesgo de sesgo en las respuestas de las participantes. Asimismo, por las complejidades de la contingencia de salud y los retos en la recopilación de información médica precisa, este estudio no pudo contar con algunas variables relevantes como el tiempo desde el diagnóstico. En este sentido, se resalta la importancia de tomar en consideración variables como el tiempo con el diagnóstico y la escolaridad de las participantes.

Es importante mencionar el bajo coeficiente de confiabilidad encontrado para la dimensión de Salud General del SF-36 de calidad de vida. Lo anterior puede deberse al número de indicadores de esta dimensión (dos preguntas). Por lo anterior, es importante tomar con cautela los resultados con dicha dimensión. Por último, resulta importante considerar el contexto cultural, ya que puede ser una herramienta útil para comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas y realizar posibles comparaciones dentro de nuestro país.

### Implicaciones y conclusiones del estudio

Si bien las asociaciones de la calidad de vida en función de las estrategias de afrontamiento al dolor no brindan una pauta específica, estas pueden ser relevantes para todos los profesionales involucrados en la salud de las pacientes. Lo anterior invita a una labor más personalizada, considerando la

edad de las pacientes, así como las estrategias de afrontamiento al dolor utilizadas y el rol que pueden desempeñar dichas estrategias (adaptativas o desadaptativas) con la finalidad de ofrecer una mejor calidad en el tratamiento integral de las pacientes con cáncer. En conclusión, se propone la existencia de diferentes formas de afrontamiento en función de la edad de las pacientes, las cuales pueden tener un papel adaptativo o desadaptativo en función de los niveles de la calidad de vida.

### Referencias

- Ahadi, H., Delavar, A., & Rostami, A. (2015). Comparing coping styles in cancer patients and healthy subjects. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116(21), 3467-3470. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.785>
- Alcañiz, M. (2017). Impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].
- Almanza-Muñoz, J., Romero-Romo, J., & Holland, J. (2000). Psico-oncología: Abordaje psicosocial del paciente con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 54(5), 261-273.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(2), 771-776.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Washington, DC: Author.
- Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course, and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, S88-S98. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.05.009>
- Azcárate-García, E., Valle-Matildes, U., Villaseñor-Hidalgo, R., & Gómez-Pérez, A. (2017). Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención Familiar*, 24(4), 169-172. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.08.002>
- Barragán, J., & Almanza, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335.
- Blödt, S., Kaiser, M., Adam, Y., Adami, S., Schultze, M., ... & Holmberg, C. (2018). Understanding the role of health information in patients' experiences: Secondary analysis of qualitative narrative interviews with people diagnosed with cancer in Germany. *BMJ Open*, 8(3), e019576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019576>
- Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The Breast*, 27, 136-168. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.04.001>
- Costa, W., Monteiro, M., Queiroz, J., & Gonçalves, A. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758-763. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(12\)07](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(12)07)
- Coyotl, E., Morales, F., Xicali, N., Torres, A., Villegas, M., Tenahua, I., ... & Arrijoja, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 51-61. <https://doi.org/10.1989/ejhr.v1i2.5>
- Emanuel, A. S., Godinho, C. A., Steinman, C., & Updegraff, J. A. (2016). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal*

- of *Health Psychology*, 23(12), 1533-1544. <https://doi.org/10.1177/1359105316664129>
- García-Conde, A. (2014). Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos [Tesis de doctorado, Universitat de València].
- Garrido, R. (2013). Manejo del dolor en cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 661-666. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70205-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70205-0)
- Gavric, Z., & Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of quality of life of women with breast cancer. *Global Journal of Health Science*, 8(9), 1-9. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p1>
- Gordillo, F., Fierro, M., Cevallos, N., & Cervantes, M. (2017). La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.07.002>
- Gutiérrez, J. (2014). Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería Castilla y León*, 6(2), 74-91. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/132/105>
- Hermosilla, A., & Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 11-21.
- Higgins, N., Bailey, J., LaChapelle, D., Harman, K., & Hadjistavropoulos, T. (2015). Coping styles, pain expressiveness, and implicit theories of chronic pain. *The Journal of Psychology*, 149(7), 773-795. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.977759>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). Estadísticas a Propósito de... Día Mundial Contra el Cáncer (4 de febrero). Datos Nuevo León. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/cancer19.pdf>
- Jiang, S., & Street, R. (2017). Pathway linking internet health information seeking to better health: A moderated mediation study. *Health Communication*, 32(8), 1024-1031. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1196514>
- Krederdt, S., Huincho, B., & León, J. (2020). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama en el servicio ambulatorio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. *Revista científica CURAE*, 3(2), 1-16.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Asante, K. (2019). Access to health information, health literacy, and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1357-1363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Mishra, S., Brakey, H., Kano, M., Nedjat-Haiem, F., & Sussman, A. (2018). Health-related quality of life during cancer treatment: Perspectives of young adult (23-29 years) cancer survivors and primary informal caregivers. *European Journal of Oncology Nursing*, 32, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.12.003>
- Mohar-Betancourt, A., Reynoso-Noverón, N., Armas-Texta, D., Gutiérrez-Delgado, C., & Torres-Domínguez, J. (2017). Cancer trends in Mexico: Essential data for the creation and follow-up of public policies. *Journal of Global Oncology*, 3(6), 740-748. <https://doi.org/10.1200/JGO.2016.007476>
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). (2019). Diagnóstico y estadificación. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion>
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., ... Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud*, 1(4), 385-387.
- Pérez, P., González, A., Mieles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643>
- Ramos, V., Ortega, L., de la Roca, J., Hernández, M., Barbosa, G., & García, M. (2020). Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global*, 60, 196-207. <https://doi.org/10.6018/eglobal.410951>
- Rey, R., Pita, S., Cereijo, C., Seoane, M., Balboa, V., & González, C. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Riley, K., & Park, C. (2014). Problem-focused vs. meaning-focused coping as mediators of the appraisal-adjustment relationship in chronic stressors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(7), 587-611.
- Rodríguez, M., Esteve, R., & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712303>
- Rogala, D., Mazur, A., Maslinska, M., Koper, K., & Staniszevska, M. (2016). Psychological adaptation to cancer and strategies for coping with pain in parents with cervical cancer. *Archives of Perinatal Medicine*, 22(1), 1-7.
- Ruiz-Doria, S., Valencia-Jiménez, N., & Ortega-Montes, J. (2020). Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. *Anales de Psicología*, 36(1), 46-55. <https://doi.org/10.6018/analesps.351701>
- Shrestha, J., Shrestha, A., Sapkota, A., Sharma, R., Shrestha, S., Shrestha, S., ... & Amayta, K. (2017). Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. *Cancer Reports and Reviews*, 1(2), 1-5. <https://doi.org/10.15761/CRR.1000107>
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 27-36.
- Suárez, T., & Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu*, 9(2), 284-307.
- Tabriz, E., Mohammadi, R., Roshandel, G., Talebi, R., & Khors-hidi, M. (2018). Pain coping skills and their relationship with unpleasant emotions (anxiety, stress, and



depression) and religious coping in cancer patients. *Middle East Journal of Cancer*, 9(3), 208-216.

Torrecilla, M., Casari, L., & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *Psiencia*, 8(3), 1-16. <https://doi.org/10.5872/psiencia/8.3.21>

Tsaras, K., Papathanasiou, I., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., ... & Fradelos, E. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: Prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1661-1669. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>