



**PUCP**

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**

**AFRONTAMIENTO Y CVRS EN PACIENTES MIGRANTES CON  
CANCER DE MAMA**

**Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica**

**Que presenta la Bachiller:**

**CLAUDIA KÁTHERIN RODRIGUEZ AYBAR**

**Asesora: MONICA CASSARETTO BARDALES**

**Lima, 2016**



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, por el esfuerzo y el apoyo incondicional durante todo el proceso. Gracias por el ejemplo de constancia y por brindarme ánimos para ir siempre hacia adelante, a pesar del cansancio y las dificultades.

A mi asesora, Mónica Cassaretto, por su guía, paciencia y aportes, así como su disponibilidad para responder a mis inquietudes.

Al servicio de Psicología del INEN, por darme la oportunidad de conocer y aprender más sobre esta población, por sus enseñanzas y colaboración durante el proceso de internado y la tesis.

A mis compañeros del INEN, gracias por el cariño y soporte durante todo el internado, sin ustedes no hubiera sido lo mismo; así también, al grupo de la tarde, que me acogió, acompañó, y brindo ánimos en los últimos meses de la aplicación.

A las admirables mujeres que fueron parte del estudio, gracias por su confianza, su tiempo, su calidez y disposición. Gracias por permitirme entrar a sus vidas y compartir momentos importantes, algunos alegres y otros difíciles; pero sobre todo, gracias por brindarme grandes lecciones de vida.

A las amistades, familiares y demás personas que de alguna manera se involucraron con la investigación. Gracias por interés, sus sugerencias, su disposición para resolver mis dudas, por darme ánimos y buenos deseos.

Cada uno de ustedes cumplió un rol significativo durante este proceso de investigación.

## RESUMEN

### **Afrontamiento y Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes migrantes con cáncer de mama**

El objetivo de la presente investigación fue comparar los niveles de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) y el Afrontamiento tanto en las pacientes con cáncer de mama que migran a Lima como de las que residen en esta ciudad. Se contó con 89 mujeres adultas (migrantes=46.1%, no migrantes =53.9%), entre 30 y 69 años ( $M=48$ ,  $DE=8.79$ ). Para medir la CVRS se utilizó el Cuestionario SF-36 versión 1, desarrollado por Ware y Sherbourne (1992) y adaptada por Alonso, Prieto, y Anto (1995); para el Afrontamiento se utilizó el cuestionario multidimensional de estimación del afrontamiento COPE, creado por Carver, Scheier, y Weintraub (1989) y adaptado por Cassaretto y Chau (2016). Se encontró que las pacientes migrantes presentan menores puntajes que las pacientes limeñas en el *componente mental* de la CVRS. Además, las mujeres que proceden de provincia hacen menos uso de las estrategias de *aceptación* y la *reinterpretación positiva* en comparación con las mujeres de la capital. De manera general, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, la más usada fue *afrontamiento religioso* y la menos usada fue *uso de sustancias*; mientras que, a nivel de la CVRS, se halló que ambos componentes (mental y físico) se encuentran preservados. De manera específica, los factores sociodemográficos que guardaron relación con los constructos fueron edad, grado de instrucción, estado afectivo, tiempo de diagnóstico, tipo y tiempo de tratamiento, y vivienda actual.

Palabras Clave: Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), afrontamiento, cáncer de mama, migración.

## ABSTRACT

### **Coping and Quality of life related to health in migrant patients with breast cancer**

The purpose of this research was to compare the levels of quality of life related to health (HRQoL) and coping in migrants and non-migrants patients with breast cancer migrants. It featured 89 adult women (migrants =46.1%, nonmigrants =53.9%), ranging in age from 30 to 69 years ( $M=48$ ,  $DE=8.79$ ). The instruments used include SF-36 health survey, developed by Ware and Sherbourne (1992) and adapted by Alonso, Prieto, and Anto (1995); and the COPE Inventory, created by Carver, Scheier, and Weintraub (1989) and adapted by Cassaretto and Chau (2016). As a main result, it was found that migrant patients have lower scores than non-migrant patients in *mental component* of HRQoL. In addition, women who come from other cities make less use of the strategies *acceptance* and *positive reinterpretation and growth* unlike migrant patients. As for the HRQoL, it was found that generally this is preserved both, the mental and physical component. Regarding coping strategies, the most used was *turning to religion* and the least used was *use of alcohol or drugs*. As for the socio-demographic factors, that were related to the constructs were age, level of education, affective state, time of diagnosis, type and timing of treatment, and current home.

Keywords: Quality of life related to health (HRQOL), coping, breast cancer, migration.

## Tabla de Contenidos

|  |    |
|--|----|
| Introducción.....                                  | 1  |
| Método.....  | 11 |
| Participantes.....                                 | 11 |
| Medición.....                                      | 12 |
| Análisis de datos.....                             | 16 |
| Resultados.....                                    | 17 |
| Discusión.....                                     | 23 |
| Referencias Bibliográficas.....                    | 33 |
| Apéndices.....                                     | 45 |
| Apéndice A: Consentimiento informado.....          | 45 |
| Apéndice B: Ficha de datos.....                    | 46 |
| Apéndice C: Características sociodemográficas..... | 49 |
| Apéndice D: Consistencia Interna SF-36.....        | 50 |
| Apéndice E: Consistencia Interna COPE 60.....      | 51 |
| Apéndice F: Análisis de Normalidad.....            | 53 |
| Apéndice G: Porcentaje por quintiles CVRS.....     | 53 |

El cáncer es un problema de salud mundial, grave y emergente, debido a la alta mortalidad y discapacidad que produce; consiguientemente se estima que retará al sistema de salud en los próximos años, con más evidencia en los países en desarrollo como el Perú (Ramos & Venegas, 2013; Sarria-Bardales & Limache-García, 2013). En el mundo, el cáncer de mama es la primera neoplasia con mayor incidencia y mortalidad en las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; OMS & Unión internacional contra el cáncer, 2005). Mientras que en el Perú, es la segunda neoplasia maligna en las mujeres; en promedio 4,500 casos de cáncer de mama son diagnosticados anualmente, de los cuales un aproximado de 500 mujeres fallecen a causa del mismo (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2016 a; Ramos & Venegas, 2013).

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual se forman células cancerosas a nivel de los tejidos mamarios. (American Cancer Society, 2016a; Cantú & Alvares, 2009; Roura, Codes, Gascón, Guillen, Muñoz, Ollé & Prats, 2011) y puede invadir otros tejidos u órganos vecinos, ocasionando metástasis. Todo esto puede conllevar a la muerte del paciente si es que no se trata a tiempo (Austriach & Gonzales, 2008; Die-Trill, 2003). Tiene 4 estadios clínicos (National Breast Cancer Foundation, 2012), donde el número más alto indica mayor gravedad, por lo que las mujeres que se encuentra en los primeros estadios responden mejor al tratamiento (Haber, 2000).

Según la literatura médica, hay cuatro opciones generales para los tratamientos, los cuales pueden emplearse de forma individual o combinada. Además estos pueden ser locales (en la misma mama) o sistémicos (en todo el organismo). Entre los tratamientos locales están la cirugía y la radioterapia, mientras que, entre los sistémicos se encuentran la quimioterapia y la terapia hormonal. Cabe recalcar que unos procedimientos no son más efectivos que otros, sino que cada paciente recibirá el suyo según la decisión del médico especialista, en base a las características propias del caso (Arce et al., 2011; Departamento de salud pública, 2010; Haber, 2000; Instituto Nacional del Cáncer, s/f)

Si bien es cierto, estos tratamientos son los recomendados para combatir la enfermedad, es importante mencionar que también perturban a las células sanas, produciendo efectos secundarios en las pacientes. Entre éstos están los vómitos, caída

del cabello, deficiencia de glóbulos blancos (neutropenia), diarrea, úlceras en la boca y en el aparato digestivo, alteraciones cardíacas, cese de la menstruación (amenorrea), o adelanto de la menopausia, adormecimiento, reflujo, anemia, bochornos, coloración de la piel, cefaleas, dolor óseo, pérdida de deseo sexual, entre otras. En consecuencia, todos estos síntomas podrían generar una sensación abrumadora (American Cancer Society, 2016b; Breast Cancer Org, 2016; Haber, 2000; Roura et al., 2011; Simon & Zieve, 2009).

Así como ocurren cambios a nivel biológico, las pacientes con cáncer de mama también sufren consecuencias psicológicas, pues recibir y enfrentar un diagnóstico como éste despierta confusión, temor, e incertidumbre lo cual provoca una sensación de pérdida de control, así como una amenaza para la vida (Austriach & Gonzales, 2008). De la misma manera, surgen sentimientos negativos tales como pánico, culpa, ira, ansiedad y tristeza, incluso se alcanzaría a desatar trastornos psicopatológicos. Estas reacciones psicológicas se han de mantener o exacerbar en base a la experiencia individual de cada paciente; por ende, el cáncer de mama supone un malestar emocional que podría estar afectando la calidad de vida y el bienestar de la paciente (Gil, 2000; Haber, 2000; Hernández et al., 2012).

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es uno de los conceptos más relevantes dentro de este contexto, representa la evaluación subjetiva del bienestar de la persona al enfrentarse a los cambios asociados por el estado de salud (Aaronson, 1993; Gaité, 2008; Shwartzmann, 2003; Soto & Failde, 2004). Ésta depende de las propias creencias, expectativas, contexto cultural, historia personal y clase social a la que pertenece el sujeto (Urrutia, Concha & Padilla, 2014; Shwartzmann, 2003). Entre sus características se encuentra que es multidimensional, ya que contempla los aspectos físico, fisiológico, cognitivo, emocional, social y espiritual (Delgado, Prieto, Joao, Ayala, Rojo, Fernández & Martínez, 2011; Shwartzmann, 2003). Además, las dimensiones evaluadas son: síntomas, dolores y quejas subjetivas; funcionamiento físico y social; vitalidad y estado emocional; percepción de la salud en general y de la salud mental, incluyendo el estrés psicológico; y valoración de la salud (Botero & Pico, 2007; Vilagut et al., 2005).

La CVRS tiene un componente adaptativo porque refleja la capacidad funcional (Soto & Failde, 2004; Salas & Grisales, 2010a) y adaptativa del individuo ante la enfermedad, así como el consecuente tratamiento (Rodríguez-Marín, García del Castillo & Terol, 2009). También, es dinámica porque está sujeto a cambio en función de la influencia del entorno, la etapa vital, la fase de la enfermedad y las condiciones de los servicios

sanitarios que recibe la persona (Botero & Pico, 2007; Delgado et al., 2011; Soto & Failde, 2004).

La CVRS ha sido ampliamente estudiada en pacientes con cáncer de mama tanto a nivel internacional (Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood, 2004; Ransom, Jacobsen, Schmidt & Andrykowski, 2005; Royo, 2011; Salas, 2009) como a nivel nacional (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Missiagia, 2004, Paredes, 2003; Torres, 2011). En términos generales, varios autores señalan que en estas pacientes la CVRS se encuentra preservada, tanto en términos generales como a nivel de sus componentes físico y mental. Es decir, las pacientes se ven poco limitadas para realizar actividades ligeras o de autocuidado, además pueden conservar ciertas sensaciones de calma, paz, incluso, felicidad (Laos, 2010); ya que si bien puede haber un impacto inicial, sobre todo cercano al diagnóstico (Austrich & Gonzales, 2008; Salas, 2009) y a los tratamientos (Haber, 2000; Roura et al., 2011; Simon & Zieve, 2009), pasado varios meses hay cierta capacidad de recuperación (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Royo, 2011; Torres, 2011; Salas, 2009 ). Por su parte, algunos autores coinciden que las mujeres experimentan mejores niveles de CVRS en el componente mental, que en el físico (Kershaw et al. 2004, Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013, Ransom et al. 2005, Torres, 2011).

De manera específica, Laos (2010) y Torres (2011) coinciden en que el área de la CVRS más preservada es el *funcionamiento físico*, es decir, las participantes pueden realizar sus actividades cotidianas sin mayor problema. Por su parte, Lostaunau y Torrejón (2013) develan que la dimensión más preservada es el *rol emocional*, ello posiblemente debido a las particularidades de su muestra, ya que las investigadoras trabajan con mujeres en etapa post-operatoria, momento en el cual las pacientes experimentan un significativo malestar físico (Haber, 2000). Además, las autoras coinciden en que el área menos preservada es el *rol físico*; el cual hace referencia a las limitaciones para realizar tareas más complejas, como actividades laborales, a consecuencia de la enfermedad (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Torres, 2011).

En suma, existen ciertos factores que pueden ser propios de la enfermedad (Lostanau & Torrejón, 2013; Royo 2011; Vinaccia et al., 2005a) o sociodemográficos (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Torres, 2010) que pueden afectar la CVRS. Entre los factores relacionados al cáncer, los más significativos son la inminencia de la muerte, las



multipatologías, la alta comorbilidad y la presencia de dolor cronicándose (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobon & Zapata, 2005b; Reich & Remor, 2010).

Respecto a otras variables de enfermedad y tratamiento y su vinculación con la CVRS existe menor nivel de coincidencias. En ese sentido, investigaciones señalan que como posible factor asociado a la CVRS se encontraría el tipo de tratamiento: quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Torres, 2011; Vinaccia et al., 2005a); el tipo de cirugía: conservadora o radical (Missiagia, 2004; Royo, 2011) y el tiempo que se está recibiendo el tratamiento (Filazoglu & Griva, 2008; Laos, 2010; Salas, 2009).

Así pues, Vinaccia et al. (2005a) sugieren que el 90% de los pacientes que son sometidos a quimioterapia experimentan cansancio que limita sus quehaceres diarios. En oposición a ello, Torres (2011), concluye que no hay diferencias en la CVRS de las mujeres con cáncer de mama a partir de la quimioterapia, puesto que las pacientes mantienen un buen funcionamiento físico y un nivel adecuado de energía. Por su parte, Lostaunau y Torrejón (2013) encuentran diferencias significativas en el tipo de tratamiento, ya que las pacientes que recibieron quimioterapia reportaron mejor *funcionamiento físico* que las que no recibieron tratamiento.

En cuanto al tipo de cirugía, Missiagia (2004) no encuentra diferencia de la CVRS entre las pacientes con cirugía radical y conservadora. Sin embargo, en los resultados de Royo (2011) sí se hallan diferencias significativas entre ambos tipos de cirugía (radical y parcial), ya que las mujeres con cirugía con conservación presentan menor fatiga, dolor, e insomnio, además de percibir una mejor imagen corporal, menos molestias en el brazo, y menos efectos secundarios del tratamiento sistémico, en comparación con las mujeres mastectomizadas de forma radical.

También, Laos (2010) en acuerdo con Salas (2009), hallaron diferencias significativas en la CVRS respecto al tiempo de tratamiento recibido, esto indica que las participantes presentan una mayor funcionalidad en su rol emocional cuando ha pasado un lapso de siete meses a un año después de haber recibido tratamiento. Ante este hallazgo, Laos (2010) sugiere que posiblemente el tiempo transcurrido haya generado seguridad en las pacientes, a partir de la familiarización con su tratamiento, de manera que van sintiendo mayor confianza, en comparación con las mujeres que llevan de tres meses a seis meses en

tratamiento. No obstante, Filazoglu y Griva (2008) proponen que tres meses es un tiempo prudente para que la paciente se adapte a una posible reacción emocional.

Respecto a las variables sociodemográficas, se encuentra que el grado de instrucción suele ser significativo para la CVRS, ya que hay un mejor desempeño en el *rol físico*, de las pacientes cuando presentan un mayor grado académico, es decir, el nivel en el que la enfermedad puede limitar otras actividades diarias se ve disminuido debido a un mayor grado de educación (Salas, 2009). Otro factor importante es la composición familiar, puesto que existe una mayor funcionalidad en la dimensión *dolor corporal*, entendiéndose por ello que sienten menos dolor físico y no se sienten limitadas a causa del mismo cuando gozan de la compañía de sus parejas e hijos (Paredes, 2003). Además, Torres (2010), toma en cuenta la ocupación porque encontró que las mujeres que se quedan en sus casas tienen mayores problemas emocionales que interfieren en sus actividades cotidianas en comparación con las mujeres que trabajan.

Un dato interesante sobre los factores sociodemográficos es que se encontraron diferencias significativas en el componente físico, es decir las limitaciones para realizar actividades cotidianas, con la variable migración; ya que se encuentra que las pacientes no migrantes (provenientes de Lima) obtienen puntajes más elevados que las pacientes migrantes en el componente físico (Lostanau & Torrejón, 2013).

En esa línea, Laos (2010) también sugiere que la variable “lugar de residencia” cumple un rol significativo en la función física de la CVRS. Estos resultados se podrían explicar dado que las mujeres que nacieron en la capital o que viven hace un buen tiempo en Lima podrían realizar cualquier tipo de actividades porque están más habituadas con el lugar y con los servicios de salud, lo que le facilitaría el acceso a estos. Todo esto sugeriría que las mujeres limeñas están en ventaja sobre las migrantes con respecto al sistema de salud, puesto que las pacientes que proceden de provincia se verían obligadas a conocer y adaptarse de una manera acelerada a un contexto nuevo (Fritz, Chin & De Marinis, 2008; Laos, 2010).

Por otro lado, Kershaw et al., (2004) hallaron que la CVRS emocional se encuentra estrechamente ligada con un afrontamiento activo, mientras que se encuentra inversamente relacionada con el afrontamiento evitativo. El afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se despliegan para manejar las demandas específicas externas y/o internas (Lazarus & Folkman, 1984), que son evaluadas como desbordantes de los recursos (Kleinke, 2007). Su función es eliminar o reducir el distrés emocional (Lazarus

& Folkman, 1984, 1986) y depende de múltiples factores tales como la evaluación del evento estresante, disponibilidad de recursos y experiencias previas (Mok & Tam, 2001; Richarson & Poole, 2001).

El afrontamiento es un proceso dinámico, ya que se somete a cambios, a medida que la interacción del individuo con su entorno varíe, como consecuencia de las continuas evaluaciones que hace la persona de dicha relación (Taylor, 2007). Sin embargo, existe evidencia que apunta a que las personas enfermas tienden a ser menos flexibles en el uso de sus estrategias de afrontamiento (Martin & Brantley, 2002), lo cual puede conllevar a respuestas de frente mal adaptativas, las mismas que juegan en contra del tratamiento médico (Miller et al., 2000).

Fernández-Abascal (1997) hace diferencia entre estilo y estrategia de afrontamiento, donde el primero representa la tendencia a actuar de manera consistente frente a las situaciones problemáticas; mientras que, el segundo sería la acción concreta, cognitiva o conductual que la persona realiza en una situación singular. Respeto a los estilos, se pueden agrupar en: basado en el problema, basado en la emoción (Carver, Kumari & Scheier, 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Taylor, 2007), y el evitativo (Ficková, 2005). En los pacientes oncológicos el estilo más usado es el centrado en la emoción y el menos usado es el evitativo (Becerra & Otero, 2013; Chau, Morales & Wetzell, 2002; Kershaw et al., 2004; Montiel, Álvarez & Guerra, 2016; Lostaunau & Torrejón, 2013; Plaza & Rosario, 2014; Soto, 2010; Ticona, Santos & Siqueria, 2015).

Numerosos autores han estudiado el afrontamiento en pacientes oncológicos, ya sea en estudios internacionales (Filazoglu & Griva, 2008; Font & Cardoso, 2009; Franks & Roesch, 2006; Hack & Degner, 2004; Holland & Holahan, 2003; Kershaw et al., 2004; Llull, Zanier & García, 2003; Montiel et al., 2016; Plaza & Rosario, 2014; Ticona et al., 2015) como en los nacionales (Becerra & Otero, 2013; Chau et al., 2002; Lostaunau & Torrejón, 2013; Soto, 2010).

Chau et al., (2002), en coincidencia con Plaza y Rosario (2014), reportaron para una muestra de pacientes oncológicos, mayor tendencia al uso de las siguientes estrategias: *acudir a la religión, la reinterpretación positiva, la aceptación y el apoyo social por razones emocionales*. Por otro lado, en su minoría, algunos estudios sugieren que las estrategias más empleadas por las pacientes oncológicas son: *cumplir exactamente las prescripciones médicas e ir al médico inmediatamente* (Font & Cardoso, 2009); además de la

*reinterpretación positiva, planificación de resolución de problemas y una búsqueda de soporte social* (Holland y Holahan, 2003).

Llull, Zanier y García (2003) encontraron que el afrontamiento está relacionado a variables sociodemográficas, tales como la edad y el nivel de instrucción del paciente: las personas mayores de 55 años utilizan predominantemente las estrategias de búsqueda de soporte, a diferencia de los más jóvenes; igualmente, se halló que las personas con estudios secundarios en adelante utilizan estrategias como el análisis lógico.

Además Soto (2010), encuentra que las pacientes en estadios clínicos III, emplean más las estrategias de *supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento y el apoyo social instrumental*, en comparación con las mujeres en estadio II. Mientras que, en el estudio de Filazoglu y Griva (2008), se halla que la estrategia más empleada en las pacientes que se encuentran en estadios avanzados es el *afrontamiento religioso*.

En tanto a las investigaciones que han estudiado la relación entre la CVRS y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, se encontró que específicamente las estrategias de *aceptación y afrontamiento activo* estuvieron asociados con una mejor CVRS (Van Laarhoven et al., 2011). Además, Lostaunau y Torrejón (2013) encontraron que la estrategia *supresión de actividades competentes* se relacionó inversamente con el componente físico de la CVRS. Mientras que las estrategias *enfocar y liberar emociones y soporte social emocional* se correlacionaron inversamente con el componente mental.

En relación a las variables antes mencionadas (CVRS y afrontamiento), estas son experimentadas de forma subjetiva en función a las características propias de cada individuo, por ello es importante visibilizar la vivencia de las pacientes que proceden de provincia. En el caso de las personas migrantes, ellas traen consigo su cultura, su religión, sus tradiciones y también sus creencias sobre la salud (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], s/f). En ese sentido, la migración cobra relevancia para el presente estudio, puesto que en Perú solo existen cinco institutos regionales para el tratamiento del cáncer, donde el más especializado se ubica en la capital, lo cual indicaría que muchas personas se verían obligadas a trasladarse hasta Lima para recibir atención médica (Ministerio de Salud [MINSA], 2012).

En palabras de Granel (2008) y Yamada (2010), las migraciones internas suelen estar asociadas a una mejora económica o social que no son logradas en el lugar de origen, en este caso en específico se estaría buscando una mejora en la salud, por lo cual existe una

necesidad de viajar en busca de un tratamiento más apropiado. En esa línea, cabe mencionar que las últimas estadísticas reportadas en el INEN (2016 b) revelan que el 49.3% de los pacientes proceden de provincia.

Por lo tanto, estas personas tendrían que luchar con la enfermedad, además de lidiar con la necesidad de abandonar su contexto (Fritz et al., 2008), lo que supone una serie de despedidas, como el alejamiento de la familia (Gil, Wagner & Vega, 2000), la separación de su cultura y en ocasiones de la lengua de origen (Ferrer, Palacio, Hoyos & Madariaga, 2014; OIM, s/f). Todo aquello en busca de una atención especializada, pero además de ello, dichas mujeres enfrentarían nuevos retos como lo son la adaptación a un nuevo contexto hospitalario, a una nueva vivienda, y nuevas reglas de convivencia o patrones culturales (Caballero, Leyva-Flores, Ochoa-Marín, Zarco & Guerrero, 2008).

En base a ello, se puede sospechar que la migración es un factor que estaría relacionándose con la CVRS, ya que en estudios como los de Márquez-Montero et al. (2011), quienes trabajaron con 307 personas para indagar si existía alguna diferencia en la percepción de la calidad de vida tanto en población migrante rural-urbana como en población urbana, se obtuvo como resultado diferencias significativas entre ambos grupos; donde las personas urbanas obtuvieron mayores puntajes tanto a *nivel global* como en los *dominios psicológico y ambiental*, sin embargo no ocurrió la misma situación con el *dominio físico*. Este hallazgo se podría explicar desde la idea de que en provincia se suele hacer más actividad física que en las zonas urbanas, por ello los migrantes estarían acostumbrados a realizar mayor esfuerzo físico (Márquez-Montero, et al., 2011).

Además, también se podría pensar que la migración estaría interviniendo en el afrontamiento, puesto que Ferrer et al. (2014) sugiere que a pesar de que las personas puedan contar con los recursos de afrontamiento adecuados para hacerle frente a una amenaza; muchas veces, debido al estresor que puede suponer ser migrante, las personas no perciben sus propias capacidades de afrontamiento por el hecho de enfrentarse a contextos distintos y desafiantes.

En esa línea, Trigos (2012), quien realizó un estudio con 98 pacientes oncológicos, obtuvo como resultado que los pacientes que residen en Lima presentan mayores puntajes en el afrontamiento de tipo *espíritu de lucha* y menor puntaje en *desamparo* o *desesperanza* a diferencia de los pacientes migrantes. En adición a ello, Hernández, Lorenzo y Nacif (2009) comentan que la población migrante podría presentar trastornos adaptativos, provocados por

el estresor que supone su condición, la cual afectaría la integridad de la persona y a su círculo más cercano; por lo que el nivel de adaptación, tanto psicológica como socio-cultural, dependerá de los recursos y capacidades que poseen estos individuos para afrontar la situación amenazante (Lazarus & Folkman, 1984)

A partir de lo anteriormente revisado, se observa que la migración es un tema que está muy presente en nuestro entorno, y que guarda estrecha relación con la salud. (Navarro-Lashayas, 2014; Orozco, 2013; Pozos-Radillo, Aguilera-Velazco, Acosta-Fernandez & Pando-Moreno, 2014; Vilar & Eibenschutz, 2007). Asimismo, en la literatura se menciona que el cáncer de mama podría acarrear un impacto psicológico en la vida de la paciente, ya que ésta se ve expuesta a niveles de estrés que pueden ser significativos, acompañado de sintomatología depresiva, ansiedad, dolor corporal, sintomatología post tratamiento, trastorno de sueño, fatiga, y dolor agudo asociado a procedimientos clínicos; en efecto, todo ello podría estar amenazando la CVRS (Reich & Remor, 2010).

En ese sentido, si aunado al diagnóstico de cáncer se le agrega la condición de migración, la experiencia de las pacientes podría estar afectada aún más, puesto que dichas mujeres estarían sometidas a una serie de duelos, tales como la separación de la familia, aislamiento del entorno etnocultural, así como del entorno amical, incluso el aprendizaje de una nueva lengua (Ferrer et al., 2014; OIM, s/f; Trigo, 2012); en conjunto, todo esto podría impactar de manera negativa sobre CVRS y el afrontamiento.

En efecto, algunas investigaciones nacionales que evalúan la CVRS y/o el afrontamiento en mujeres con cáncer de mama han sugerido que la condición de migración guarda relación con estas variables (Márquez-Montero et al., 2011; Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013). No obstante, hasta el momento no existe evidencia de algún estudio que relacione directamente la CVRS y el afrontamiento en pacientes migrantes con cáncer de mama y pacientes con ese mismo diagnóstico que no sean migrantes. Por lo que algunos autores sugieren que se profundice en la condición de migración como características de la población (Lostanau & Torrejón, 2013). De ahí que este estudio tiene como objetivo responder a dichas inquietudes.

Por ello, la presente investigación tiene como propósito describir las estrategias de afrontamiento y los niveles de CVRS en un grupo de pacientes migrantes con cáncer de mama en comparación a un grupo de pacientes no migrantes. De manera específica se tiene como objetivo describir si existen diferencias en el afrontamiento y CVRS en función a

variables de enfermedad y sociodemográficas. Para este fin se utilizó un diseño cuantitativo en el que la recolección de información se realizó en un solo momento en el tiempo, y se aplicó los instrumentos psicológicos a dos grupos, migrantes y no migrantes.



## Método

### Participantes

En el presente estudio participaron 89 mujeres adultas, de forma voluntaria y para ello se les entregó un consentimiento informado (Ver Apéndice A). El rango de edad fluctúa entre 31 y 69 años ( $M=48$ ,  $DE=8.79$ ). Todas asisten a un hospital de Lima especializado en oncología, han sido diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama entre 3 y 10 meses atrás ( $M=5.43$ ;  $DE=1.82$ ), presentan estadios clínicos I (13.5%), II (43.8%) y III (42.7%), y se encuentran recibiendo tratamiento: solo cirugía (16.9%), solo quimioterapia (59.6%), ambos (23.6%). Además, las participantes se distribuyeron en dos grupos en función al lugar de procedencia; donde 48 eran no migrantes (53.9%) provenientes de Lima Metropolitana y Callao; y 41 eran migrantes (46.1%) provenientes de diferentes provincias del Perú, quienes actualmente se encuentran residiendo en la capital durante todo el proceso de tratamiento, con una estadía en Lima entre 1 y 6 meses ( $M=4.24$ ,  $DE=1.65$ ) por motivos de enfermedad (Ver Apéndice C).

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 30 y 70 años; asistir al hospital de forma ambulatoria; haber sido diagnosticada por primera vez con cáncer de mama; tener como mínimo 3 meses de haber recibido el diagnóstico; tener como mínimo 1 mes de recibir algún tipo de tratamiento; tener de 1 a 6 meses atendándose en el hospital de Lima y tener como mínimo primaria completa. Se excluyó a las pacientes que estaban hospitalizadas; tenían metástasis; se encontraban en estadio IV; tenían antecedentes psiquiátricos; deterioro cognitivo; estuviesen sometidas a tratamiento psicofarmacológico; tuviesen comorbilidad con otras enfermedades crónicas, cuyos síntomas y efectos no puedan ser explicados por el cáncer de mama.

Siguiendo los lineamientos éticos establecidos por la institución, se pidió la aprobación del comité de ética de la misma, así como los permisos de las respectivas áreas donde se llevó a cabo la aplicación (Quimioterapia y Mamas y Tumores Blandos). La administración fue de forma individual, acompañado de un espacio de consejería psicológica.



## Medición

Para la medición de la CVRS se utilizó el *Cuestionario SF-36* versión I, adaptada por Alonso, Prieto, y Anto (1995), la cual fue desarrollada por Ware y Sherbourne (1992) con el propósito de crear una escala genérica que provea un perfil del estado de salud de las personas. Es uno de los instrumentos con mayor potencial y utilidad para evaluar la CVRS pues permite comparar el impacto que producen las distintas enfermedades y sus tratamientos, y valorar el estado de salud físico y psicológico tanto de los pacientes como de la población adulta en general (Vilagut et al., 2005). Ha sido traducido y adaptado en más de 50 países a partir del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQOLA), existiendo más de 500 publicaciones con las versiones traducidas del inglés (Vilagut et al., 2005; Wagner et al., 1998).

El cuestionario es un instrumento auto aplicable que consta de 36 ítems categoriales y está organizado en 8 dimensiones del estado de salud: *función física*(FF), *función social*(FS), *rol físico*(RF), *rol emocional*(RE), *salud mental*(SM), *vitalidad*(V), *dolor corporal*(DC), *salud general*(SG). Ware (2004) propone agrupar estas 8 dimensiones en dos, donde 4 de ellas forman parte del componente físico y cuatro, el componente mental.

Respecto a la calificación, las opciones de respuesta varían de escalas Likert, dicotómicas y de opciones múltiples, según el ítem con un puntaje total de 0 (peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud) (Vilagut et al., 2005). Se sugiere que 50 es como la media de la población general; de manera que, los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente. No obstante, algunas investigaciones han realizado dicha interpretación basadas en una división por quintiles: puntajes del 0 al 19 indicaron una CVRS *muy baja*; del 20 al 39, *relativamente baja*; del 40 al 59, *promedio*; del 60 al 79, *relativamente alta*; y finalmente del rango de 80 a 100, *muy alto* (Alfaro, 2011; Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Paredes, 2003; Rodríguez, Castro & Merino, 2005; Torres, 2011; Villareal, 2013; Vinaccia et al. 2005a).

En cuanto a los valores psicométricos de la versión española, Vilagut et al. (2005), se halló que el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach puntuó por encima del valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (alfa de Cronbach = 0.7) en todas las escalas, excepto en *funcionamiento social*. Las escalas *rol físico*, *funcionamiento físico* y *rol emocional* obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0.90. Ejecutando un análisis factorial de los componentes principales sobre una muestra de 9151 individuos de la población general se pudo comprobar la hipótesis

previa de 2 factores, las cuales corresponden al componente físico y componente emocional. Tal y como se esperaba, las dimensiones de *funcionamiento físico*, *rol físico* y *dolor corporal* tuvieron correlaciones más elevadas con el componente físico ( $r \geq 0.74$ ), y las dimensiones *salud mental*, *rol emocional* y *funcionamiento social* se correlacionaron más con el componente emocional ( $r \geq 0.62$ ).

Las escalas *salud general* y *vitalidad* mostraron correlaciones significativas con ambos componentes principales. Asimismo, se evaluó la validez de constructo de la prueba al ser aplicada en poblaciones que sufren alguna enfermedad encontrándose diferencias. Por otro lado, según el meta-análisis con 79 estudios que realizó Vilagut et al. (2005), la escala posee una confiabilidad, analizada por consistencia interna, cuyo coeficiente resultó superior a .70 para todas las dimensiones en todos los casos.

A nivel nacional, Salazar y Bernabé (2012) estudiaron una muestra con 4334 sujetos de una comunidad y reportaron un alfa de Cronbach global de .82, mientras que por escalas, osciló entre .66 (FS) y .92 (RF). Asimismo, evaluaron la validez de constructo mediante la comparación de grupos conocidos que pongan a prueba la capacidad de las ocho escalas, encontrándose que todas ellas discriminan adecuadamente entre personas con diferentes características sociodemográficas (edad, sexo, NSE); mientras que la validez factorial se obtuvo mediante el análisis factorial confirmatorio de tres modelos, de los cuales, el modelo con 8 factores de primer orden y 2 de segundo orden, fue el que obtuvo un ajuste aceptable ( $CFI = 0.96$  y  $RMSEA = 0.05$ ). En relación a las escalas, todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas, variando entre .76 a .90.

Además, en nuestro medio existen investigaciones que utilizaron la prueba en mujeres con cáncer de mama, obteniendo coeficientes de alfa de Cronbach en la mayoría de las dimensiones superiores a .70 (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Torres, 2011). De manera similar, en el presente estudio se halló coeficientes de alfa de Cronbach que fluctuaban entre .69 y .95 tanto para los componentes como para las sub-escalas (Ver apéndice D)

Para medir el afrontamiento se utilizó el *cuestionario multidimensional de estimación del afrontamiento COPE*, creado por Carver, Scheier, y Weintraub (1989), con el objetivo de evaluar las diferentes maneras en que las personas responden al estrés. El COPE cuenta con tres versiones con diferentes cantidades de ítems: 52, 53 y 60, las cuales han sido usadas por diversos autores (Becerra & Otero, 2013; Cassaretto, 2011; Cassaretto & Chau,

2016; Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Llerena, 2015; Lostaunau & Torrejón, 2013; Solano, 2013; Soto, 2010).

Además, tiene dos versiones: la situacional y la disposicional, la primera está orientada a obtener respuestas en situaciones específicas o temporales, mientras que la segunda va dirigida a evaluar respuestas típicas del sujeto. Los ítems son los mismos para ambas formas, solo varía en las instrucciones para su aplicación. Además, ambas están fuertemente relacionadas, por ello consideran que el afrontamiento puede ser entendido tanto en términos estables (disposicional) como temporales (situacional); dependiendo del contexto del sujeto (Carver et al., 1989).

El COPE ha sido instrumento de diversos autores, por lo cual ha sufrido cambios desde su versión original con 52 ítems, llegando de esa manera a su versión de 60 ítems. En el contexto nacional, Casuso (1996) realizó la adaptación de la versión de 52 ítems. En cuanto a los niveles de confiabilidad se obtuvo que los puntajes del índice de alfa de Cronbach oscilan entre 0.40 y 0.86; mientras que en la validez se obtuvo por análisis factorial exploratorio con rotación varimax, del cual se arrojaron 13 escalas con valores eigen mayores a 1 y adecuadas cargas factoriales.

Respecto a los estilos y estrategias, es cierto que metodológicamente podría ser de mucha utilidad diferenciarlos, tal como el modelo propuesto por Carver y sus colaboradores (1989); sin embargo, Cassaretto y Chau (2016) encuentran que las investigaciones no han logrado reproducir la estructura psicométrica de los estilos, mientras que sí se logra con las estrategias. Por lo tanto, las autoras sugieren desestimar el uso de los estilos.

Para la presente investigación se usó la adaptación al contexto limeño del COPE de 60 ítems en su versión disposicional, realizada por Cassaretto y Chau (2016). Dicho instrumento está dividido en 15 sub-escalas, *Afrontamiento activo(AA)*, *Planificación(P)*, *Contención del Afrontamiento(CA)*, *Supresión de actividades(SA)*, *Re-interpretación positiva(RP)*, *Aceptación(A)*, *Enfocar y Liberar Emociones(EL)*, *Búsqueda de Soporte Social por razones Instrumentales(S SI)*, *Búsqueda de Soporte Social por razones Emocional(SSE)*, *Desentendimiento Mental(DM)*, *Desentendimiento Conductual(DC)*, *Negación(N)*, *Afrontamiento Religioso(AR)*, *Uso de Humor(UH)*, *Uso de Substancias(US)*. Se califica con un formato de respuesta tipo Likert que va del 1 al 4, donde 1 es *casi nunca lo hago*, 2 a *veces lo hago*, 3 *usualmente lo hago*, y 4 *hago esto con mucha frecuencia*.

Respecto a las propiedades psicométricas de dicho instrumento. Para la confiabilidad las autoras reportaron que los puntajes alfa de Cronbach obtenidos oscilaron entre .53 y .91. Se encontró que la totalidad de las escalas superaron el punto recomendado para una consistencia media (Hernández, R; Fernández, C. & Baptista, P., 2010). Asimismo, todos los ítems presentaron correlaciones ítem-test positivas, a excepción del ítem 25.

Para la validez de la prueba, se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua y extracción de componentes principales, del cual se obtuvo valores adecuados ( $KMO= 0.798$ ,  $p= 0.01$ ); lo que comprueba la pertinencia del instrumento. Además los resultados arrojaron una varianza de 65.15% para los 15 factores. Para estructurar las estrategias de afrontamiento, se realizó un análisis factorial exploratorio, el cual arrojó una estructura de 3 factores que explicaban el 55.92% de la varianza ( $KMO = .69$ ,  $p < .01$ ).

Finalmente, se evaluó 3 modelos de organización de las escalas del COPE, donde se descartaron los dos primeros; uno por su mal ajuste, puesto que no se acercan al mínimo puntaje requerido; y el segundo por puntuar alto en dos factores que se podrían convertir en una sola escala. Por ello, finalmente se sugirió el uso del modelo de 3 factores. Así pues, se realizó el análisis de confiabilidad para revisar la consistencia interna para cada uno de los factores, encontrándose puntajes de Alfa de Cronbach de 0.73, 0.59 y 0.70 para el primer, segundo y tercer factor respectivamente. Sin embargo, las autoras no encontraron evidencia suficiente para afirmar que alguno de estos modelos debe ser el definitivo (Cassaretto & Chau, 2016). Por lo cual, en este estudio solo se trabajó con las estrategias de afrontamiento.

En la presente investigación, la consistencia interna del COPE se obtuvo mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, del cual resultaron puntajes entre .57 y .94 para la mayoría de las sub-escalas o estrategias. Sin embargo, tres de ellas (AA, SA, DM) puntuaron por debajo de lo recomendado, por lo cual se decidió no utilizar dichas escalas para los análisis posteriores (Ver Apéndice E).

### **Análisis de Datos**

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 23. Se procesaron los estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas de la muestra, para identificar la frecuencia y porcentajes. Luego, se realizaron los análisis de confiabilidad utilizando el método de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach para ambos instrumentos.

Para los análisis de normalidad se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrándose distribuciones normales para el SF-36; mientras que en el COPE 60 se hallaron distribuciones paramétricas y no paramétricas. Por ello, se procedió a realizar el análisis de asimetría y curtosis (Kline, 2010), para evaluar si la falta de normalidad obtenida era extrema. Se encontró que no habían casos extremos (asimetría  $< 3$  y curtosis  $< 10$ ), a excepción de la estrategia *uso de sustancias* (asimetría=8.95 y curtosis= 83.13), por lo cual se utilizó estadísticos no paramétricos únicamente para dicha escala (Ver Apéndice F). Para las comparaciones de medias se utilizaron los estadísticos T-student y ANOVA de un factor, para la mayoría de las subescalas; y en el caso de la escala de *uso de sustancias* se empleó los estadísticos de U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis.



## Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos para responder a los objetivos de la presente investigación.

### Análisis descriptivos de las variables

En relación a la CVRS, se encontró que tanto el *componente físico* como el *componente mental* puntuaron dentro del quintil promedio. Respecto a las dimensiones de esta variable, como puede verse en la tabla 1, se observa que *función física* presenta la media más alta, es decir que las pacientes podrían realizar sus actividades cotidianas y esfuerzos leves o moderados sin mayor dificultad; mientras que, la media más baja pertenece a la dimensión de *rol físico*, lo cual indicaría que estas mujeres presentan dificultades en sus actividades laborales a causa de la salud.

Tabla 1

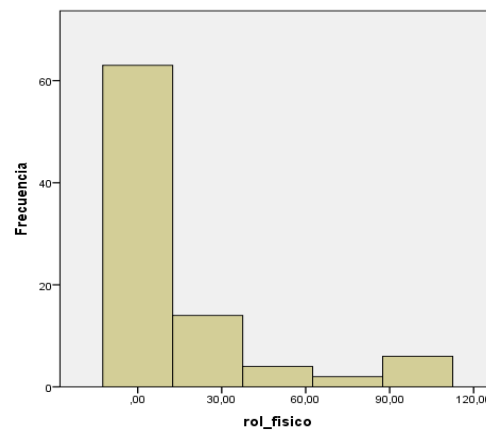
*Estadísticos descriptivos de los componentes y las dimensiones de la CVRS*

|                          | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Mín</i> | <i>Máx</i> |
|--------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| <b>Componente físico</b> | 53.72    | 52.65      | 13.12     | 22.75      | 89.43      |
| Función física           | 74.88    | 75         | 14.14     | 20         | 100        |
| Rol físico               | 14.60    | 0          | 28.4      | 0          | 100        |
| Dolor corporal           | 69.41    | 67.5       | 23.53     | 10         | 100        |
| Salud general            | 55.98    | 55.4       | 14.15     | 25         | 80.2       |
| <b>Componente mental</b> | 60.79    | 63.68      | 20.14     | 20.06      | 94.13      |
| Vitalidad                | 51.71    | 51.25      | 13.58     | 15.75      | 76.5       |
| Función social           | 56.32    | 50         | 30.56     | 0          | 100        |
| Rol emocional            | 64.79    | 100        | 45.88     | 0          | 100        |
| Salud mental             | 70.33    | 72         | 19.14     | 28         | 100        |

N=89

En la distribución por quintiles (Apéndice G), se observa que en la mayoría de las áreas, los puntajes se agrupan cerca al punto medio. Sin embargo, la escala de *Rol físico* se encuentran bastante dispersa, ya que el 70.8% del puntaje se encuentra en el quintil muy bajo, lo cual indicaría que ésta es el área más deteriorada a nivel de CVRS, tal como lo devela la tendencia hacia la izquierda que muestra el gráfico N°1.

Gráfico N°1. Distribución de frecuencias de la dimensión Rol físico



Por otro lado, en lo referente a la variable estrategias de afrontamiento, se reporta que las estrategias más usadas son *Afrontamiento religioso*, seguida de *Reinterpretación positiva y crecimiento* y *Afrontamiento activo*. En contraste, aquellas menos usadas *Uso de humor*, *Desentendimiento conductual* y *Uso de sustancias* (Tabla 2).

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos de las Estrategias de Afrontamiento*

|   | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Mín</i> | <i>Máx</i> |
|---|----------|------------|-----------|------------|------------|
| Afrontamiento activo                    | 12.53    | 13         | 1.68      | 7          | 16         |
| Planificación                           | 9.47     | 9          | 2.79      | 4          | 15         |
| Contención del afrontamiento            | 10.46    | 11         | 2.2       | 4          | 15         |
| Supresión de actividades                | 9.79     | 10         | 2.01      | 4          | 15         |
| Reinterpretación positiva y crecimiento | 13.09    | 13         | 2.05      | 6          | 16         |
| Aceptación                              | 11.54    | 12         | 3.03      | 4          | 16         |
| Enfocar y liberar emociones             | 7.84     | 8          | 2.36      | 4          | 15         |
| Soporte por razones instrumentales      | 10.09    | 11         | 2.8       | 4          | 15         |
| Soporte por razones emocionales         | 10.22    | 10         | 2.94      | 5          | 16         |
| Desentendimiento mental                 | 9.83     | 10         | 2.26      | 4          | 15         |
| Desentendimiento conductual             | 4.56     | 4          | 1.59      | 4          | 13         |
| Negación                                | 7.93     | 7          | 2.45      | 4          | 16         |
| Afrontamiento religioso                 | 14.94    | 16         | 1.85      | 7          | 16         |
| Uso del humor                           | 5.93     | 4          | 2.89      | 4          | 16         |
| Uso de sustancias                       | 4.07     | 4          | 0.53      | 4          | 9          |

N=89

**Diferencias acorde a las variables sociodemográficas y de enfermedad**

Se analizó si existen diferencias en los niveles de uso de las estrategias de afrontamiento y CVRS según las variables sociodemográficas y de enfermedad, con el fin de responder al objetivo específico. Las variables donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas fueron edad, grado de instrucción, estado afectivo, tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento, tiempo de tratamiento y vivienda actual.

En términos de edad, se halló que a mayor edad existe mayor empleo de *afrentamiento religioso* ( $r = .29, p < .01$ ), menor *uso del humor* ( $r = -.22, p < .05$ ) y, a nivel específico en términos de CVRS, menor *funcionamiento físico* ( $r = .27, p < .05$ ).

Respecto al grado de instrucción, tal como se observa en la tabla 3, se encontraron diferencias significativas en las estrategias de *afrentamiento religioso* ( $t_{\text{primaria-secundaria}} = 2.89, d = .78; t_{\text{primaria-superior}} = 2.89, d = .72; p < .05$ ) y *contención del afrontamiento* ( $t_{\text{primaria-secundaria}} = 3.61, d = .94; t_{\text{primaria-superior}} = 2.42, d = .68; p < .05$ ), hallándose que, las pacientes que solo cuentan con un nivel de educación primaria, apelan con mayor frecuencia a los recursos religiosos, así como también presentan más restricción del afronte frente a situaciones estresantes, a diferencia de los grupos con mayor nivel educativo.

Tabla 3

Comparación de medias mediante un ANOVA para el grado de instrucción

| Variable                 | Primaria<br>(n=21) | Secundaria<br>(n=38) | Superior<br>(n=30) | F(gl)         |
|--------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|---------------|
|                          | M (DE)             | M (DE)               | M (DE)             |               |
| Religión                 | 15.71 (0.64)       | 14.73 (2.37)         | 14.93 (1.50)       | 2.89 (2a,86b) |
| Contención               | 11.62 (1.35)       | 9.89 (2.29)          | 10.37 (2.31)       | 4.5 (2a,86b)  |
| Planificación            | 8.62 (2.37)        | 9 (2.68)             | 10.67 (2.75)       | 4.61 (2a,86b) |
| <b>Componente Mental</b> | 51.24 (21.39)      | 60.79 (19.98)        | 57.46 (17.16)      | 4.3 (2a,86b)  |
| Vitalidad                | 47.21 (10.82)      | 50.11 (15,13)        | 56.90 (11.88)      | 3.83 (2a,86b) |

\* $p < .05$ ; a=intrasujeto, b=intersujeto

También, se halló diferencias significativas en la estrategia de *planificación* ( $t_{\text{superior-primaria}} = 2.75, d = .79; t_{\text{superior-secundaria}} = 2.46, d = .60; p < .05$ ), donde las pacientes con un nivel de estudios superiores presentaba mayor capacidad para planificar los pasos a seguir a partir de una situación estresante, en comparación de las participantes con menor grado de instrucción. Por otro lado, en líneas de la CRVS, las participantes con educación superior tenían mejor calidad de vida en el *Componente Mental* ( $t_{\text{superior-primaria}} = 3, d = .84$ ) que las que solo culminaron su educación primaria, y de manera puntual, en la dimensión de *vitalidad* ( $t_{\text{superior-secundaria}} = 2.01, d = .50; t_{\text{superior-primaria}} = 2.01, d = .50 p < .05$ ) que las pacientes con menor nivel de instrucción.

Asimismo, se encontró una diferencia significativa en torno a la situación afectiva, donde se halló que las participantes que estaban sin pareja ( $M_{\text{sin pareja}} = 72.50; DE_{\text{sin pareja}} = 16.26$ ) gozaban de mayor *vitalidad* ( $t = 7.67; p < .05; d = .450$ ) que las que tenían pareja ( $M_{\text{con pareja}} = 64.82; DE_{\text{con pareja}} = 17.82$ ).



En adición a ello, respecto a las variables de enfermedad, se descubrió que a mayor tiempo de diagnóstico, mayor uso de la *negación* ( $r = .22, p < .05$ ), el *humor* ( $r = .39, p < .01$ ) y una mejor *salud general* ( $r = .21, p < .05$ ). Así también, luego de un análisis del tipo de tratamiento (Tabla 4), se encontró diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de *planificación* ( $t_{cirugia-quimio} = 2.56, d = .79; t_{cirugia-ambos} = 2.97, d = 1.03; p < .05$ ), ya que las mujeres que solo recibieron cirugía usaban más este tipo de afrontamiento que las pacientes que solo recibieron quimioterapia y las que han recibido ambos tratamientos.

Tabla 4

Comparación de medias mediante un ANOVA para el tipo de tratamiento

| Variable      | Cirugía     | Quimioterapia | Ambos      | F    | gl       |
|---------------|-------------|---------------|------------|------|----------|
|               | (n=15)      | (n=53)        | (n=21)     |      |          |
|               | M (DE)      | M (DE)        | M (DE)     |      |          |
| Planificación | 11.27(2.21) | 9.30(2.72)    | 8.62(2.88) | 4.50 | (2a,86b) |

\* $p < .05$ ; a=intrasujeto, b=intersujeto

En cuanto al tiempo del tratamiento se encontró que, mientras más tiempo la paciente recibe quimioterapia hay mayor uso de las estrategias de *humor* ( $r = .29, p < .05$ ), y de *enfocar y liberar emociones* ( $r = .25, p < .05$ ), así como una mejor calidad de vida en el *componente físico* ( $r = .27, p < .05$ ), y de manera específica en la *salud general* ( $r = .27, p < .05$ ). También, se halló que mientras más tiempo pase a partir de una intervención quirúrgica hay mayor nivel de *vitalidad* ( $r = .37, p < .05$ ), así como mayor uso de la estrategia *humor* ( $r = .36, p < .05$ ).

En adición a ello, respecto a la vivienda, se halló que las participantes que viven en su casa ( $M_{casa} = 68.31; DE_{casa} = 17.15$ ) disfrutaban mejor calidad de vida en el *componente mental* ( $t = 3.94; p < .05; d = .924$ ) a comparación de las mujeres que viven en casa de algún pariente ( $M_{pariente} = 51.38; DE_{pariente} = 19.44$ )

### Diferencias entre Calidad de vida relacionada a la salud y Afrontamiento en función al lugar de procedencia

En respuesta al objetivo principal, se realizó la comparación de los niveles de afrontamiento y CVRS en las mujeres que provienen de Lima y de provincia, encontrándose diferencias significativas en ambas variables, tal como se observa en la Tabla 5.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de la estrategia *aceptación* y de manera marginal en *reinterpretación*

*positiva*, hallándose que las pacientes procedentes de Lima reconocen y aceptan con mayor disposición la situación de la enfermedad, así como también poseen mayor capacidad para reinterpretar de manera positiva la situación estresante, a comparación de las pacientes procedentes de provincia.

En cuanto a la CVRS, se hallaron diferencias estadísticamente significativas de manera general en el *Componente Mental*, y de manera específica en *función social*, *rol emocional* y, de modo marginal, en *salud mental*. Se encuentra que las mujeres limeñas puntuaron por encima de las mujeres migrantes en todas estas escalas.

Tabla 5

*Afrontamiento y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en las pacientes migrantes y no migrantes*

| Variable                  | Migrantes<br>(n=41) |        | No Migrantes<br>(n=48) |        | t     | p    | d    |
|---------------------------|---------------------|--------|------------------------|--------|-------|------|------|
|                           | M                   | DE     | M                      | DE     |       |      |      |
| Aceptación                | 10.63               | 2.173  | 12.31                  | 2.335  | 2.607 | .01  | .574 |
| Reinterpretación positiva | 12.68               | 2.043  | 13.44                  | 1.901  | 1.748 | .08a | .373 |
| Componente Mental         | 55.98               | 20.776 | 72.25                  | 17.765 | 3.984 | .00  | .844 |
| Función social            | 38.109              | 23.709 | 71.87                  | 27.105 | 6.202 | .00  | .279 |
| Rol emocional             | 52.032              | 50.027 | 75.69                  | 39.344 | 2.450 | .01  | .529 |
| Salud mental              | 66.341              | 19.959 | 73.75                  | 17.924 | 1.844 | .06a | .391 |

a=Significancia marginal



## Discusión

En el Perú el cáncer de mama ocupa el segundo lugar dentro de las neoplasias malignas, por ello es considerado un problema de salud pública de suma importancia (INEN, 2016; Ramos & Venegas, 2013); sus tratamientos estarían provocando cambios a nivel biológico y psicológico y, en consecuencia, podrían afectar el bienestar de la paciente (American Cancer Society, 2016b; Breast Cancer Org, 2016). Teniendo en cuenta dicha situación, la literatura científica considera el estudio de la CVRS y el afrontamiento de particular importancia; sin embargo, la condición de ser migrante sería también relevante a tomar en cuenta cuando se evalúa a una paciente con cáncer ya que estas enfrentan situaciones estresantes y duelos al alejarse de su contexto de origen (Ferrer et al., 2014; Gil et al., 2000).

En ese sentido la presente investigación tiene el propósito de comparar las estrategias de afrontamiento y los niveles de CVRS en un grupo de pacientes con cáncer de mama migrantes y no migrantes. En respuesta a ello se encontró que, las pacientes procedentes de provincia estarían encontrando más dificultad para reconocer la situación estresante que supone la enfermedad oncológica (*aceptación*), así también presentarían una tendencia hacia una menor capacidad para examinar el lado positivo de la situación (*reinterpretación positiva* y *crecimiento*). Ambos aspectos pueden afectar la posibilidad de que las pacientes migrantes busquen una mejora para su salud a diferencia de las procedentes de Lima. Estos resultados coinciden en algún sentido con lo hallado por Trigoso (2012), quien mide el ajuste mental a la enfermedad en pacientes oncológicos, donde encuentra que las personas procedentes de Lima presentan puntajes mayores que los pacientes de provincia en el estilo *espíritu de lucha*, mientras que sucede lo contrario con el estilo *desesperanza*.

Frente a ello, se podría hipotetizar que el factor de migración estaría cumpliendo un rol importante de carácter negativo en el despliegue de los recursos de afrontamiento, puesto que el afrontamiento depende de las características del individuo a medida que la interacción con su entorno varíe (Taylor, 2007). A sí pues, Ferrer et al. (2014) refieren que en el caso de las personas migrantes las capacidades de afrontamiento pueden pasar desapercibidas o estar disminuidas, debido a encontrarse expuestas a contextos distintos y desafiantes; motivo por el cual dichas mujeres presentarían dificultad para reconocer

la situación real que están experimentando, y más aún si se trata de buscar alguna manera de crecimiento a partir de ello. Asimismo, los autores (2014) recalcan la importancia del componente emocional dentro del afrontamiento de los migrantes, puesto que estas personas se encuentran atravesando una serie de duelos y/o preocupaciones, que van más allá de la enfermedad oncológica, y hasta posible sintomatología ansiosa-depresiva, lo que perjudica la disposición hacia el desarrollo de recursos de afronte *dirigidos a la tarea*, tales como la *aceptación* y la *reinterpretación positiva y crecimiento*.

No obstante, a pesar de que algunos estudios reportan que la falta de *aceptación* podría tener efectos beneficiosos en algunos casos (Taylor, 2007), ésta no sería la situación indicada, pues el cáncer de mama es un problema de salud a nivel mundial; por tanto merece atención, más aún si se le adiciona una condición de migración y todo lo que conlleva (Gil et al, 2000; Organización Internacional para las Migraciones [OIM], s/f); de lo contrario, las pacientes pueden desarrollar respuestas de afronte mal adaptativas (Rojas, 2016), las mismas que juegan en contra del tratamiento médico (Miller et al., 2000). Otro sería el caso si se utilizan herramientas de afronte cognitivas dando lugar a una mayor probabilidad de racionalizar los conflictos y asumirlos como retos, de manera que el proceso de aculturación se vería favorecido (Berry, 2005 citado en Ferrer et al, 2014).

En ese sentido, las respuestas de afrontamiento se estarían relacionando con la CVRS de las mismas (Kershaw et al., 2004). En el presente estudio se encontró una diferencia significativa grande en el *componente mental* de la CVRS, donde ésta se vería más afectada en el grupo de mujeres migrantes, a comparación de las mujeres que viven en Lima, en coincidencia con lo hallado en la investigación de Márquez-Montero et al., (2011). Dicho resultado indicaría que si bien es cierto las pacientes viajan hasta la capital en búsqueda de mejores oportunidades de tratamiento oncológico, el mismo que no es conseguido en su lugar de origen (Granel, 2008; MINSA, 2012; Yamada, 2010); éstas tendrían que pagar un costo alto como lo es el arriesgar su bienestar emocional. Entonces, cuando se trata de evaluar la calidad de vida es importante tomar en cuenta el contexto en el que se encuentra el individuo y las características del mismo (Salas & Grisales, 2010b).

En base a ello, se podría considerar que el lugar de procedencia estaría desempeñando un papel significativo de manera negativa en el *componente mental* de la CVRS, sobre todo en un contexto de enfermedad, llegando a ser un factor de riesgo para el bienestar de las mujeres que están atravesando una condición de salud crónica como es el cáncer de mama, ya

que podría aumentar la propensión hacia enfermedades psicológicas (Hernández et al. 2009). En esa línea, según el informe de Organización Panamericana de la Salud (2012), se revela que los migrantes se encuentran con más riesgo hacia una salud mental pobre, debido a diversos factores perjudiciales que se originan a partir de la migración. De manera específica también se halló que las pacientes procedentes de provincia puntuaron por debajo de las pacientes no migrantes en las áreas de *salud mental*, *función social* y *rol emocional*.

En términos de la percepción de la *salud mental* se encuentra las migrantes reportan mayor malestar que las limeñas, lo que podría implicar que las pacientes de provincia presenten cierta predisposición hacia la depresión o ansiedad, todo ello a causa de dificultades emocionales. En acuerdo con ello, Hernández et al. (2009), comentan que la población migrante podría presentar trastornos adaptativos, provocados por el estrés que supone su condición, la cual afectaría la integridad de la paciente; lo que, en conjunto con el malestar ocasionado por el cáncer de mama podría acarrear un impacto psicológico mayor en la vida de la misma, ya que ésta se ve expuesta a niveles de estrés que pueden ser significativos, acompañado de sintomatología depresiva, ansiedad, dolor corporal, sintomatología post tratamiento, trastorno de sueño, fatiga, y dolor agudo asociado a procedimientos clínicos; en efecto, todo ello estaría amenazando la CVRS (Reich & Remor, 2010).

Asimismo, las mujeres que vienen desde provincia estarían experimentando ciertas interferencias en el desarrollo de su vida social habitual (*función social*), lo que se puede relacionar con el tiempo de residencia en Lima, ya que en el presente estudio las mujeres permanecen en la capital durante todo el tiempo que dure su tratamiento, por lo cual existe un distanciamiento de los vínculos familiares o amicales con las personas que se quedaron en el lugar de origen. En esa línea, las pacientes migrantes también experimentan una disminución en las actividades laborales o cotidianas a causa de problemas emocionales (*rol emocional*), lo cual indicaría que el hecho de buscar mejores oportunidades de salud, estaría implicando el abandono de las actividades laborales por motivo de enfermedad, ambas situaciones son duelos que involucra la migración (Gil et al, 2000; Fritz et al., 2008).

Además de ello, estas mujeres estarían exoneradas de realizar otras actividades cotidianas puesto que viven en otra casa, con diferentes reglas a las que estaban acostumbradas (Ferrer et al., 2014; OIM, s/f). En ese sentido, se encontró que las pacientes que viven en su propia casa, que son en su totalidad procedentes de Lima, poseen mejores

niveles de CVRS en el *componente mental* a comparación de las que viven en casa de un pariente, es decir las pacientes que vienen de provincia y buscan asilo en casa de algún familiar. En acuerdo con ello, Maya (2002) sugiere que el soporte familiar y la integración del inmigrante con sus redes cercanas favorecen la atenuación de la depresión y la mejora del estado de ánimo. Esta situación estaría sucediendo, debido a que dichas mujeres están enfrentando nuevos retos como lo son la adaptación a un nuevo contexto hospitalario, a una nueva vivienda, así como a nuevas reglas de convivencia o patrones culturales impuestas por las personas que albergan a la mujer que migra (Caballero et al., 2008).

Por otro lado, considerando el total de la muestra de pacientes con cáncer evaluada, se encontró que la CVRS se encuentra preservada, tanto a nivel físico como mental, lo cual coincide con lo hallado en investigaciones de Laos (2010) y Torres (2011), hallándose una ligera diferencia del componente mental sobre el físico, puesto que el primero se encuentra en el quintil relativamente alto y el segundo se encuentra en el quintil promedio (Lostanau & Torrejón, 2013). Esto se puede explicar debido a que si bien es cierto las pacientes se encuentran atravesando un conjunto de estresores provocados por la enfermedad y otros factores individuales (Koch, 2007; O'Connor, Christensen, Jensen, Moller, & Zachariae, 2011), estas no se ven limitadas en el desempeño de sus actividades básicas, tales como bañarse, vestirse o realizar acciones que requieran un esfuerzo moderado y hasta podrían experimentar un equilibrio emocional, percibiendo sensaciones de paz, calma y felicidad. Además, dichas mujeres no presentan los factores de riesgo que predisponen una CVRS deteriorada, tales como la inminencia de la muerte, las multipatologías y alta comorbilidad, la presencia de dolor cronicándose (Vinaccia et al., 2005b; Reich & Remor, 2010).

Entre las áreas más preservadas se observa que la *función física* presenta la media más alta, es decir que las pacientes podrían realizar sus actividades cotidianas y esfuerzos leves o moderados sin mayor dificultad. Mientras que, la media más baja pertenece a la dimensión de *rol físico*, siendo ésta el área más deteriorada a nivel de CVRS, lo cual indicaría que estas mujeres presentan muchas dificultades en sus actividades laborales a causa de la salud, en coincidencia con otras autoras (Laos, 2010; Lostanau & Torrejón, 2013; Torres, 2011). A pesar de que ambas dimensiones pertenezcan al componente físico de la CVRS, sería coherente la polaridad observada, puesto que las pacientes tendrían la capacidad para realizar sus actividades cotidianas, mas no para continuar trabajando y realizando esfuerzos demandantes como de costumbre, ya que se sitúan en un contexto de enfermedad.

No obstante, llama la atención la diferencia marcada en la dimensión *Rol físico*, a diferencia de los estudios antes mencionados, ya que en la presente investigación el 70.8% del puntaje se encuentra en el quintil muy bajo, lo cual resulta como un dato atípico. Por lo tanto, se sospecharía que más allá del cáncer en sí, este resultado responde a características propias de la muestra. En primera instancia se pensaría que esta diferencia es causada por el factor de migración, ya que en este caso se ha controlado que las participantes permanezcan en Lima durante su tratamiento para efectos del choque migratorio, lo cual implicaría un distanciamiento del 100% de las actividades laborales y/o cotidianas, porque estas mujeres ya no se encuentran en su hogar y probablemente estarían bajo el cuidado de otros familiares. Sin embargo, esta hipótesis sugeriría que al hacer un análisis por separado las pacientes limeñas muestren un puntaje más elevado en la dimensión, pero esto no ocurre.

En base a ello, se observa que en otras investigaciones hay un gran porcentaje de personas que tiene más de un año de conocer su diagnóstico (Laos, 2010; Torres, 2011) mientras que en este caso se tiene entre 3 y 10 meses. En esa línea, algunos autores argumentan que habría un impacto inicial sobre la CVRS, sobre todo cercano al diagnóstico (Austrich & Gonzales, 2008; Salas, 2009). Sin embargo, pasados varios meses hay cierta capacidad de recuperación (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Royo, 2011; Torres, 2011; Salas, 2009). Otra hipótesis planteada, podría ser el tiempo y el tipo de tratamiento que la paciente recibe, puesto que el 83,2% de esta muestra se encuentra recibiendo quimioterapia durante los meses cercanos a la aplicación, Así pues, Vinaccia et al. (2005a) sugieren que el 90% de los pacientes que son sometidos a quimioterapia experimentan cansancio lo cual conlleva a una disminución de la capacidad para realizar actividades cotidianas. Mientras que en las otras investigaciones, el tiempo de dicho tratamiento no se reporta o no queda explícito, lo cual invita a pensar que ha sido hace varios meses atrás y por ende la CVRS ya se vea recuperada (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013).

Respecto al afrontamiento, a grandes rasgos se encontró que entre las estrategias más usadas están el *afrontamiento religioso*, seguida de *reinterpretación positiva* y *crecimiento* y *afrontamiento activo* lo cual coincide con los hallazgos encontrados por Chau et al. (2002) y Plaza y Rosario (2014). En cuanto al *afrontamiento religioso* es esperable que este sea recurrente dentro del contexto en el que estamos situados, ya que según las últimas estadísticas sobre religiosidad en el Perú, el 94.6% son creyentes de algún dogma, en su mayoría católico (Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública, 2014). Además, en palabras de Puentes, Urrego y Sanchez (2015) las creencias religiosas o



espiritualidad resultan elementales en la experiencia de la paciente, ya que se asocian a una mejor calidad de vida (Laos, 2010), en tanto facilita la asimilación de la enfermedad oncológica y hace posible la construcción de sentido frente al cáncer de mama; lo cual estaría relacionado con el uso de la *reinterpretación positiva*, ya que muchas mujeres resignifican la enfermedad como un reto de Dios, lo que las impulsaría a realizar un *afrontamiento activo* frente a la misma. En ese sentido Font y Cardoso (2009) sugieren que las estrategias más empleadas por las pacientes oncológicas son: cumplir exactamente las prescripciones médicas e ir al médico inmediatamente.

Por el contrario, las estrategias menos usadas serían *uso de sustancias* (Lostau nau & Torrejón, 2013), *desentendimiento mental* (Soto, 2009) y *uso de humor*. En cuanto a la primera, sería comprensible y esperable la ausencia de consumo de drogas en un contexto hospitalario (Lostau nau & Torrejón, 2013), en la medida que todas las participantes se encuentran en una fase de tratamiento agudo, lo que las condiciona a seguir una serie de restricciones recomendadas por su médico con el propósito de proteger su salud y no obstaculizar su propio tratamiento (National Cancer Institute, 2007); en la segunda, se vería reflejado el compromiso de las pacientes con su tratamiento y sus indicaciones (Lostau nau & Torrejón, 2013); y la tercera, podría indicar que el cáncer de mama es percibido como un estresor que sobrepasa los recursos de las participantes, frente a lo cual estaría dificultando la expresión de emociones positivas, puesto que el humor puede ser visto como una evaluación cognitiva que percibe de forma benigna a los estresores, lo cual no constituiría una amenaza para sus recursos internos (Kuiper, Martin & Olinger, 1993, citado en Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003).

Respecto a los características sociodemográficas, se encontró que la edad se relaciona inversamente con *función física*, de manera que a mayor edad existen más limitaciones para realizar las actividades cotidianas y esfuerzos físicos moderados, en coincidencia con Duran, Salinas y Gallegos-Carrillo (2004). Lo cual sería comprensible, puesto que desde la psicología del desarrollo, a partir de la adultez media se puede percibir un deterioro físico. Además, esta etapa coincide con la aparición de la menopausia en las mujeres, la cual podría estar acompañada de disminución de la energía (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010). Asimismo, se halló que a mayor edad existiría menos *uso del humor*, lo cual se puede relacionar con el conjunto de estresores que supone la enfermedad más la etapa vital (Kuiper, Martin & Olinger, 1993, citado en Martin et al. 2003).

Además de ello, la edad también se relaciona con más uso de afrontamiento tipo religioso. Por su parte, Prieto et al. (2008) identifica que mientras más edad tenga el paciente, este percibe menos control sobre su salud, lo cual podría relacionarse con un mayor uso prácticas religiosas dado ésta cumpliría la función de soporte social (Valiente-Barroso & García-García, 2010) frente al cáncer. De la misma manera, ocurriría con un bajo grado de instrucción (primaria), puesto que se encontró que las pacientes que solo contaban con primaria completa utilizaban más las prácticas religiosas a comparación las otras pacientes, lo que coincide con Laos (2010). Frente a ello, la autora sugiere que a menor grado de instrucción se da una postura más sumisa ante los dogmas religiosos.

En esa línea, debido a la falta de recursos cognitivos, estas pacientes podrían estar atribuyendo la responsabilidad de la situación hacia afuera (locus de control externo). En acuerdo con Palomar y Valdez (2004) quienes encuentran que las personas con menor nivel de instrucción presentan menor confianza e inseguridad frente a sus propias habilidades para hacerse cargo de la situación, por ello se aferrarían más a un Dios que todo lo controla. En relación con esa estrategia, se encuentra que dichas pacientes también hacen un mayor uso de la *contención del afrontamiento*, lo cual guardaría relación con sus propias características, ya que la poca instrucción educativa llevaría a que estas mujeres adopten un papel pasivo prefiriendo no actuar ante una situación estresante que estaría siendo evaluada como desbordante de sus recursos.

Por otro lado, la situación sería más favorable para las mujeres que cuentan con un nivel de instrucción superior, puesto que presentan mejores niveles de CVRS en el *componente mental* a diferencia de las que tienen menor nivel educativo, en acuerdo con Laos (2010). La autora propone que estas personas tendrían más elementos o recursos intelectuales que les permite desempeñarse en otras actividades, lo cual estaría favoreciendo la adaptación. En ese sentido, estas pacientes podrían pensar y planificar estrategias para enfrentar la enfermedad de una manera más óptima (*Planificación*), llegando incluso conseguir un mejor proceso de rehabilitación (Laos, 2010).

Respecto al estado afectivo, se encontró que las mujeres sin pareja tendrían mejor energía y entusiasmo (*vitalidad*) a diferencia de las mujeres que tenían pareja, lo cual se relaciona con lo encontrado por Torres (2011). Esto podría deberse a que el cáncer de mama se asocia a temas de feminidad y es por eso que las relaciones de pareja pueden verse afectadas luego de que el cuerpo de la mujer cambia al someterse a los diferentes

tratamientos (Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer, & Hölzel, 2004; Zanapalioglu, Atahan, Gür, Çökmez & Tarcan, 2009).

Respecto a variables de enfermedad, se observa que las pacientes que solo han recibido cirugía usan más la *planificación* a comparación de las que han recibido quimioterapia o ambos tratamientos. Aunque este hallazgo no coincida con otras investigaciones, si se ha encontrado un mejor nivel de CVRS en pacientes que recibieron cirugías en comparación con las que recibieron tratamientos adyuvantes (Ganz et al., 2002; Izquierdo, González, Alerm y Jáuregui, 2008). Entonces al tener una CVRS preservada la paciente sería capaz de realizar planes de acción para mejorar su estado de salud.

En adición, se encontró que a mayor tiempo de conocer el diagnóstico, se percibe mayores niveles de *salud general*; de la misma manera sucede a mayor tiempo de recibir quimioterapia, además de percibir mayor CVRS en el *componente físico*. También, a mayor tiempo de haber pasado por un proceso quirúrgico se percibe mayor *vitalidad*. En explicación a estos resultados, como ya se mencionó antes, las pacientes percibirían cierta recuperación de la CVRS a medida que van pasando los meses (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Royo, 2011; Torres, 2011; Salas, 2009).

En ese sentido, un buen nivel de CVRS les permitiría a las pacientes desplegar más sus estrategias de afrontamiento, por lo cual mientras más tiempo pase después de la quimioterapia las mujeres tendrían mayor conciencia de su malestar y les permitiría buscar formas de expresarlo (*Enfocar y liberar emociones*). Así, también tendrían más capacidad para reírse de sí mismas y hacer bromas sobre la situación que están viviendo (*Uso de humor*). Esta última estrategia se repetiría a mayor tiempo a partir de una cirugía o de recibir el diagnóstico de cáncer. Sin embargo, aunque aparentemente, estas estrategias darían indicios de mejores formas de afrontar la enfermedad, es importante mencionar que se encontró relación directa entre el tiempo de diagnóstico y la *negación*, lo cual podría estar relacionado con el *afrontamiento religioso*, que es la estrategia más usada por las participantes, dejando la responsabilidad de la situación a un ser externo.

En ese sentido Spilka, Hood, Hunsberger, y Gorsuch (2003) señalan que, en enfermedades crónicas como el cáncer, se puede esperar que las personas acudan a alguna religión, con el fin de invocar por el pronto restablecimiento de la salud, pretendiendo recibir un efecto revelador y mágico. Además refieren que, en la medida en que los pacientes con cáncer sienten que Dios controla las cosas, el sentido de amenaza a la vida disminuye.

Finalmente, al hacer un análisis de las limitaciones presentes en el estudio, se encontró que las características específicas de la muestra jugó un papel importante en el tiempo invertido para la aplicación, puesto que se trataba de mujeres migrantes que tengan pocos meses atendiéndose en el hospital de Lima y que además se quedaran a vivir en la capital para efectos del estudio. A pesar de que el 42% de las pacientes con cáncer de mama provenían de provincia (E. Poquioma, comunicación personal, 13 de Mayo, 2015), no todas se quedaban en la ciudad, por lo cual el tiempo estimado para el levantamiento de datos se extendió mucho más (aprox. 6 meses). Asimismo, el nivel de comprensión de las participantes implicó que la aplicación se extienda más de lo planeado, ocupando de 40 a 50 minutos por cada participante.

A manera de sugerencia, se cree que el uso de entrevistas podría enriquecer el estudio, en tanto complementa la información con datos cualitativos. Así mismo, se invita a que los siguientes investigadores profundicen los estudios sobre estos participantes, puesto que sí se evidencia una relación entre la condición de migración y los constructos de Calidad de vida Relacionada a la Salud y Afrontamiento; ya que es importante mencionar que si bien es cierto las personas que migran poseen la capacidad de procesar el duelo de manera adecuada, existen ciertos factores de riesgo que agudizan ese duelo migratorio, tales como estar bajo una condición delicada de salud (cáncer de mama), estar en un ambiente hostil (lugar desconocido), o ambas condiciones (Achotegui, 2009). En ese sentido, sería pertinente que se incluyan talleres dirigidos especialmente a los pacientes migrantes o se complementen los talleres que ya existen (Club de la mama) con el propósito de mejorar su salud, facilitando la integración al nuevo contexto y fortaleciendo sus recursos de afronte sobre todo en la etapa inicial de su estadía en el ambiente hospitalario.

A manera de conclusión, el factor migración estaría desempeñando un rol importante, en cierta medida, en el desarrollo de los recursos de afrontamiento y, con mayor énfasis, en el *componente mental* de la CVRS de las mujeres con cáncer de mama. A partir de ello, la presente investigación pretende visibilizar la importancia de la migración en las pacientes con cáncer de mama, de manera que sea posible profundizar estudios con esta población, con el fin de implementar estrategias de intervención acorde a las características de las pacientes en beneficio de su salud.



## Referencias Bibliográficas

- Aaronson, N. (1993). Assessment of Quality of Life and benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Recent results in Cancer Research*, 127, 201-210.
- Achotegui, J. (2009) Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan* (46), 163-171.
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, con mención en psicología clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Alonso, J., Prieto, L. y 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, 771-776.
- American Cancer Society (2016a) *Cáncer de seno (mama)*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>.
- American Cancer Society (2016b) *¿Cómo se trata el cáncer de seno?* Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-informacion-general>.
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V. y Villareal, P. (2011) Oncoguía, cáncer de mama. *Cancerología* 6, 77 - 86
- Austrich, S. y Gonzales, M. (2008) *Una oportunidad de vida, el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama*. (segunda edición). Colombia: Grupo editorial Norma.
- Becerra, I. y Otero, S. (2013) *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología, con mención en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

- Botero, B. y Pico M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11 – 24.
- Breast Cancer Org. (2016) *Efectos secundarios del tratamiento*. Recuperado de: [http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/efectos\\_secundarios](http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/efectos_secundarios)
- Caballero, M; Leyva-Flores, R; Ochoa-Marín, S; Zarco, A; y Guerrero, C. (2008) Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los proceso de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Publica de México*, 50(3), 242-250.
- Cantú, R; Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y salud*, 19(1). pp. 21-32.
- Carver, C., Kumari, J. y Scheier, M. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M. (2011). Relaciones entre la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(2), 202-225.
- Cassaretto y Chau (2016) Afrontamiento al estrés: adaptación del Cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica RIDEP*, 42 (1).
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., y Valdés, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21 (2), 363-392.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de Afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Chau, C., Morales, H. y Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 20(1), 93-131.

- Compañía Peruana de Estudios de mercados y Opinión Pública (2014). *Estudio de opinión pública sobre religión*. Recuperado de: [http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/23/OPNAC201407\\_01.pdf](http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/23/OPNAC201407_01.pdf)
- Delgado, M., Prieto, M., João, M., Ayala, A., Rojo, F., Fernández, G. y Martínez, P. (2011). Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario eq-5d: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Revista española de salud pública*, 85, 555-568.
- Departamento de Salud Pública de California (2010) *Una guía d la mujer para el tratamiento del cáncer de mama (seno)*. Recuperado de: [http://www.mbc.ca.gov/Publications/Brochures/breast\\_cancer\\_spanish.pdf](http://www.mbc.ca.gov/Publications/Brochures/breast_cancer_spanish.pdf)
- Die-Trill, M. (2003) *Psicooncología*. Madrid: Ades-Ediciones.
- Durán, L., Salinas, G. y Gallegos-Carrillo, K. (2004) Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. En O. Muñoz; C. Peña y Duran, L. (Eds.), *La salud del adulto mayor* (pp.155-190). Recuperado de: <https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/la-salud-del-adulto-mayor-imss-2004.pdf>
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, J., y Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223–231.
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. Fernandez-Abascal; F. Palermo; M. Choliz y F. Martinez,(Eds) *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O. y Madariaga, C. (2014) Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales. *Psicología desde el Caribe*, 31(3), 557-576.
- Ficková, E. (2005). Coping scales for adults: psychometric relationships. *Studia Psychologia*, 47(4), 309-317
- Filazoglu, G. y Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 559-573.



- Fritz, M., Chin, D. y De Marinis, V. (2008). Stressors, anxiety, acculturation and adjustment among international and North American students. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 244 – 259.
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Franks, H. y Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037. doi: 10.1002/PON.1043.
- Gaite, L. (2008) Encuentro con expertos. Calidad de vida relacionada con la salud en el niño con enfermedad crónica. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 48(206), 337-346.
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B. y Belín, T. (2002). Quality of life in long-term disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49
- Gil, A., Wagner, E. & Vega, W. (2000). Acculturation, familism and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal of Community Psychology* 28(4), 443-458
- Granel, L. (2008). *El desarraigo y duelo migratorio en la experiencia de la migración*. Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Gil, F. (2000) *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia Oncología
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. Barcelona: Paidós
- Hack, T. y Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247. doi:10.1002/PON.739.
- Hernández, M; Cruzado, J; Prado, C; Rodríguez, E; Hernández, C; González, M; y Martín, J. (2012) Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v9.n2-3.40895.
- Hernández, M., Lorenzo, R. y Nacif, L. (2009). Impacto emocional: cáncer infantil – inmigración. *Psicooncología*, 6(2-3), 445 – 457.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de Investigación*. México D.F.: McGraw - Hill.

Holland, K. y Holahan, C. (2003) The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15-29. doi:10.1080/0887044031000080656.

Instituto Nacional del Cáncer (s/f). *Cáncer de seno (mama)*. Recuperado de:

<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016 a) *Neoplasias malignas más frecuentes*. Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016 b) *Indicadores de gestión hospitalaria*. Recuperado de:

[http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/estadisticas/29082016\\_Julio\\_2016.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/estadisticas/29082016_Julio_2016.pdf)

Izquierdo, M., González, U., Alern, A. y Jáuregui, U. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista científica médica La Habana*, 7(2), 1-11.

Kershaw, T., Northouse, L. Kritpracha, C, Schafenacker, A y Mood, D (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19(2), 139–155.

Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). New York: Guilford Press.

Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope? En: A. Monat.; R. Lazarus y G. Reevy (Eds.), *The praeeger handbook on stress and coping*. Westpor: Praeger.

Koch, M. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16(3), 181 – 188.

Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Llerena, E. (2015) *Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del ejército*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Llull, D.; Zanier, J. y García, F. (2003) Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.
- Lostanau, V. y Torrejón, C. (2013) *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología, con mención en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Maya, I. (2002) Tipos de redes personales de los inmigrantes y adaptación psicológica. *Redes. Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, 1 (4).
- Márquez-Montero, G., Loret de Mola, C., Bernabé-Ortiz, A, Smeeth, L., Gilman, R. y Miranda, J. (2011) Calidad de vida vinculada a la salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(1), 35-41.
- Martin, P. y Brantley, P. (2002). Stress, Coping, and Social Support in Health and Behavior. En: T. Boll; J. Raczynski y L. Levinson, (Eds). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Vol. 2 (pp. 233-267). Washington DC: American Psychological Association.
- Martin, R., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. y Weir, K. (2003) Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
- Miller, R., Sabin, C.A., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. y Lee, C. (2000). Coping Styles in families with hemophilia. *Psychology, Health and Medicine*, 5(1), 3-12.
- Ministerio de salud (2012). *Plan Esperanza. Plan Nacional para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a servicios oncológicos en el Perú*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/esperanza/>

- Missiaggia, E. (2004) *Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical y de conservación*. Tesis para obtener el grado de Magister. Universidad Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Mok, E. y Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 10, 503-511.
- Montiel, V; Alvarez, O. y Guerra, V. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Medicent Electron*, 20(2),112-117.
- National Breast Cancer Foundation (2012) *Breast Cancer Stages*. Recuperado de: <http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-stages>
- National Cancer Institute (2007) *La quimioterapia y usted*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/quimioterapia-y-usted.pdf>
- Navarro-Lashayas, M. (2014) Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista Neuropsiquiatría*, 34(124), 711-723.
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A., Moller, S. & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1(3), 419-426. doi: 10.1038/sj.bjc.6606073.
- Organización Internacional para las Migraciones, (s/f). Migración y Salud. *Fundamentos de Gestión de la Migración*, 2, 1-30. Reccuperado de: [http://www.crmsv.org/documentos/IOM\\_EMM\\_Es/v2/V2S07\\_CM.pdf](http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015) *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de : <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional Contra el Cáncer (2005) *Acción mundial contra el cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2012) Salud en las Américas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24). Recuperado de: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es)

- Orozco, A. (2013) Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos. *Norte América*, 8( 1), 7-44.
- Palomar, J. y Valdez, L. (2004) Pobreza y Locus de control. *Sociedad Interamericana de Psicología*. (38), 2, 225-240.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010) *Desarrollo humano*. México: Editorial M GrawHill.
- Paredes, M. (2003). *Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Plaza, A. y Rosario, I. (2014) La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.
- Pozos-Radillo, B; Aguilera-Velazco, M; Acosta –Fernandez, M. y Pando-Moreno, M. (2014) Perfil de estrés y estrés crónico en migrantes en Canadá. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 63-75.
- Prieto, M., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K. y Rojo, J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 301-313.
- Puentes, Y., Urrego, S. y Sánchez, R. (2015) Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde las mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495.
- Ramos, W. y Venegas, D. (2013) *Análisis de la Situación del cáncer en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ransom, S., Jacobsen, P., Schmidt, J. y Andrykowski, M. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 243-253.

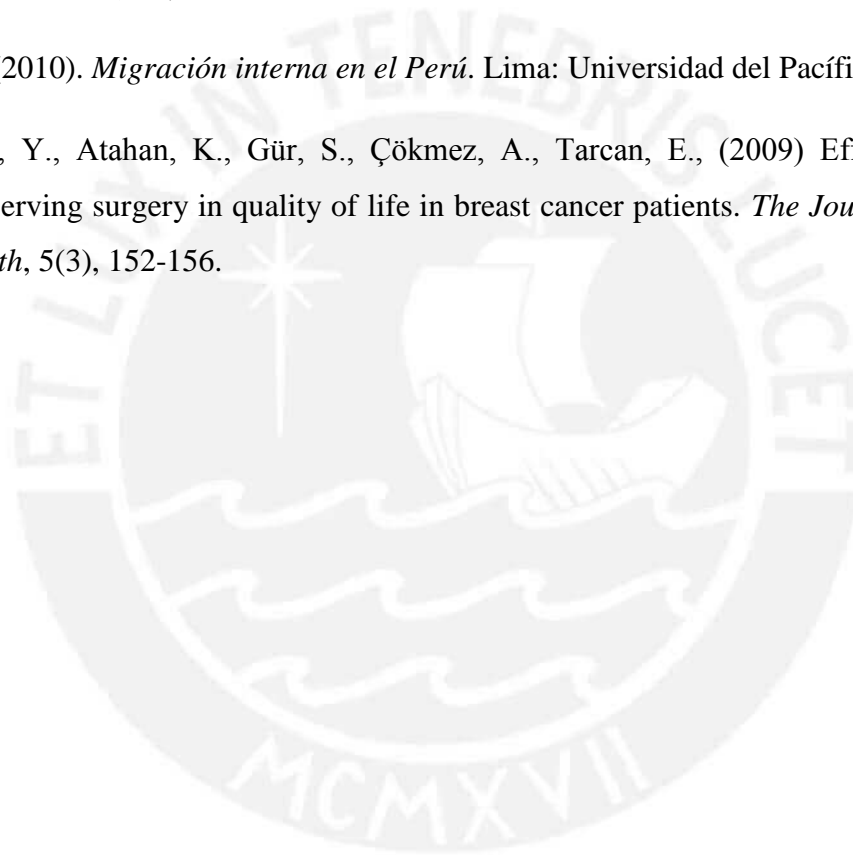
- Reich, M. y Remor, E. (2010) Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 177-221.
- Richardson, C. y Poole, H. (2001) Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 659-667.
- Rodríguez, M., Castro, M. y Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 47-57.
- Rodríguez-Marín, J.; García del Castillo, J. y Terol, M. (2009). La calidad de vida en enfermos de cáncer. En: L. Oblitas y X. Palacios (Eds.). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Psicom editores.
- Rojas, R. (2016) *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Roura, L., Codes, M., Gascón, P., Guillem, V., Muñoz, M., Ollé, C. y Prats, M. (2011) *Hablemos del cáncer de mama*. (Tercera edición) España: Ediciones ACV. Recuperado de: [http://fecma.vinagrero.es/documentos/HABLEMOS\\_DE\\_CANCER\\_MAMA.pdf](http://fecma.vinagrero.es/documentos/HABLEMOS_DE_CANCER_MAMA.pdf).
- Royo, A. (2011) *Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama*. España: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de : [https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl\\_2072\\_181264/TR-RoyoAznar.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf)
- Salas, C. (2009) *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico*. Tesis para obtener el grado de Magister en Epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/680/1/Calidad%20de%20vida%20y%20C%C3%A1ncer%20de%20mama.pdf>
- Salas, C. y Grisales, H. (2010a) Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18.G.
- Salas, C. y Grisales, H. (2010b) El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Revista Científica Salud Uninorte*, 26(1), 134-142.
- Salazar, F. y Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 13. doi: 10.1177/1010539511432879.

- Sarria- Bardales, G. y Limache- García, A. (2013) Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 93-98.
- Shwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21.
- Simon, H. y Zieve, D. (2009). Breast cáncer. *Breast cancer (A.D.A.M.)*, 6, 1-16.
- Skinner, E., y Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annual Review Psychology*, 58, 119-144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Solano, M. (2013). *Relaciones entre el dolor por artritis reumatoide con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos*. Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Soto, R. (2010) *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para obtener el grado de licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Soto, M. y Failde, I. (2004). Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Revista Social Española del Dolor*, (11), 505- 514.
- Spilka, B., Hood, R., Hunsberger, B. y Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religión: an empirical approach*. New York: The Guilford Press.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ticona, S; Santos, E; y Siqueria, A. (2015) Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes*. Tesis para obtener el grado de licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para obtener el grado de licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología, con mención en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Urrutia, M.; Concha, X; y Padilla, O. (2014) Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5),368-377.
- Valiente-Barroso y García-García (2010) La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar y atención psicogeriatrica. *Psicogeritaría*, 2(3), 153-165.
- Van Laarhoven, H., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C. y Prins, J. (2011) Coping, Quality of life, depression and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative end-of-life setting. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-314.
- Vilagut, G., Ferrera, M., Rajmilb, L., Rebolloc, P., Permanyer-Miraldad, G., Quintanae, J., ... Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Vilar, E. y Eibenschutz, C. (2007) Migración y salud mental: un problema de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.*, 6(13), 11-32.
- Villarreal, A. (2013). *Cólera y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial*. Tesis para obtener el grado de licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vásquez, A., Contreras, F., ... Sandin, B. (2005a). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia psicológica, Sociedad Chilena de psicología clínica*, 23(2), 65-74.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
- Wagner, A., Gandek, B., Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bullinger, M., Bjorner, J., Fukuhara, S., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S.



- y Ware, J. (1998). Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology.*, 51(11), 925-932.
- Ware, J. (2004). SF-36 Health Survey update. Qualitymetric incorporated and Tufts University Medical School. En Maruish, M. (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 3, 693-718. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Ware, J. y Sherbourne, C. (1992) The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Yamada, G. (2010). *Migración interna en el Perú*. Lima: Universidad del Pacífico.
- Zanapalioğlu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., Tarcan, E., (2009) Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of breast health*, 5(3), 152-156.



## Apéndice A: Consentimiento Informado

Fecha: \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_

Yo ..... he sido invitada a participar en una investigación que tiene como propósito conocer las maneras de enfrentar la enfermedad. Esta investigación es realizada por Claudia Rodríguez Aybar, alumna de pregrado en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Perú.

Comprendo que toda la información que brinde será manejada en absoluto anonimato, por ende mi identidad no será rebelada por ningún motivo. Entiendo que estas pruebas no resultarán perjudiciales para mí. Además, estoy informado que no se me podrá devolver resultado de las mismas.

Así mismo, mi participación es completamente voluntaria y puedo retirarme del estudio cuando lo considere conveniente.

Si tengo alguna duda sobre la investigación, me puedo comunicar con la Mg. Mónica Cassaretto Bardales al 626-200 anexo 4548 o al correo electrónico mcassar@pucp.edu.pe.

Conforme con todo lo expresado en líneas anteriores, expreso mi libre participación en la presente investigación.

.....  
Firma de la participante

### Apéndice B: Ficha de Datos

Fecha: \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_

#### Datos personales:

1) Edad: \_\_\_\_\_

2) Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

3) Ocupación: \_\_\_\_\_

4) Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

5) Lengua materna: \_\_\_\_\_ Segunda Lengua: \_\_\_\_\_

6) Práctica alguna religión:

Sí  No

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

7) Estado Civil:

Soltera  Casada

Conviviente  Separada

Divorciada  Viuda

8) Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

9) Lugar de Procedencia:

Lima  Provincia

10) Lugar de residencia permanente: \_\_\_\_\_

Rural  Urbana

(Si es de Lima pasa a las N°15)

11) Primera vez en Lima: Sí  No

12) Motivo por el cuál viaje a Lima: \_\_\_\_\_

13) Tiempo que se encuentra en Lima:

Tiempo en meses  Solo vengo por mi consulta

14) Pienso quedarme a vivir en Lima:

Sí  No

15) Persona que la acompaña : \_\_\_\_\_

16) Actualmente vive en:

En mi casa

En casa de un pariente

Albergue

Otros: \_\_\_\_\_

17) Cuidador primario: \_\_\_\_\_

18) Personas con las que vive (puede marcar más de una)

Sola  Hijos

Pareja  Padres

Hermanos  Nietos

19) La mayor dificultades de esta situación es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Datos Clínicos:

20) Tiempo desde el diagnóstico: \_\_\_\_\_ (en meses)

21) Estadio de enfermedad: I  II  III

22) Mastectomía: \_\_\_\_\_

Parcial  Total

23) Tiempo transcurrido desde la operación: \_\_\_\_\_(en meses)

24) Tipo de tratamiento:

Quimioterapia

Radioterapia

Hormonal

25) Tiempo transcurrido desde que inicio el tratamiento \_\_\_\_\_(en meses)

26) He recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico luego de recibir el diagnóstico

Sí  No

Especificar (duración y tipo): \_\_\_\_\_



### Apéndice C: Características sociodemográficas

*Descripción de las características de las pacientes migrantes y no migrantes*

| Variables sociodemográficas y de enfermedad |                          | Migrantes |      | No Migrantes |      |
|---|--------------------------|-----------|------|--------------|------|
|   |                          | f         | %    | f            | %    |
| <b>Edad</b>                                 | Adulthood temprana       | 15        | 36.6 | 17           | 35.4 |
|   | Adulthood media          | 21        | 51.2 | 28           | 58.3 |
|   | Adulthood tardía         | 5         | 12.2 | 3            | 6.3  |
| <b>Grado de Instrucción</b>                 | Primaria                 | 12        | 29.3 | 9            | 18.8 |
|   | Secundaria               | 16        | 39.0 | 22           | 45.8 |
|   | Superior                 | 13        | 31.7 | 17           | 35.4 |
| <b>Ocupación</b>                            | Desempleada              | 37        | 90.2 | 42           | 87.5 |
|   | Empleada                 | 4         | 9.8  | 6            | 12.5 |
| <b>Estado Afectivo</b>                      | Sin pareja               | 13        | 31.7 | 19           | 39.6 |
|   | Con pareja               | 28        | 68.3 | 29           | 60.4 |
| <b>Región de procedencia</b>                | Lima                     | 0         | 0    | 48           | 100  |
|   | Costa                    | 22        | 24.7 | 0            | 0    |
|   | Sierra                   | 10        | 11.2 | 0            | 0    |
|   | Selva                    | 9         | 10.1 | 0            | 0    |
| <b>Zona de vivienda de origen</b>           | Urbana                   | 38        | 92.7 | 48           | 100  |
|   | Rural                    | 3         | 7.3  | 0            | 0    |
| <b>Tiempo de migración</b>                  | 1 a 4 meses              | 21        | 24.4 | 0            | 0    |
|   | 5 a 6 meses              | 20        | 21.7 | 0            | 0    |
| <b>Vivienda actual</b>                      | Casa                     | 0         | 0    | 48           | 0    |
|   | Casa pariente            | 28        | 68.3 | 0            | 0    |
|   | Albergue                 | 10        | 24.4 | 0            | 0    |
|   | Cuarto                   | 3         | 7.3  | 0            | 0    |
| <b>Composición familiar actual</b>          | Sola                     | 6         | 14.6 | 1            | 2.1  |
|   | Familia conyugal         | 5         | 12.2 | 1            | 2.1  |
|   | Familia monoparental     | 8         | 19.5 | 9            | 18.8 |
|   | Familia nuclear Familiar | 0         | 0    | 36           | 75.0 |
|   | extensa                  | 20        | 48.8 | 1            | 2.1  |
|   | Otros                    | 2         | 4.9  | 0            | 0    |
| <b>Estadío</b>                              | I                        | 4         | 9.8  | 8            | 16.7 |
|   | II                       | 21        | 51.2 | 18           | 37.5 |
|   | III                      | 16        | 39.0 | 22           | 45.8 |
| <b>Tratamiento</b>                          | Solo quimioterapia       | 24        | 58.5 | 29           | 60.4 |
|   | Solo cirugía             | 7         | 17.1 | 8            | 16.7 |
|   | Ambos tratamientos       | 10        | 24.4 | 11           | 22.9 |
| <b>Dificultad</b>                           | Ninguna                  | 2         | 4.9  | 8            | 16.7 |
|   | Impacto de la noticia    | 3         | 7.3  | 31           | 64.6 |
|   | Efectos del tratamiento  | 1         | 2.4  | 7            | 14.6 |
|   | Separación familiar      | 18        | 43.9 | 0            | 0    |
|   | Adaptación al ambiente   | 16        | 39.0 | 0            | 0    |
|   | Problemas económicos     | 1         | 2.4  | 2            | 4.2  |

**Apéndice D: Consistencia interna SF-36**

Tabla 6  
*Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida*

|   | Ítem | Correlación total<br>de elementos<br>corregida | Alfa si se<br>elimina el ítem |
|---|------|--|-------------------------------|
| <b>Componente físico <math>\alpha = .803</math></b> |      |  |                               |
| Función física<br>$\alpha = .699$                   | S3A  | .271   | .691                          |
|   | S3B  | .289   | .696                          |
|   | S3C  | .220   | .702                          |
|   | S3D  | .508   | .645                          |
|   | S3E  | .481   | .685                          |
|   | S3F  | .521   | .645                          |
|   | S3G  | .569   | .629                          |
|   | S3H  | .508   | .654                          |
|   | S3I  | .384   | .697                          |
|   | S3J  | .238   | .697                          |
| Rol físico<br>$\alpha = .827$                       | S4A  | .741   | .752                          |
|   | S4B  | .689   | .772                          |
|   | S4C  | .812   | .708                          |
|   | S4D  | .472   | .895                          |
| Dolor corporal<br>$\alpha = .795$                   | S7   | .666   | .0                            |
|   | S8   | .666   | .0                            |
| Salud general<br>$\alpha = .624$                    | S1   | .463   | .696                          |
|   | S11A | .181   | .808                          |
|   | S11B | .457   | .650                          |
|   | S11C | .574   | .665                          |
| <b>Componente mental <math>\alpha = .877</math></b> |      |  |                               |
| Vitalidad<br>$\alpha = .780$                        | S9A  | .525   | .757                          |
|   | S9E  | .490   | .776                          |
|   | S9G  | .655   | .690                          |
|   | S9I  | .681   | .678                          |
| Función social<br>$\alpha = .926$                   | S6   | .865   | .0                            |
|   | S10  | .865   | .0                            |
| Rol emocional<br>$\alpha = .955$                    | S5A  | .933   | .912                          |
|   | S5B  | .918   | .924                          |
|   | S5C  | .865   | .963                          |
| Salud mental<br>$\alpha = .829$                     | S9B  | .610   | .800                          |
|   | S9C  | .696   | .774                          |
|   | S9D  | .639   | .793                          |
|   | S9F  | .615   | .798                          |
|   | S9H  | .588   | .807                          |

### Apéndice E: Consistencia interna COPE60

Tabla 7  
*Confiabilidad de la Escala de Estrategias de Afrontamiento*

|   | Ítem | Correlación total de elementos corregida | Alfa si se elimina el ítem |
|---|------|--|----------------------------|
| Afrontamiento activo<br>$\alpha = .308$         | C5   | .277                                     | .110                       |
|   | C25  | .130                                     | .359                       |
|   | C47  | .204                                     | .221                       |
|   | C58  | .083                                     | .321                       |
| Planificación<br>$\alpha = .594$                | C19  | .368                                     | .529                       |
|   | C32  | .414                                     | .494                       |
|   | C39  | .273                                     | .595                       |
|   | C56  | .452                                     | .458                       |
| Contención del afrontamiento<br>$\alpha = .596$ | C10  | .367                                     | .533                       |
|   | C22  | .269                                     | .614                       |
|   | C41  | .326                                     | .563                       |
|   | C49  | .574                                     | .356                       |
| Supresión de actividades<br>$\alpha = .302$     | C15  | -.217                                    | .483                       |
|   | C33  | .260                                     | .088                       |
|   | C42  | .188                                     | .219                       |
|   | C55  | .344                                     | -.105                      |
| Reinterpretación positiva<br>$\alpha = .572$    | C1   | .274                                     | .565                       |
|   | C29  | .366                                     | .495                       |
|   | C38  | .523                                     | .347                       |
|   | C59  | .282                                     | .555                       |
| Aceptación<br>$\alpha = .868$                   | C13  | .703                                     | .838                       |
|   | C21  | .705                                     | .837                       |
|   | C44  | .718                                     | .832                       |
|   | C54  | .751                                     | .818                       |
| Enfocar y liberar emociones<br>$\alpha = .674$  | C3   | .602                                     | .499                       |
|   | C17  | .642                                     | .477                       |
|   | C28  | .104                                     | .834                       |
|   | C46  | .592                                     | .532                       |



|   | Ítem | Correlación<br>total de<br>elementos<br>corregida | Alfa si se<br>elimina el<br>ítem |
|---|------|---|----------------------------------|
| Búsqueda SS por razones instrumentales<br>$\alpha = .638$ | C4   | .178  | .720                             |
|   | C14  | .609  | .414                             |
|   | C30  | .429  | .561                             |
|   | C45  | .487  | .517                             |
| Búsqueda de SS por razones emocionales<br>$\alpha = .666$ | C11  | .459  | .591                             |
|   | C23  | .382  | .646                             |
|   | C34  | .376  | .643                             |
|   | C52  | .587  | .504                             |
| Desentendimiento mental<br>$\alpha = .304$                | C2   | .169  | .230                             |
|   | C16  | .266  | .105                             |
|   | C31  | .114  | .293                             |
|   | C43  | .086  | .338                             |
| Desentendimiento conductual<br>$\alpha = .643$            | C9   | .448  | .557                             |
|   | C24  | .526  | .494                             |
|   | C37  | .345  | .626                             |
|   | C51  | .389  | .598                             |
| Negación<br>$\alpha = .603$                               | C6   | .330  | .570                             |
|   | C27  | .295  | .592                             |
|   | C40  | .354  | .559                             |
|   | C57  | .572  | .368                             |
| Afrontamiento religioso<br>$\alpha = .599$                | C7   | .297  | .621                             |
|   | C18  | .496  | .539                             |
|   | C48  | .497  | .438                             |
|   | C60  | .538  | .396                             |
| Uso de humor<br>$\alpha = .942$                           | C8   | .802  | .947                             |
|   | C20  | .897  | .914                             |
|   | C36  | .863  | .925                             |
|   | C50  | .900  | .913                             |
| Substancias<br>$\alpha = .612$                            | C12  | .0  | .689                             |
|   | C26  | .893  | -.014                            |
|   | C35  | .948  | -.010                            |
|   | C53  | -.011   | .720                             |

**Apéndice F: Análisis de Normalidad**

Tabla 8

*Análisis de Normalidad*

| Sub-escalas                  | Asimetría | Curtosis           |
|------------------------------|-----------|--------------------|
| Planificación                | .011      | -.750              |
| Contención del afrontamiento | -.612     | .296               |
| Reinterpretación positiva    | -.768     | .410               |
| Aceptación                   | -.588     | -.203              |
| Enfocar y liberar emociones  | .522      | .379               |
| Búsqueda de SS instrumental  | -.167     | -.873              |
| Búsqueda de SS emocional     | .037      | -.873              |
| Uso del Humor                | 1.62      | 2.40               |
| Afrontamiento religioso      | -2.23     | 5.28               |
| Negación                     | .798      | .972               |
| Desentendimiento conductual  | 2.90      | 9.88               |
| Substancias                  | 8.95      | 82.13 <sup>a</sup> |
| Rol físico                   | 2.11      | 3.52               |
| Función física               | -1.07     | 1.90               |
| Dolor corporal               | -.515     | -.246              |
| Salud general                | -.090     | -.996              |
| Vitalidad                    | -.142     | -.420              |
| Función social               | .065      | -1.11              |
| Rol emocional                | -.619     | -1.55              |
| Salud mental                 | -.471     | -.577              |

a= escala no normal

**Apéndice G: Porcentajes por quintiles CVRS**

Tabla 9

*Porcentajes por quintiles - CVRS*

|                | Muy baja | Baja | Promedio | Alta | Muy alta |
|----------------|----------|------|----------|------|----------|
| Rol físico     | 70,8     | -    | -        | -    | 29,2     |
| Función física | 24,7     | 30,4 | 7,9      | 20,2 | 16,8     |
| Dolor corporal | 20,2     | 33,6 | 5,6      | 22,6 | 18       |
| Salud general  | 20,2     | 23,6 | 15,8     | 20,2 | 20,2     |
| Vitalidad      | 20,2     | 19,1 | 24,7     | 15,7 | 20,3     |
| Función social | 25,8     | 24,7 | 20,2     | 29,3 | -        |
| Rol emocional  | 30,3     | 9    | 60,7     | -    | -        |
| Salud mental   | 20,2     | 23,6 | 18       | 23,6 | 14,6     |

N=89