



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Proceso de duelo y calidad de vida en pacientes oncológicas diagnosticadas con cáncer de  
mama de Lima**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

**AUTOR(ES):**

Olavarria Fuentes Marcela Verónica (0000-0002-3815-4027)

**ASESOR(ES):**

Dra. Espíritu Salinas Natividad Marina (0000-0001-6621-4405)

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

AUTOR: Olavarria Fuentes Marcela Verónica

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento: 09302664

### **Datos de asesor**

ASESORA: Dra. Espíritu Salinas Natividad Marina

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento: 09136467

### **Datos del jurado**

JURADO 1: Dr. CORDOVA CADILLO ALBERTO. DNI 08458178. ORCID 0000-0002-8221-3960

JURADO 2: Mg. ARISPE MONTOYA VIUDA DE GARCIA ELIZABETH VERTUDES. DNI 06719319.

ORCID 0000-0003-3276-1755

JURADO 3: Mg. SEGURA MÁRQUEZ CARMEN LUISA. DNI 07042807. ORCID 0000-0002-2396-1889

JURADO 4: Dra. ESPÍRITU SALINAS NATIVIDAD MARINA. DNI 09136467. ORCID 0000-0001-6621-4405

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 5.01.00

Código del Programa: 313016



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios y a la Virgen María por ser quienes cuidan de mí siempre, a mi familia, la que tengo conmigo y la que ya trascendió, pero tengo presente.

A todos los que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a que este trabajo de tesis se haga realidad, pero especilamente a las 50 valientes mujeres que contestaron la encuesta y para quienes sólo deseo su pronta recuperación. A la Dra. Natividad Espíritu, mi asesora, por la paciencia que tuvo conmigo y por el profesionalismo y conocimiento que me compartió.



## Introducción

La presente investigación trata temas importantes para la psicooncología, una rama menos desarrollada dentro de la profesión, y aborda tanto la calidad de vida como los procesos de duelo en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran en tratamiento. El interés por desarrollar este tema partió de la necesidad de prestar atención a la calidad de vida y al duelo, como variables que se encuentran presentes en las mujeres con cáncer de mama, y de determinar si es que existe alguna relación entre ambas para poder hacer recomendaciones.

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema, formulándose la pregunta de investigación, así como los objetivos tanto generales como específicos. También se hace referencia a la importancia y justificación del estudio y las limitaciones del mismo, para que en posteriores investigaciones se tomen en cuenta y ello pueda enriquecerlas aún más.

El segundo capítulo tiene que ver con el marco teórico, las investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con el tema y las bases teóricas y científicas que sustentan este tipo de investigaciones. De manera específica, las diferentes teorías sobre duelo e información acerca de la conceptualización de la calidad de vida en personas que sufren de alguna enfermedad crónica o importante. Asimismo, se presentan las definiciones operacionales de términos básicos para entender la investigación.

El tercer capítulo está referido a los supuestos científicos del estudio, se indican las hipótesis tanto generales como específicas y se detallan las variables que intervienen en la investigación.

El cuarto capítulo tiene que ver con el método, y en él se hace referencia a la población y muestra, así como el tipo de investigación, se indican los instrumentos elegidos para la evaluación y se incluye la ficha técnica de ambas escalas utilizadas (EORTC QLQ-C30 y la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud -RPD-PS-38).

Asimismo, se describe el procedimiento y las técnicas para el procesamiento de los datos.

El quinto capítulo tiene que ver con la presentación de los resultados y contiene también el análisis y discusión de los mismos. En este capítulo se describen los principales hallazgos de la investigación y se discuten a la luz de las hipótesis planteadas inicialmente.

Para finalizar, en el sexto capítulo se presentan las principales conclusiones generales y las conclusiones específicas que surgen a partir del análisis de resultados del estudio. Del mismo modo, se hace referencia a las recomendaciones para posteriores estudios y se añade el resumen de la investigación. En la parte final del documento, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos, como el modelo de consentimiento informado y los cuadros de extracción correspondientes a la validación de ambas escalas.

## Indice

### **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

1.1 Formulación del problema .....	Pág. 13
1.2 Objetivos .....	Pág. 15
1.2.1 Generales .....	Pág. 15
1.2.2 Específicos .....	Pág. 16
1.3 Importancia y justificación del estudio .....	Pág. 17
1.4 Limitaciones del estudio .....	Pág. 21

### **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

2.1 Investigaciones relacionadas con el tema .....	Pág. 23
2.1.1 Investigaciones internacionales .....	Pág. 23
2.1.2 Investigaciones nacionales .....	Pág. 29
2.2 Bases teórico-científicas del estudio .....	Pág. 30
2.2.1 Teoría del duelo de Elisabeth Kübler Ross .....	Pág. 36
2.2.2 Otras teorías sobre el duelo .....	Pág. 39
2.2.3 Calidad de vida .....	Pág. 47
2.2.3.1 Calidad de vida en general .....	Pág. 47
2.2.3.2 Calidad de vida relacionada con la salud .....	Pág. 54
2.3 Definición de términos básicos .....	Pág. 59

### **CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1 Supuestos científicos básicos de las variables de estudio .....	Pág. 64
3.2 Hipótesis .....	Pág. 66
3.2.1 Generales.....	Pág. 66



3.2.2 Específicas .....	Pág. 67
3.3 Variables de estudio o áreas de análisis .....	Pág. 68
3.3.1 Variables generales .....	Pág. 68
3.3.2 Variable correlacionada 1: Calidad de Vida .....	Pág. 69
3.3.3 Variable correlacionada 2: Duelo .....	Pág. 69
 <b>CAPÍTULO IV. MÉTODO</b>	
4.1 Población, muestra o participantes .....	Pág. 71
4.2 Tipo y diseño de investigación .....	Pág. 71
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	Pág. 72
4.4 Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos .....	Pág. 76
 <b>CAPÍTULO V. RESULTADOS</b>	
5.1 Presentación de datos .....	Pág. 78
5.2 Análisis de datos .....	Pág. 81
5.3 Análisis y discusión de resultados .....	Pág. 88
 <b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
6.1 Conclusiones generales y específicas .....	Pág. 97
6.1.1 Conclusiones Generales .....	Pág. 97
6.1.2 Conclusiones Específicas .....	Pág. 98
6.2 Recomendaciones .....	Pág. 99
6.3 Resumen y términos clave .....	Pág. 101
6.4 Abstract y Key words .....	Pág. 102
<b>REFERENCIAS</b> .....	Pág. 104

**ANEXOS** ..... Pág. 112

- Formato de consentimiento informado ..... Pág. 112
- Cuadros de extracción ..... Pág. 112

## Indice de tablas

		Pág.
<b>Tabla 1</b>	<i>Matríz de operacionalización de la variable Calidad de Vida</i>	69
<b>Tabla 2</b>	<i>Matríz de operacionalización de la variable Duelo</i>	70
<b>Tabla 3</b>	<i>Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la variable calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	78
<b>Tabla 4</b>	<i>Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la variable duelo ante la pérdida de la salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	79
<b>Tabla 5</b>	<i>Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de las variables calidad de vida y duelo ante la pérdida de la salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	80
<b>Tabla 6</b>	<i>Alfa de Cronbach para la prueba de calidad de vida (EORTC QLQ-C30).</i>	81
<b>Tabla 7</b>	<i>Alfa de Cronbach para la Escala de Respuestas ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38).</i>	81
<b>Tabla 8</b>	<i>Etapas de duelo de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	83
<b>Tabla 9</b>	<i>Percepción de calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	84
<b>Tabla 10</b>	<i>Cálculo de correlación entre calidad de vida global y aceptación utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	84
<b>Tabla 11</b>	<i>Cálculo de correlación entre funcionamiento físico y</i>	85

*aceptación utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.*

<b>Tabla 12</b>	<i>Cálculo de correlación entre funcionamiento de roles y aceptación utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	86
<b>Tabla 13</b>	<i>Cálculo de correlación entre funcionamiento emocional y aceptación utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	86
<b>Tabla 14</b>	<i>Cálculo de correlación entre funcionamiento cognitivo y aceptación utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	87
<b>Tabla 15</b>	<i>Cálculo de correlación entre funcionamiento social y aceptación utilizando en Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima.</i>	88
<b>Tabla 16</b>	<i>Validez de la prueba de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 a través del método de extracción.</i>	113
<b>Tabla 17</b>	<i>Validez de la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) a través del método de extracción.</i>	114
<b>Tabla 18</b>	<i>Varianza para la prueba de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30</i>	115
<b>Tabla 19</b>	<i>Varianza para la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)</i>	116

## CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

### 1.1 Formulación del problema

Las investigaciones más recientes acerca del impacto psicológico de los tratamientos que enfrentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, para paliar o curarse de esta enfermedad, otorgan importancia a los procesos de duelo que se atraviesan, entendiéndose éstos como los efectos de las múltiples pérdidas percibidas por las pacientes desde el momento del diagnóstico en adelante. Los tratamientos suponen operaciones, que en muchos casos son extirpaciones o mutilaciones de parte de la mama o de las mamas completas. A partir de las intervenciones quirúrgicas a las mamas, partes del cuerpo con connotaciones psicológicas adicionales, relacionadas a la propia imagen, la feminidad, la sensualidad y la autoestima, se ven afectadas y con ello se añaden otros duelos, otras pérdidas que van más allá de las modificaciones corporales. Adicionalmente, el tratamiento de quimioterapia supone otro grupo de pérdidas, pues las mujeres muchas veces no pueden valerse por sí mismas (pérdida de la independencia), tienen que dejar de trabajar (pérdida de la autonomía económica) y sufren de una serie de efectos secundarios que son la evidencia más concreta de la pérdida de la salud. La pérdida del cabello es también un impacto importante para las mujeres en tratamiento de cáncer de mama, tanto así que algunas de ellas pueden desistir de llevar a cabo el tratamiento por no enfrentarse a este momento.

Díaz (2010) reconoció que las intervenciones a las que se somete a las mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama, afectan partes de cuerpo relacionadas

con aspectos importantes de la feminidad, la sexualidad y la maternidad. A partir de ello, indicó que la enfermedad no sólo afecta a la mujer desde su dimensión biológica sino también psicológica, en la representación de su cuerpo y su vínculo con el otro. Díaz (2010) se refirió también al duelo en el cáncer de mama, reconociéndolo como un proceso psíquico que se manifiesta después de la pérdida de algo valioso para la mujer, pudiendo ser en primer lugar la salud, pero continuando con las pérdidas a nivel de la imagen corporal, los proyectos trazados, los vínculos establecidos, etc.

La radioterapia como tratamiento, si bien suele ser más llevadera, también genera efectos secundarios importantes desde el lado físico (cansancio o fatiga, lesiones en el área irradiada y/o los órganos aledaños, quemaduras, dolor, entre otros), como también desde el lado psicológico (duelo por pérdida de funciones, duelo por deterioro de la imagen, ansiedad, etc.). Por ser la radioterapia un tratamiento que, para el cáncer de mama, por lo general se emplea luego de las intervenciones quirúrgicas y el tratamiento de quimioterapia, las pacientes llegan a esta etapa más comprometidas física y emocionalmente, por lo que puede evidenciarse cansancio, hastío, desesperanza, incertidumbre, ansiedad por terminar los tratamientos, entre otros efectos psicológicos. En lo que respecta a la calidad de vida, ésta se ve muy afectada cuando una mujer tiene que seguir un tratamiento para hacer frente de manera curativa o paliativa al cáncer de mama. Tanto desde el lado físico como desde el lado psicológico, en definitiva la calidad de vida se afecta, por lo tanto, se considera que debería ser un objetivo terapéutico, sobre todo en enfermedades de alta complejidad y con tratamientos prolongados como el

cáncer y en enfermedades crónicas. Asimismo, debería otorgarse una especial importancia al componente psicológico presente en la percepción de calidad de vida. Varios autores han abordado el tema de los efectos psicológicos que aparecen en las mujeres luego del diagnóstico de cáncer de mama. Soriano, Norat, Arrébola y Fleitas (1997) refirieron que en el tratamiento del cáncer de mama, se ven afectadas todas las esferas de vida de la mujer, dentro de las que se incluyen la familiar, relacional, de pareja, laboral y social. Borbon y Beato (2002) reconocieron igualmente que en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y posteriormente mastectomizadas se ve afectada la calidad de vida, las relaciones familiares, los aspectos psicológicos, poniendo especial énfasis en el impacto que la mastectomía tiene sobre la valoración y aceptación de la imagen corporal. Asimismo, se refirieron a problemas sociales y laborales producto del diagnóstico y tratamiento de la propia enfermedad.

Ford (2001) indicó que la depresión es una de las complicaciones más presentes en las mujeres cuando atraviesan por cáncer de mama, especialmente si son mastectomizadas.

El problema de investigación que se propone responder tiene que ver con la siguiente pregunta, ¿en qué fase de duelo se encuentran las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento y cómo se relaciona la aceptación de la enfermedad con la calidad de vida?.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Generales**

O1: Describir las fases de duelo de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

O2: Describir la percepción de calidad de vida en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

### 1.2.2 Específicos

O3: Relacionar la fase de duelo aceptación con la calidad de vida global en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

O4: Relacionar la fase de duelo aceptación con el funcionamiento físico en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

O5: Relacionar la fase de duelo aceptación con el funcionamiento de roles en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

O6: Relacionar la fase de duelo aceptación con el funcionamiento emocional en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

O7: Relacionar la fase de duelo aceptación con con el funcionamiento cognitivo en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

O8: Relacionar la fase de duelo aceptación con el funcionamiento social en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.



### **1.3 Importancia y justificación del estudio**

El cáncer de mama es una enfermedad con una alta prevalencia mundial y una alta incidencia en el tipo de cáncer que experimentan las mujeres en el Perú, en los diferentes niveles socioeconómicos y cada vez a más corta edad. La Organización Mundial de la Salud (2018) colocó al cáncer como la segunda causa más importante para las muertes a nivel mundial. Indicó igualmente que, una de cada siete personas pierde la vida por esta enfermedad alrededor de todo el mundo..

Por su lado, Revilla (2021) mencionó que en las américas, el cáncer es la segunda causa de muerte y que en el año 2018 se diagnosticaron 3.8 millones de nuevos casos y 1.4 millones de muertes fueron por esta causa. En las américas, para las mujeres, el cáncer de mama es el que representa la mayor incidencia con un 25.2% de los diagnósticos. Se estima que para el año 2030 la incidencia de cáncer se incremente en un 32% con 5 millones de diagnósticos por año, en esta área del mundo que es a la que pertenecemos.

En el caso de Gonzáles (2019) sus investigaciones contribuyeron a reconocer al cáncer de mama como uno de los tumores malignos más frecuentes a nivel mundial. El autor indicó por ejemplo que en los Estados Unidos, una (1) de cada nueve (9) mujeres sufre de esta enfermedad. Los resultados no son diferentes a Europa, para lo que indicó que una (1) de cada trece (13) mujeres también sufre de esta enfermedad. Para el caso de Asia, indicó que una (1) de cada ochenta mujeres (80) padece de cáncer de mama, mientras que en el Perú una (1) de cada veinte (20) mujeres podrían desarrollar cáncer de mama en algún momento de su vida. Es una enfermedad cada vez más común.

Vallejos-Sologuren (2020) indicó que en nuestro país (Perú), la principal causa de muerte por enfermedad es el cáncer. Asimismo, indicó con datos de Globocan, que en el año 2018 más de 66,000 (sesenta y seis mil) nuevos casos de este mal fueron diagnosticados y las muertes que se registraron ascendieron a más de 33,000 (treinta y tres mil) debido a esta enfermedad. En nuestro medio las tres patologías más frecuentes registradas para las mujeres fueron cáncer de mama, en un 19% de casos; cáncer de cérvix, en un 11% de casos y cáncer de estómago, en un 7% de casos. Las estadísticas para los hombres mostraron que lo más frecuente fue encontrar cáncer de próstata, en un 25% de casos; cáncer de estómago, en un 10% de casos y cáncer colorrectal, en un 7% de casos. Las principales causas de muerte se dieron por cáncer de estómago en un 13.9% de casos, cáncer de pulmón en un 8.6% de casos y cáncer de próstata en un 8.2% de casos.

Siendo el cáncer de mama el más frecuente entre las mujeres peruanas, se hace necesario implementar servicios de acompañamiento psicológico para quienes se ven en la necesidad de llevar los diferentes tipos de tratamientos para lidiar con esta enfermedad, ya sea de manera curativa o paliativa. Para este fin, es importante referirse al duelo que experimentan las pacientes desde el momento del diagnóstico hasta la remisión e incluso en los años posteriores a esta. Desde el diagnóstico, las mujeres experimentan diversas pérdidas que abren procesos de duelo por los que tienen que transitar continuamente. La pérdida de la salud en principio con el diagnóstico, la pérdida de la independencia cuando requieren de compañía por no poder valerse por sí mismas, las pérdidas económicas por tener que enfrentar gastos no previstos; las pérdidas físicas, totales o parciales, con las intervenciones quirúrgicas; las pérdidas en la apariencia con la caída del cabello, las

mutilaciones, etc. Una serie de duelos abiertos, algunos que se superponen con otros y que generan también un impacto en la salud mental por un lado, y en la calidad de vida de la paciente por otro. Por este motivo, se hace importante desarrollar investigaciones que permitan diseñar protocolos de atención en los que se incluya el trabajo en duelo y el registro de la calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento y posterior a éste. De esta manera, se puede identificar a los pacientes que estén pasando dificultades para afrontar sus duelos en los tratamientos de cáncer de mama y hacer intervenciones adecuadas, no sólo para disminuir factores de riesgo, sino también para incrementar factores protectores, disminuyendo con ello los problemas emocionales adicionales a las propias dificultades tanto de la enfermedad en sí misma como de sus tratamientos.

Masson (2017) indicó que contar con un familiar lidiando con una enfermedad crónica o grave, como por ejemplo cáncer, supone un enorme desafío tanto personal como familiar, que implica hacer frente tanto a las pérdidas físicas como a otro gran número de pérdidas (duelos) que provocan una serie de emociones y reacciones (impotencia, aflicción, desesperanza, ira, tristeza, depresión, etc.). Las pérdidas en el cáncer se relacionan con limitaciones y cambios físicos, pérdida de roles, deterioro, pérdida de la sexualidad, pérdidas económicas, pérdidas familiares, pérdidas de objetivos y de sentido en la vida, pérdidas de relaciones sociales, pérdidas de vitalidad, etc. Los enfermos se enfrentan entonces a evidentes procesos de duelo que incluso muchas veces transitan solos. Masson (2017) indicó también que cuando se experimenta una pérdida importante de algo o alguien, aparecen fenómenos emocionales, cognitivos, psicológicos, espirituales y

conductuales que son propios y únicos, así como subjetivos, pero que implican un tránsito por las diferentes etapas de duelo.

Córcoles (2021) llevó a cabo un trabajo de investigación que consistió en una revisión bibliográfica sobre el proceso de duelo y su relevancia en la experiencia con el cáncer, entendido como el proceso de adaptación a las continuas pérdidas que sufren los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad y los mecanismos de adaptación que pueden favorecer o complicar la aceptación. Se refirió al concepto y tipos de duelo, el impacto y significado del cáncer desde el afrontamiento, duelo corporal, identificación de los posibles factores de riesgo y desarrollo de herramientas para la protección del duelo complicado, importancia del apoyo social para el ajuste a la enfermedad, resiliencia y supervivencia. Concluyó que las pérdidas experimentadas con el cáncer van más allá que las propias relacionadas con la salud y que el desajuste impacta tanto al propio paciente como a quienes lo rodean. Asimismo, se refirió ampliamente a la importancia en el trabajo del duelo con pacientes con cáncer, con el propósito de identificar los recursos para la elaboración del duelo y la prevención del duelo complicado. También indicó que para próximos estudios deberían separarse las muestras en tipos de cáncer, edad de los pacientes (niños, adolescentes o adultos) y estado de progresión de la enfermedad. Finalmente indicó que los duelos en cáncer no terminan con la remisión de la enfermedad, sino que son un proceso continuo que podría seguir presentándose mientras la persona intenta su reinserción en la comunidad.

También resulta importante determinar qué aspectos de la percepción de la calidad de vida son los que influyen en mayor medida en que las mujeres se sitúen en las diferentes

etapas de duelo por las que atraviesan. Determinando este aspecto se podrían tomar acciones orientadas a un mejor manejo de la percepción de calidad de vida y por ende una mejor aceptación y adecuación de la enfermedad.

#### **1.4 Limitaciones del estudio**

La principal limitación del estudio fue el acceso a la muestra, porque se trató de mujeres en tratamiento por cáncer de mama y un porcentaje de ellas no mostró disposición a que se le apliquen dos cuestionarios, aún cuando fueron de rápida administración. Asimismo, el acceso a este segmento en particular fue más difícil que el acceso a la población en general o a una muestra más grande.

La segunda limitación del estudio tuvo que ver con la aplicación de las pruebas, ya que por el estado de emergencia sanitaria y la condición de vulnerabilidad médica de las participantes en el estudio, no fue recomendable aplicar las pruebas de manera presencial. La aplicación de éstas fue virtual, enviándoseles los cuestionarios para que los resuelvan y luego los envíen de regreso. Asimismo, en el segmento C, una de las limitaciones fue el acceso a la tecnología, ya sea por no contar con una computadora personal o por la mayor dificultad para contestar cuestionarios de manera virtual.

Una tercera limitación en el estudio tuvo que ver con el análisis de los resultados que, por el tamaño de la muestra, no permitieron una discriminación entre nivel socioeconómico, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento o etapa del tratamiento. En un estudio con

una muestra más grande, dichas discriminaciones podrían ser posibles y se recomendarían.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Investigaciones relacionadas con el tema

#### 2.1.1 Investigaciones Internacionales

Figueroa, Rivera y Navarro (2016) abordaron la temática relacionada con la sexualidad considerada como un pecado y no reconocida como parte del desarrollo humano e influencia sobre la calidad de vida en un grupo de mujeres de zonas rurales y semirurales de Nayarit, Méjico. Se llevó a cabo un estudio definido como descriptivo y transversal con 120 mujeres diagnosticadas con algún tipo de cáncer de mama, atendidas en el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit. Se emplearon dos instrumentos de evaluación: EORT-QLQ-C30 para medir calidad de vida y QLQ-BR23 para imagen corporal, funcionamiento y disfrute sexual. Concluyeron que los temas sobre sexualidad no son abordados por las pacientes, terapeutas o por los médicos en el curso del tratamiento de la enfermedad. Asimismo, confirmaron que la sexualidad en este grupo de mujeres era considerada un tabú, existiendo además mitos sobre la sexualidad y la maternidad. Se le da poca importancia al tema sexual de pareja y provoca estrés por lo que no es abordado, requiriéndose el abordaje de parte de los especialistas en psicooncología sobre este tema.

Carreño (2015) llevó a cabo un estudio con una muestra de 120 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama entre 5 y 8 años, en Murcia, España. El objetivo del estudio fue determinar la percepción de calidad de vida de la muestra utilizando los instrumentos EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. Como resultados encontraron la calidad de vida de las

mujeres sobrevivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años después, afectada tanto por secuelas físicas como psicológicas incluyendo molestias en el plano sexual. Más del 60% consideró afectada su imagen corporal generándoles insatisfacción. El funcionamiento social se vio afectado en más del 25% de los casos y por encima del 10% refirieron problemas de alimentación. También se observó que más de tres cuartas partes de la muestra indicó tener alterada la calidad de vida global producto de la enfermedad.

Miaja y Moral (2014) desarrollaron un estudio cuyos objetivos estuvieron relacionados con la definición de las cinco escalas unidimensionales para evaluar y medir las cinco fases de duelo del modelo de Elisabeth Kübler-Ross y de este modo poder contrastar el modelo secuencial de cinco fases de duelo de esta misma autora. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional de 120 mujeres de nacionalidad mejicana que habían sido diagnosticadas con cáncer, con edades entre los 15 y los 78 años, siendo la media de 51.84 años. Se usó la escala de fases de duelo FD-66 de Miaja y Moral (2013). A partir de las limitaciones de este estudio, los autores desarrollaron otras aproximaciones a la escala que contribuyeron posteriormente al desarrollo de un mejor instrumento.

Díaz y Zúñiga (2014) llevaron a cabo una investigación en la que establecieron como objetivo describir el proceso de duelo en mujeres con cáncer de mama, refiriéndose a las etapas y los componentes emocionales asociados a las mismas. El método de estudio fue cualitativo fenomenológico, empleándose como instrumento la entrevista en profundidad. La muestra estuvo compuesta por siete pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que se atendían en el Hospital General de la Zona No. 2 IMSS de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas, Méjico. Se aplicó un cuestionario para medir la ansiedad y depresión



de tipo hospitalaria además de la entrevista directa. Se evaluaron las áreas relacionadas con el duelo de tipo psicológico, la imagen física, los antecedentes de tipo genético, el apoyo a las parejas y los familiares, los problemas de índole económico, los problemas de origen familiar, las perspectivas hacia el futuro; así como también la iatrogenia a la quimioterapia, las actividades de tipo laboral y también los aspectos religiosos. Se concluyó que existe duelo psicológico asociado al diagnóstico de cáncer de mama, identificándose las fases clásicas como la negación o el enojo. Sin embargo, paralelamente se transita por otros duelos, siendo el más relevante el duelo por las pérdidas físicas (mastectomías) o por la apariencia física (pérdida del cabello) frente a los cuales también aparecen emociones como la ira/rabia.

En el 2014 Miaja y Moral decidieron llevar a cabo un estudio para realizar la validación de la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38). Se tomó como punto de partida la escala inicial de cinco fases de duelo EFD-66. En este estudio cuantitativo se optó por definir cada fase como si fueran escalas unidimensionales, empleándose treinta y nueve ítems (39). A partir de este estudio se llegó a refutar el original modelo secuencial y se propuso en su lugar utilizar un modelo diferente que incluía 6 factores correlacionados. Al mismo tiempo este modelo incluía 4 ítems que habían sido ignorados por el análisis. El objetivo fundamental del estudio fue determinar y describir la estructura factorial de la escala FD-66 reducida a 43 ítems para luego calcular la consistencia interna de los factores, describir la distribución de estos, la frecuencia de expresión de las respuestas de duelo y calcular y comparar los promedios de los factores. La muestra con la que se trabajó estuvo compuesta por ciento veinte (120)

mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, que estuvieran recibiendo algún tratamiento y tuvieran al menos 15 años de edad. A partir del estudio, se llegó a la conclusión de que la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PDS-38) es fiable y válida y se puede recomendar su uso y estudio.

Miaja y Moral (2013) también investigaron y trabajaron en relación a la significación psicológica otorgada a las cinco fases originales de proceso de duelo propuestas por Kübler-Ross y el diseño de una escala para medir estas fases ante la pérdida de la salud. El instrumento empleado fue una prueba de asociación libre de palabras que utilizó la técnica de redes semánticas naturales. De esta manera se evaluó el significado otorgado por el paciente a los conceptos de negación, ira/cólera, negociación, depresión y aceptación, propuestos por Elisabeth Kübler-Ross, como fases tradicionales del duelo. La muestra trabajada fue no probabilística e intencional a 18 pacientes oncológicos y 12 cuidadores principales. Los resultados mostraron que las asociaciones de palabras coincidían con la expectativa teórica. A partir de ello se redactaron 67 ítems que se sometieron a juicio de expertos (9) resultando un ítem eliminado y 19 corregidos. Finalmente se presentó la escala de Fases de Duelo de 66 ítems tipo Likert, utilizándose el conjunto SAM para redactar los ítems (eligiéndose las quince primeras palabras con mayor peso semántico). Finalmente, la prueba quedó con 67 ítems y cinco dimensiones, correspondientes a cada una de las etapas del duelo.

Montero y Nieves (2013) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue entender las experiencias frente a las pérdidas corporales asociadas a la construcción del proceso de duelo y el desarrollo estrategias de afrontamiento específicas. Se trató de un estudio

cuantitativo de corte fenomenológico bajo el modelo de Van Manen (1990) que incluyó como muestra a tres mujeres sobrevivientes de cáncer de mama seleccionadas según estuvieran dispuestas. La técnica de investigación fue la entrevista semi estructurada diseñada después de la revisión bibliográfica. Los resultados del estudio mostraron que las estrategias de afrontamiento frente al duelo que corresponde a las diferentes etapas del tratamiento fueron: en la etapa de diagnóstico, la negación funcionó como una estrategia de afrontamiento en la medida en que permitió separarse del dolor. En la etapa coadyuvante y de remisión se usó la religiosidad, espiritualidad y contacto social como estrategias de afrontamiento. Otras estrategias de afrontamiento empleadas por las participantes en el estudio en las diferentes etapas de la enfermedad de manera activa fueron la reinterpretación cognitiva, la capacidad de buscar información relacionada con medicina alternativa , así como la lectura de autoayuda. El optimismo también se identificó como un adyuvante en los procesos de afrontamiento frente a las pérdidas corporales producto de las intervenciones en el tratamiento del cáncer de mama. Finalmente, la resignificación y reestructuración propició la capacidad para afrontar futuras dificultades mientras que la resiliencia y el reconocimiento de posibles fortalezas o habilidades posibilitaron la elaboración del duelo por pérdida corporal.

Mejía (2012) realizó una investigación en la que se estudió la manera en que la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal se relacionaron en un grupo de 76 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, mastectomizadas, que tuvieron y no tuvieron una cirugía reconstructiva posterior a su tratamiento. La autora empleó la Escala de Incertidumbre Frente a la Enfermedad de Mishel, la Escala de Calidad de Vida para

Mujeres Sobrevivientes de Cáncer QOL de Betty Ferrel y la Escala de Imagen Corporal de Hopwood. Los resultados mostraron que las variables incertidumbre y calidad de vida se correlacionaron de manera negativa. Asimismo, se evidenció correlación directa baja en las mujeres con reconstrucción de mamas (37) entre imagen corporal y calidad de vida, afectando sólo al bienestar físico y social. En las mujeres mastectomizadas sin cirugía reconstructiva (39) se observó correlación negativa entre calidad de vida e incertidumbre (mientras mayor es la incertidumbre menor es la percepción de la calidad de vida). El estudio mostró también que los aspectos físicos, psicológicos y sociales estuvieron alterados y generaron un problema que afectó la imagen corporal. La incertidumbre como estado se mantiene desde el diagnóstico. El estudio recomendó al equipo de salud realizar prácticas de cuidado para aminorar y tratar de controlar los eventuales factores de incertidumbre, así como intentar mejorar la percepción de la imagen corporal y aquellos elementos de la calidad de vida que pudieran haberse visto afectados en este tipo de pacientes.

Recalde y Samudio (2012) llevaron a cabo una investigación con 125 mujeres entre 25 y 90 años en Paraguay, diagnosticadas con cáncer de mama, operadas de mastectomía y con tratamiento de quimioterapia ambulatoria. Se usó el cuestionario EORTC QLQ-C30 y el QLQ-BR23. Las mujeres refirieron tener malestar físico, como también malestar psicológico y durante la práctica de relaciones sexuales. Ambos instrumentos correlacionaron de manera adecuada. Ninguna de las participantes que participaron en este estudio pudo calificar su salud como excelente.

### 2.1.2 Investigaciones nacionales

Granados (2021) llevó a cabo una investigación con 106 pacientes que fueron histerectomizadas por diagnóstico de cáncer de cuello uterino recibiendo atención ambulatoria en una institución oncológica de la ciudad de Lima. En este estudio se aplicaron las escalas de calidad de vida QLQ-C30, QLQ-CX24 e IFSF (Índice de Funcionamiento Sexual Femenino). Se encontró correlación entre algunas de las dimensiones de la calidad de vida de la escala QLQ-C30 (específicamente funcionamiento emocional, fatiga y dolor) con el funcionamiento sexual.

Ramírez y Rúa (2019) llevaron a cabo un estudio para adaptar y determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ-C30) en pacientes con cáncer de mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Trabajaron con 150 pacientes entre 25 y 85 años y encontraron validez de contenido en la prueba utilizando el criterio de jueces, se extrajo dos factores y se eliminaron 6 ítems por presentar complejidad factorial y se conservaron otros 22 ítems. Se usó el coeficiente Orion para medir la confiabilidad demostrándose la misma.

Olivares, Aguilar, Adrianzén, Revilla, Zavaleta, Martínez y Huapaya (2019) desarrollaron una investigación entre 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que acudían al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el Callao y encontraron como resultados que dichas mujeres refirieron percibir su calidad de vida general en un nivel regular (93%), regular también en el aspecto físico (98%) y psicológico (87%), mientras que el ámbito social lo calificaron como principalmente malo (77%). En este estudio se concluyó que el

cáncer de mama afecta la calidad de vida de las pacientes que lidian con la enfermedad, viéndose más afectadas las áreas física, mental y social, en donde también se afectan los vínculos con la familia, los pares, los amigos y las actividades de recreación.

Núñez (2015) llevó a cabo una investigación en el Albergue Padre Robuscini con 80 pacientes recibiendo tratamiento de quimioterapia ambulatoria, siendo el objetivo medir la percepción de calidad de vida a través de la aplicación de la prueba EORTC QLQ-C30. Los resultados mostraron los índices de calidad de vida afectados en todas las dimensiones evaluadas: salud global, funcional, física, emocional, etc.

Monge (2006) llevó a cabo un estudio con 48 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y en tratamiento de quimioterapia en el Hospital EsSalud de la ciudad del Cusco, aplicando la escala de medición de calidad de vida EORTC QLQ-C30 tres días después de haber recibido un curso de este tipo de tratamiento. Los resultados mostraron una mala percepción de calidad de vida en la puntuación global en la gran mayoría de los casos. El aspecto físico también se refirió como muy afectado, así como el psicológico medido a través de la escala.

## **2.2 Bases teórico-científicas del estudio**

La Organización Mundial de la Salud (2018) optó por definir al cáncer como un término genérico en el que se pueden incluir un grupo grande de enfermedades, que pueden tener repercusión sobre múltiples partes del organismo. En otro contexto también se refirió a los tumores malignos o también llamados neoplasias malignas. Sin embargo, una

característica principal y que claramente puede definir al cáncer es la posibilidad de multiplicación rápida de células anormales y que se pueden extender más allá de los límites regulares. Del mismo modo, éstas células cuentan con la capacidad de invadir partes contiguas del cuerpo o propagarse hacia órganos con facilidad. Este es un proceso al que se conoce con el nombre de metástasis, que a su vez es la principal causa de muerte por cáncer y en donde se hace más problemática e incontrolable la enfermedad.

Algunos datos recientes a nivel mundial reconocieron al cáncer como una de las principales causas de muerte. Revilla (2021) mostró los siguientes datos para el cáncer en el mundo:

- 19.3 millones de casos nuevos reportados en el 2020, siendo los datos más comunes:
  - Cáncer de mama (2.26 millones de casos)
  - Cáncer de pulmón (2.21 millones de casos)
  - Cáncer colorrectal (1.93 millones de casos)
  - Cáncer de próstata (1.41 millones de casos)
  - Cáncer de piel (no melanoma) (1.20 millones de casos)
  - Cáncer gástrico (1.09 millones de casos)
- Se indicó también que existen 50.6 millones de personas viviendo con cáncer en el mundo
- Otros hallazgos mostraron que los lugares principales para la detección según sexo fueron:

Hombres	Mujeres
Cáncer de pulmón	Cáncer de mama
Cáncer de próstata	Cáncer de colon/recto
Cáncer de colon/recto	Cáncer de pulmón
Cáncer de hígado	Cáncer de cuello uterino

Los tipos de cáncer causantes de la mayor cantidad de fallecimientos en el año 2020

fueron los siguientes:

- Cáncer pulmonar (1.8 millones de fallecidos)
- Cáncer colorrectal (935 mil fallecidos)
- Cáncer hepático (83 mil fallecidos)
- Cáncer gástrico (76 mil fallecidos)
- Cáncer de mama (685 mil fallecidas)

En las Américas, los datos proporcionados por Revilla (2021), indicaron que:

- El cáncer es la segunda causa de muerte en las américas.
- Los tipos de cáncer más frecuentes en las américas son:



Hombres	Mujeres
Cáncer de próstata (21.7%)	Cáncer de mama (25.2%)
Cáncer de pulmón (9.5%)	Cáncer de pulmón (8.5%)
Cáncer colorectal (8%)	Cáncer colorectal (8.3%)

- Se calcula que para el año 2030 la incidencia de esta enfermedad (cáncer) se habrá visto incrementada en un 32%, probablemente alcanzando los 5 millones de casos por año.
- En los países de ingresos bajos se hace común la detección del cáncer en etapas avanzadas y la falta de accesibilidad a los medios para un diagnóstico adecuado, como también para los tratamientos necesarios para hacer frente a esta enfermedad.
- A diferencia de los países desarrollados, en donde el tratamiento está disponible en más del 90% de casos, en los de bajos ingresos o menor desarrollo sólo alcanza el 15%.

En los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (2021) se indicó que el cáncer de mama se localiza en un principio en las células del revestimiento o epiteliales de los conductos (85% de los casos), o los lóbulos del tejido glandular de los senos (15% de los casos). Cuando se encuentra confinado en el conducto o lóbulo (in situ) no tiende a causar síntomas y tiene poco potencial de diseminarse hacia otros órganos del cuerpo (metástasis).

Cuando la enfermedad pasa del estadio 0 (in situ), puede propagarse primero al tejido mamario circundante, que se denomina cáncer de mama invasivo y desde ahí propagarse ya sea a los ganglios linfáticos cercanos, haciendo una metástasis regional o a otros órganos, haciendo una metástasis distante. Finalmente, en los casos en donde la metástasis se instala de manera generalizada en varios órganos del cuerpo es muy probable que genere la muerte de la paciente.

En los casos de detección temprana, el cáncer de mama suele ser tratable y tiene un buen pronóstico de curación. Los tratamientos por lo general se centran alrededor de cirugías (del tumor o mastectomías parciales o bilaterales), quimioterapia, radioterapia (en las cirugías conservadoras de las mamas) y terapia de bloqueo hormonal.

Otros datos de la Organización Mundial de la Salud (2021) indicaron que:

- Más de 2.2 millones de casos de cáncer de mama se registraron en 2020 a nivel mundial.
- Aproximadamente una (1) entre cada doce (12) mujeres sufrirá de cáncer de mama en el transcurso de su vida, siendo esta enfermedad específica la causa de mortalidad más recurrente en este género. Un aproximado de 685,000 mujeres fallecieron a causa del cáncer de mama durante el 2020 a nivel mundial.
- En la mayoría de los casos estas muertes se dieron en los países de ingresos bajos o medios, al igual que para el cáncer en general.
- Las diferencias en las realidades de los países con ingresos elevados y los de ingresos bajos y medianos respecto a la supervivencia al cáncer de mama llama

mucho la atención. La supervivencia a cinco años del cáncer de mama en países con ingresos elevados es de más del 90%, mientras que en países como Sudáfrica o India fluctúa entre el 66% y el 40% respectivamente.

- En lo referente a las edades, se observó que en la región subsahariana del África, el 50% de los decesos a raíz del cáncer de mama se da en el grupo de mujeres menores de 50 años de edad.
- Desde 1980 ocurrieron avances considerables en el tratamiento del cáncer de mama; observándose que entre 1980 y 2020, en los países de altos ingresos se redujo en un 40% la mortalidad por cáncer de mama, pero no sucedió lo mismo en los países con bajos o medianos ingresos.
- Estos progresos fueron el fruto de la detección temprana, crucial para la supervivencia a la enfermedad y mejores resultados en la aplicación de las diferentes terapias dirigidas al tratamiento del cáncer de mama.

En el 2020, 2.3 millones de mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama, y 685,000 fallecieron por esa enfermedad. Al final del 2020, 7.8 millones de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama cinco años atrás, seguían con vida. Esto datos dieron mucho que pensar, por los años de vida en los que se requiere un ajuste a la enfermedad para este tipo de cáncer y que probablemente superen a los de otro tipo de neoplasia. El cáncer de mama se observa en mujeres después de la pubertad y suele ser más frecuente en la edad adulta, pero los últimos registros muestran que cada vez se da en mujeres más jóvenes, con o sin antecedentes familiares.

El diagnóstico temprano, a tiempo y correcto del cáncer de mama resulta fundamental para diseñar un tratamiento adecuado y eficaz, ya que en cada caso de este tipo de cáncer se requiere un tratamiento específico. En la mayoría de los casos se trata con quimioterapia, radioterapia, cirugía y para el caso del cáncer de mama y otros de origen ginecológico, con bloqueo hormonal. Si bien el objetivo primario para el tratamiento de la enfermedad es curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable, también se hace muy necesario mejorar la calidad de vida de la paciente, como un objetivo a tener en cuenta dentro de los protocolos de tratamiento. Para ello, se hace necesario considerar no sólo los efectos secundarios principales y las capacidades funcionales de los pacientes en tratamiento oncológico, sino también considerar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del paciente, así como los cuidados paliativos, que también son un aspecto a considerar en la calidad de vida de los pacientes terminales.

### 2.2.1 Teoría del duelo de Elisabeth Kübler-Ross (2006)

La autora postuló que tanto los enfermos terminales como sus deudos, experimentan diferentes reacciones emocionales para protegerse de los efectos que podría significar una pérdida. Reconoció cinco fases principales, que en un principio se suponía se sucedían en orden, pero luego se evidenció que no se tienen que experimentar todas, como tampoco se presentan en orden e incluso se pueden superponer unas con otras. Estas etapas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La negación se refiere al hecho de no aceptar la enfermedad, a la imposibilidad de darse cuenta de que la enfermedad es un hecho real. En este estado es común atribuir el diagnóstico a una equivocación médica e incluso insistir en una segunda o más opiniones que puedan confirmar lo contrario. En esta etapa es común también que los pacientes se cuestionen por qué les ocurrió esta enfermedad a ellos si tuvieron una vida ordenada y manifiesten que no la merecen o que no debería haberseles presentado. En esta etapa los pacientes también acuden a diferentes médicos con la esperanza de que alguno de ellos les niegue el diagnóstico. La búsqueda de más opiniones no corresponde necesariamente a la intención de tener un mayor conocimiento y una mejor comprensión del diagnóstico sino por el contrario, a que alguien lo niegue o no esté de acuerdo con el diagnóstico original.

En la etapa de ira, el paciente atraviesa por estados emocionales de enojo, rabia, resentimiento, hostilidad por la pérdida de la salud y puede manifestar su estado de ánimo hacia sus familiares, cuidadores, médicos, amigos, allegados, etc. También puede mostrarse molesto consigo mismo o culparse por estar sufriendo la enfermedad por alguna conducta que realizó o dejó de realizar. En algunos casos se pueden incluso observar algunas conductas autodestructivas. Otros pacientes suelen aislarse en esta etapa y rechazar todo tipo de acercamiento o de ayuda de parte de familiares o amigos, se muestran hostiles hacia los doctores, los cuidadores o cualquier persona que pretenda ayudarlos o incluso hablarles del tema.

En la fase de negociación, el paciente hace especie de “pactos” con las personas que tiene alrededor, familiares, médicos, etc. Por lo general, cambia el foco de relación con las

personas a las que inicialmente les manifestó ira y les promete recuperarse, sanarse.

También puede hacer pactos de buena conducta con Dios o un ser supremo a cambio de recuperar la salud. Se podría entender también como un esfuerzo para contrarrestar la culpa. En algunos casos, los pacientes pueden incluso desarrollar algunas conductas de autocuidado que antes no realizaban, como, por ejemplo, empezar a hacer ejercicio, alimentarse de manera más saludable, etc. Sin embargo, el objetivo de estas conductas no corresponde necesariamente al interés por el auto cuidado, sino que está más centrado con la idea de que si mejoro en los aspectos que descuidé anteriormente es probable que se revierta o mejore la enfermedad, una especie de pacto con la vida misma.

La etapa de depresión no corresponde a una depresión clínica o psicopatológica, sino a las manifestaciones de profundo dolor, pena, vacío o incluso claudicación ante la enfermedad. El paciente incluso puede intentar abandonar el tratamiento cuando no es capaz de lidiar con las emociones asociadas a la depresión. Existe una ligera mayor consciencia de la enfermedad sin llegar a ser una aceptación de esta, donde el paciente empieza a asumir y transitar por el dolor de las pérdidas experimentadas, después del diagnóstico, o imagina aquellas que le significarán llevar los tratamientos asociados a la enfermedad. Las mujeres se ven limitadas en sus capacidades y habilidades, tienen que tomar decisiones importantes que probablemente signifiquen un cambio en sus estilos de vida y frente a ello reaccionan con una profunda tristeza. Al mismo tiempo, son testigos de cómo la vida alrededor continúa mientras que para ellas se frenó.

Finalmente, en la etapa de aceptación, el paciente reconoce la enfermedad y el dolor que conlleva un diagnóstico difícil, así como las limitaciones asociadas a la misma pero no

busca culpables ni se derrota ante la enfermedad. Por el contrario, asume con responsabilidad su tratamiento y se esfuerza por lograr recuperarse en la medida de lo posible. Es diferente y no debe confundirse con la felicidad, la resignación o el conformismo, por el contrario, se trata de una etapa más realista.

### 2.2.2 Otras teorías sobre el duelo

Agudelo y García (2019) reconocieron los inicios de las teorías sobre duelo, resaltando los aportes tanto de Freud, Lindemann y Bowlby en la construcción de las mismas. Indicaron que Freud (1917) delineó durante el siglo XX los procesos psicológicos relacionados al duelo. Posteriormente Lindemann (1944) reforzó dicho modelo a partir de las experiencias al trabajar con personas que perdieron trágicamente a familiares significativos. Alrededor de 1961 Bowlby, propuso el primer modelo formal sobre las etapas de duelo, basándose en las investigaciones anteriores de los propios Freud y Lindemann. Planteó en un principio la existencia de tres etapas principales:

- Añoranza o búsqueda de la persona perdida, caracterizada por la no aceptación de la pérdida y la sensación de que tiene que encontrarse o reunirse nuevamente con la persona significativa que perdió. Se trata de las primeras etapas del duelo, en las que prima la sensación de ausencia.
- Desorganización, caracterizada por la aparición de un estado de ánimo depresivo o profunda tristeza y ausencia de ilusión por la vida misma. El doliente experimenta sensación de soledad profunda y vacío, se muestra apático y desinteresado.

- Reorganización, es la etapa en la que se va consolidando la idea de que la persona significativa no va a volver a la vida y aparece la necesidad o el interés por adaptarse a una nueva realidad sin el fallecido. Se ponen en juego todos los mecanismos de afrontamiento con los que se cuenta y se intenta nuevamente encausar la vida, asumiendo que será diferente.

Entre los años 1969 y 1980, a partir de investigaciones complementarias acerca del tema, Bowlby añade la etapa de embotamiento, con lo que completa su modelo original. Bowlby describe esta etapa como una especie de agobio por el impacto de la pérdida, caracterizada por la incredulidad, dudas, confusión e imposibilidad de comprender lo que sucedió. No se asimila la pérdida y se interrumpen las actividades de la vida diaria, incluso las rutinas o los aspectos automáticos. Puede relacionarse con la necesidad de evitación o negación de lo ocurrido.

Bowlby desarrolló en paralelo sus teorías relacionadas al apego, indicando que los niños desde muy temprano desarrollan un lazo importante con su figura materna y frente a una eventual separación o alejamiento de ella, desarrollan ansiedad o angustia por separación. Los mecanismos de afrontamiento para esta separación, que les genera un impacto emocional, serían los mismos que podrían utilizar frente a un duelo en la edad adulta.

Pastor (2020) resumió algunos enfoques sobre el proceso de duelo reconociendo que las primeras teorías, como la de Elisabeth Kübler Ross y Parkes contemplaron el duelo como un proceso lineal, en el que las fases se suceden en una determinada secuencia.

Asimismo, indicó que estos dos modelos enfatizan en el aspecto emocional de este



proceso mas no necesariamente en otros aspectos como el cognitivo, el relacional o el de significado profundo, que reconoce como también importantes para la elaboración del duelo.

Posteriormente se fueron desarrollando otras teorías sobre el duelo que resaltaron los Modelos de Tareas y Procesos, entre ellas el modelo de Worden (2018) que propuso cuatro fases que se van resolviendo dentro del propio proceso de duelo y que no se reconocen como lineales (modelos de fases), sino que se trata de momentos que el propio doliente va enfrentando de manera personal, ya que a medida en que transita por su propio dolor, reconoce sus pensamientos, revive situaciones, etc. Este modelo reconoció que cada persona transita su duelo de manera personal/particular y distinta, con elementos que pueden ser comunes a otras personas, pero con muchos matices únicos y personales.

Las tareas que Worden propuso para el doliente fueron:

- . Poder trabajar en la aceptación de la realidad de la pérdida.
- . Trabajar en la elaboración de las emociones, así como el dolor de la pérdida.
- . Tratar de adaptarse a un mundo sin la presencia del fallecido.
- . Trabajar en la recolocación emocional de la persona fallecida.

En la página Web La Mente es Maravillosa (2020), la psicóloga Leticia Aguilar se refirió a la conceptualización del duelo propuesta por William Worden como tareas y no como etapas e indicó que cuando se entiende el proceso de esta manera, se supone que los dolientes transitan por ellas como agentes activos de un proceso personal. Esto ayuda a la

elaboración de duelos sanos y a la prevención de la complicación en el proceso de duelo. Por el contrario, el suponer que los duelos se presentan en etapas fijas, de alguna manera podría suponer que los resultados del proceso tienen que ver en gran medida con el paso del tiempo.

Guillem, Romero y Oliete (2008) hicieron una revisión de las principales teorías acerca del duelo refiriéndose incluso al Tratado de Psiquiatría de Kaplan en donde se reconocieron tres fases de duelo como un proceso normal, no patológico:

1. Fase de shock o negación: en la que predominan sentimientos de ausencia o de separación y una alta manifestación de componentes emocionales.
2. Fase de angustia aguda y aislamiento: en la que el doliente se da cuenta que las emociones que experimenta no le son útiles.
3. Fase de reorganización: cuando se asume el significado real de la pérdida y empieza la recuperación de la vida de forma paulatina. Si es necesario se adquieren nuevos roles.

En esta misma publicación Guillem, Romero y Oliete (2008) hicieron referencia a los diferentes modelos de duelo, reconociendo los siguientes:

1. Modelos de duelo como enfermedad: los autores mencionaron que fue Lindemann (1944) quien se encargó de describir la sintomatología física y mental del duelo agudo. Consideró al duelo como un síndrome (conjunto de signos y síntomas) similares entre los

seres humanos, pero cuya evolución podría variar según las experiencias anteriores de duelo o el tipo de pérdida. Se refirió a las siguientes características en el duelo normal:

- Malestar a nivel somático o corporal.
- Preocupación o ansiedad a partir de la imagen de la persona fallecida.
- Presencia de culpa que se relaciona tanto con el fallecido como con las circunstancias de su muerte.
- Reacciones duras, hostiles, reactivas, incluso con las personas significativas.
- Incapacidad o renuencia para poder desempeñarse como lo hacía antes de la pérdida.
- Desarrollo, recuerdo o imitación de algunos rasgos de la persona fallecida en la conducta del doliente.

Sánchez (2019) se refirió a la teoría acerca de duelo de Engel (1964), quien hizo una analogía entre el duelo y una herida física, indicando que de la misma manera en que ocurre cuando las personas se hieren, algunos individuos curarán su duelo por completo, otros quedarán con secuelas leves y otros con una alteración importante en sus funciones.

En la revisión de los sistemas de clasificación en psiquiatría (DSM IV y V) se observó que se le da una escasa importancia al duelo. En el DSM IV (2010) se introdujo al duelo como un proceso normal, reconociéndose sus características propias. Se indicó que puede confundirse con un diagnóstico de depresión mayor, pero que dicho diagnóstico no debería hacerse antes de los dos meses después de la pérdida.

El DSM-V (2013) también hizo referencia a los criterios esperables frente a una pérdida (duelo) y se refirió no sólo a la pérdida de una persona por fallecimiento, sino también a las pérdidas por enfermedad, pérdidas económicas, pérdidas por discapacidad, entre otras. Se indicó que en estas pérdidas puede haber sentimientos de tristeza intensa, rumiación relacionada a la pérdida, insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso, entre otros síntomas. Se explicó que en estos casos pueden haber episodios de depresión y hasta de depresión mayor, pero que los mismos deberían ser evaluados a la luz de la historia clínica del paciente, de las características de la pérdida y de los criterios socioculturales para la expresión del malestar que la acompañan.

2. Modelos biológicos del duelo: Guillem, Romero y Oliete (2008) indicaron que estos modelos están representados por todos los autores de las teorías del estrés o teorías evolucionistas. Consideraron al duelo como una respuesta del organismo de tipo automático ante cualquier cambio del ambiente, ya sea externo o interno, que lo prepara para las demandas que aparecen como consecuencia de la nueva situación. La respuesta al estrés va a condicionar al cuerpo a una respuesta fisiológica y cognitiva como preparación para una gran actividad motora.

Sánchez (2019) refirió que Engel (1964) percibió al duelo como el máximo estrés biológico que activa dos sistemas de respuesta opuestos (ataque-huida, ligados a la ansiedad o autoconservación-abandono, ligados más a la depresión). Señaló que el duelo activa ambos sistemas con una serie de respuestas contradictorias entre sí.

3. Modelos psicodinámicos: Guillem, Romero y Oliete (2008) indicaron que, partiendo del ensayo de Freud sobre *Duelo y Melancolía* (1917), se hizo hincapié en la importancia del mundo intrapsíquico de la persona en duelo y de su percepción acerca de una realidad susceptible de colapsar. Esto se da porque el proceso de duelo depende de la forma personal de interpretar la realidad exterior. Indicaron también que Freud rescató para el duelo la pérdida del “objeto”, la ruptura en la relación con alguien con quien se mantuvo vínculos, que es un proceso doloroso en el que se rompe la relación que había entre el sujeto (deudo) y su objeto (fallecido). La base del duelo para estos autores, entre los que se encontraron también Klein, Jung, Grimberg y Bowlby, se relacionó con el proceso a través del cual se da la identificación con el objeto perdido, así como las características del vínculo con el objeto que se transforma de manera regresiva en el sustituto de la energía de tipo libidinosa. Freud se referió al dolor en el duelo, en el que cesa el interés por el mundo exterior porque no recuerda a la persona fallecida. Se presenta incapacidad para elegir un nuevo objeto amoroso porque no se puede sustituir al desaparecido y llevaría a la desaparición de la posibilidad de conectar con las memorias del objeto perdido. El dolor experimentado durante el duelo aparece como la consecuencia del deseo de reunirse con la persona que falleció y la ansiedad al principio tiene que ver en mayor medida con la sensación de ausencia de la persona querida.

4. Modelos cognitivos: según Guillem, Romero y Oliete (2008) estos modelos postularon que las personas se forman una idea, una representación mental de la forma cómo es y cómo funciona el mundo en el que se encuentran, con las expectativas que lo acompañan.

Luego se hacen hipótesis de probabilidades que se someten a experimentación en la conducta e interacción con el medio. La pérdida de una persona modifica todo este sistema de comportamiento y tiene consecuencias en las relaciones posteriores. Estos modelos indicaron que lo que se evalúa en el duelo no son las percepciones sobre la realidad sino las hipótesis a nivel cognitivo sobre la propia persona, la valoración que cada uno hace de sí mismo, que se forma en la infancia de manera temprana.

5. Modelos de duelo como crisis vital: según Guillem, Romero y Oliete (2008) estos modelos partieron de las teorías de Caplan sobre crisis y salud mental, que indicaron que para que una persona no sufra de un trastorno mental necesita aportes desde el lado físico, psicosocial y sociocultural. La parte psicosocial, referida al desarrollo intelectual y afectivo de la persona, tiene su origen en la interacción de los miembros de su grupo, que le proveen amor y afecto. Cuando una persona muere se interrumpe el aporte psicosocial. Los aportes socioculturales referidos a las costumbres y valores de la estructura social influyen en la forma de percibir la sociedad. Las culturas tradicionales y estables proporcionan herramientas orientativas y valores que ayudan a afrontar momentos difíciles en la vida. Las sociedades cambiantes o en transición (occidental) dejan al individuo solo con sus recursos personales y ponen en riesgo la capacidad para superar los conflictos. El duelo es una crisis accidental, en la que se experimenta una alteración de tipo psicológica y de carácter agudo como una especie de lucha para intentar un ajuste y eventual adaptación ante un problema que no tiene solución, como puede ser que la persona fallecida recobre la vida y le proporcione lo que antes le daba. Según Guillem,

Romero y Oliete (2008) para Caplan si una persona en duelo encara la crisis de una manera no adaptada puede desarrollar una enfermedad mental. Una crisis llevada de manera adaptada conducirá a la madurez y la salud mental y personal.

6. Modelos fenomenológicos y existencialistas: Guillem, Romero y Oliete (2008) señalaron que las corrientes existencialistas no concuerdan con los modelos anteriores e indican que el duelo conduce a cambios sociales, que incluyen la posición social, estatus y roles. Para las corrientes existencialistas el vivir tiene que ser entendido junto con el concepto de morir. El duelo es la primera experiencia de la persona con la posibilidad de no ser, la consecuencia de la vivencia de la ansiedad existencial. Los autores refirieron que Yalom (psiquiatra americano) indicaba que el duelo tiende a ser devastador y también aterrador porque enfrenta a la persona a sus cuatros conflictos básicos: la muerte, la libertad, la soledad y la ausencia de significado.

### 2.2.3 Calidad de vida

#### 2.2.3.1 Calidad de vida en general

Vinaccia y Quiceno (2011) indicaron que las primeras aproximaciones hacia un concepto de calidad de vida provinieron de las referencias acerca del tema de John Kenneth Galbraith, economista estadounidense, que aludió a este concepto a finales de los años cincuenta y de Lyndon B. Johnson, ex presidente de los Estados Unidos, después de John

F. Kennedy, en 1964. En estas dos aproximaciones hacia un concepto de calidad de vida el interés fue contar con información acerca del bienestar social general en las personas y también en las sociedades en su conjunto. Sin embargo, Galbraith en 1958 indicó la necesidad de medir la calidad de vida en los sistemas de salud. Al mismo tiempo, indicó que el mayor problema al medir la calidad de vida es tener conocimiento exacto de qué es lo que se pretende medir en cada uno de los casos, enfatizándose nuevamente en la subjetividad del término pero al mismo tiempo de su importancia.

Según los autores, la primera vez que Lyndon Johnson se refirió al concepto de calidad de vida fue en un mítin político en el Madison Square Garden en octubre de 1964, donde indicó que los objetivos de las personas no deberían ser medidos en términos económicos sino en términos de calidad de vida o del bienestar alcanzado por las personas. Este momento marcó el inicio del uso del término calidad de vida.

Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010) se refirieron a la utilización del concepto calidad de vida a fines de los años 60 en una investigación científica realizada por Wolfgang Zapf, quien definió el concepto como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, en una población determinada y su valoración subjetiva, entendida como la satisfacción o el bienestar percibido.

Asimismo, indicaron que en las siguientes décadas el uso del término calidad de vida estuvo relacionado a diferentes aspectos de la vida, como pueden ser el estado de salud, funciones físicas, bienestar físico (ausencia o presencia de síntomas), adaptación



psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y hasta felicidad. En este sentido refirieron que el término es indeterminado.

Al concepto de calidad de vida en la salud se le dio mayor importancia a partir de la década de los ochenta, cuando se incrementó la esperanza de vida en algunos países más desarrollados e incluso se desarrollaron algunos instrumentos para su medición.

Fernandez-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010) refirieron que la vaguedad del concepto calidad de vida dificultó el progreso de la investigación desde el lado médico. El primer intento de construir un concepto de calidad de vida asociado a la salud consistió en extraer el objeto de estudio de la realidad total, para referirse exclusivamente a los elementos de la vida vinculados con la salud, con la enfermedad o con los tratamientos. Se dejaron fuera todos los aspectos relacionados con la cultura, los aspectos políticos o sociales, a los que se les denominó calidad de vida NO relacionada con la salud.

Salas y Garzón (2013) coincidieron en que los inicios de una aproximación hacia el término calidad de vida se remontaron al siglo pasado, entre los años 1945 y 1960, en donde se hizo más evidente la necesidad de referirse al estado de bienestar del ser humano, luego de los desajustes socioeconómicos de la depresión de los años 30 y la postguerra. Las teorías sobre el desarrollismo social (Keynesianas) resaltaron la importancia del reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden mundial. El modelo Keynesiano postuló que el estado tiene un papel determinante en el bienestar de las comunidades y el deber de proteger a las personas que, sin su ayuda, no podrían tener condiciones de vida mínimamente aceptables.

Para los autores, en un principio, el concepto de calidad de vida apareció asociado al deterioro de las condiciones de vida urbana y las mediciones se refirieron a los datos sobre el bienestar social de la población. Estas primeras mediciones fueron entonces de carácter objetivo, económico y social. En un segundo momento se incorporaron elementos subjetivos. A fines de los años 70's e inicio de los 80's se lograron diferenciar estos dos componentes dentro de los nuevos conceptos de calidad de vida. El concepto empezó a entenderse y definirse de manera integrada a todas las áreas de la vida, de una manera multidimensional e implicó a todas las condiciones objetivas como también los componentes subjetivos. La época de los 80's fue crucial para el mejor entendimiento del concepto calidad de vida.

Ya hacia 1992 se manejaba el concepto de calidad de vida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por ella en estas condiciones vitales, incluyendo tanto los componentes objetivos como subjetivos, que implicó incluir la percepción de satisfacción personal considerando también su escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Salas y Garzón (2013) también indicaron que para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993) se pueden agrupar los enfoques de investigación alrededor de la calidad de vida en cuatro y distinguieron:

1. Enfoques cuantitativos: que tuvieron como objetivo operacionalizar la calidad de vida, dentro de los que se incluyeron indicadores sociales (condiciones externas

relacionadas con el entorno como la salud, educación, ocio, vivienda, bienestar social, estándar de vida, amistad, seguridad pública, vecindario, , etc.).

2. Enfoques psicológicos: que se encargaron de medir subjetivamente las reacciones de la persona ante la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.
3. Enfoques ecológicos: que se encargaron de medir los ajustes entre los recursos de la persona y las demandas provenientes del ambiente.
4. Enfoques cualitativos: que se caracterizaron por una postura de escucha a la persona en el discurso de sus experiencias, desafíos y problemas y la manera cómo se puede apoyar en los servicios sociales.

Otros autores, como Arrarás, Martínez, Manterota y Lainez (2004) coincidieron en que la evaluación de la calidad de vida es subjetiva, siendo ésta subjetividad una de sus características y además principales dificultades al tratar de hacer mediciones al respecto. También señalaron la temporalidad de la misma y su relación con el estado de salud y su estructura multidimensional.

Urzúa y Caqueo (2012) resumieron una serie de definiciones acerca del concepto calidad de vida indicando:

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990)	El autor se refirió al término calidad de vida entendiéndolo como el bienestar personal producto de la percepción de satisfacción o insatisfacción con áreas que resultan relevantes para los individuos.
Hornquist (1982)	Definió calidad de vida tomando en cuenta la satisfacción de las necesidades en los aspectos físico, psicológico, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Definió calidad de vida de manera individual a través del diseño de una ecuación objetiva y cuantitativa. La ecuación fue la siguiente: $QL = NE \times (H+S)$ . NE se refirió a la dotación natural del paciente, H representó la contribución de parte de su hogar y su familia y la letra S correspondió a la participación de la sociedad. Como críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidades de vida.
Lawton (2001)	Propuso una evaluación de tipo multidimensional del término calidad de vida, empleando elementos intrapersonales y socio-normativos, dentro de los sistemas personales y ambientales del sujeto.
Haas (1999)	Realizó una evaluación multidimensional, tomando en cuenta circunstancias individuales de vida dentro del contexto cultural y valórico al que cada sujeto pertenece para poder definir el término calidad de vida.
Bigelow et al., (1991)	Presentó una ecuación en donde se balancearon la satisfacción, las necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Definió calidad de vida desde la percepción de satisfacción, alegría, realización y habilidad de afrontar determinadas circunstancias. Se trató de una medición de la diferencia, en un lapso de tiempo.
Martin & Stockler (1998)	Se refirieron específicamente a la distancia entre las expectativas individuales y la realidad, indicándose que a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Midió específicamente conceptos como: condiciones de vida o experiencia de vida.

Asimismo, Vinaccia y Quiceno (2011) se refirieron a las definiciones acerca del término planteadas por otros autores:

Referencia	Definición propuesta
Andrews y Withey (1976)	Indicaron que calidad de vida no sólo se refiere a un reflejo pasivo de las condiciones objetivas, sino que también tiene que ver con la evaluación que el individuo hace de las mismas.
Lewton, Moss, Fulcomer y Kleban (1986)	Indicaron que para entender de mejor manera el concepto calidad de vida es necesario considerar el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre su vida actual.
Brenselmann (1986)	Presentó una idea diferente acerca de calidad de vida, describió que dentro de este concepto se encuentran los elementos para disfrutar la libertad, poder desarrollar la iniciativa, cultivar relaciones sociales, encontrar satisfacción, dar sentido a la vida, tener una buena profesión y empleo, y al mismo tiempo tener pocas molestias psicosomáticas, no estar enfermo y no necesitar tomar mayor medicación.
Abbey y Andrews (1986)	Relacionaron el concepto de calidad de vida con ansiedad y depresión, modelando los determinantes psicológicos del concepto, indicando que el estrés, sensación de control sobre la vida y el otro, el apoyo social y el desempeño profesional tienen gran influencia sobre los estados referidos y que determinan finalmente la calidad de vida. Esta última entendida a su vez como la capacidad de disfrute, ausencia de irritabilidad, éxito y evaluación del yo.
OMS (1993)	Refirió que la calidad de vida se relaciona con aspectos multidimensionales de la vida, siempre en el contexto del sistema de valores y culturales de cada persona, abarcando sus expectativas, metas personales, niveles de vida y preocupaciones.
Veenhoven (1998)	Planteó una clasificación de la calidad de vida tomando en cuenta la habilidad como calidad del entorno, la capacidad para la vida o aptitud como calidad de acción y la plenitud como calidad del resultado. La calidad del entorno tiene que ver con condiciones externas que aseguran una buena vida. La calidad de resultado tiene que ver con la capacidad para el disfrute de la vida. La calidad de acción integra ambos significados con la capacidad para poder enfrentarse a la vida. En este concepto se integraron las consideraciones objetivas y subjetivas acerca de la noción de calidad de vida.

### 2.2.3.2 Calidad de vida relacionada con la salud

Vinaccia y Quiceno (2011) se refirieron a una serie de definiciones acerca de calidad de vida relacionada a la salud, entre las que destacaron:

Referencia	Definición propuesta
Ware (1984)	Refirió que las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud podrían agruparse en círculos concéntricos, empezando con los aspectos fisiológicos de la enfermedad, que se circulan de los aspectos de función personal, función psicológica, percepción global de la salud y la función social, de manera progresiva.
Patrick y Erickson (1988)	Se refirieron a la calidad de vida relacionada a la salud como una fórmula que toma en cuenta la duración de la vida modificado por la oportunidad social, el estado funcional, la percepción y el deterioro derivado de una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud.
Shumaker y Naughton (1995)	Se refirieron a la calidad de vida relacionada a la salud como una evaluación de tipo subjetivo de las influencias en el paciente de su condición actual de salud, los cuidados de tipo sanitario que recibe y la promoción de la salud sobre la posibilidad de lograr y sostener un nivel de vida global de funcionamiento, que le permita realizar las actividades que el paciente considera importantes y que pueden tener influencia sobre su bienestar o su estado general. Las variables que se destacaron fueron: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, así como el bienestar emocional.
Testa y Simonsonn (1996)	Indicaron que para definir la calidad de vida relacionada a la salud se debe medir el nivel de influencia de tipo subjetivo del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades preventivas y de promoción de la propia salud, para permitir o no mantener un funcionamiento en el que se logren los objetivos vitales y que lleve a un bienestar general. Las dimensiones que se consideran fueron: funcionamiento físico, psicológico, cognitivo y social.

Schartzmann (2003)	También se refirió al punto de vista subjetivo, indicando que la calidad de vida relacionada a la salud es la evaluación y valoración que cada individuo lleva a cabo, considerando sus propios criterios en el estado físico, emocional y social en un determinado momento. Esta evaluación reflejó el nivel de satisfacción con una situación personal a niveles: fisiológico (síntomatología), emocional (sentimientos) y social (interacciones sociales en general).
--------------------	--

Fernandez-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2016) indicaron que la calidad de vida relacionada a la salud es aquella en la que se consideran específica y exclusivamente los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas en un paciente. El uso de este concepto se inició en los Estados Unidos aproximadamente unos 40 años atrás cuando se unificaron dos líneas de investigación: la investigación clínica de la medición del estado funcional de la persona y la investigación psicológica relacionada con la información acerca de su bienestar y salud mental.

Toda la información que se obtuvo de la investigación de la actitud activa de los pacientes en el uso de los servicios de salud psicológica, el avance de tipo metodológico de la psicometría y la combinación de mediciones de función física y bienestar psíquico, gestó la investigación clínica de la calidad de vida relacionada con la salud.

Los autores indicaron que en los diferentes modelos biopsicosociales relacionados a la calidad de vida y la salud, el de Wilson y Clearly (1995) fue reconocido como uno de los más importantes al definir también las variables más determinantes para este concepto. El modelo consideró variables usuales para medir la calidad de vida y resaltó la unión de las mismas partiendo de las biológicas/fisiológicas, que generan síntomas y modifican el

estado funcional del paciente y la percepción de salud general y que por consecuencia, afectan la calidad de vida global. Sobre estas variables es que actúan los aspectos individuales y medioambientales.

Los autores refirieron también que en el 2001, la OMS, después de una larga investigación, propuso un mejor modelo relacional alrededor del concepto calidad de vida que sirvió como base para la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF. Este sistema se basó en un enfoque biopsicosociológico de la salud que integró a la discapacidad a través del funcionamiento global del individuo.

Niegzoda y Pater (1993) indicaron que dentro de la conceptualización del término calidad de vida hay cuatro factores a considerar: los síntomas de la propia enfermedad y sus respectivos efectos secundarios, el funcionamiento físico; entendido como si la persona puede o no realizar determinadas actividades, el funcionamiento psicológico, dentro de él de forma importante el estado de ánimo; y el funcionamiento social, que tienen que ver con la forma de interactuar con los demás.

Sánchez (2010) coincidió con lo indicado y refirió la existencia de múltiples definiciones acerca de calidad de vida, entre las que destacó:

- Algunos autores se refirieron a ella como la capacidad del paciente para resolver las dificultades que tienen que ver con la percepción de ser un enfermo grave.
- Young, la definió como el nivel de satisfacción percibido en las circunstancias de vida actuales.



Señaló también la definición de la OMS (2015), que la muestra como un constructo multidimensional que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, cultura, medio ambiente y preocupaciones espirituales, incluyendo también el sistema de valores, niveles de vida, metas personales, expectativas, preocupaciones y el contexto cultural.

Sánchez (2010) también consideró que otras propuestas multidimensionales plantearon dominios tales como la capacidad para vivir una vida normal, felicidad-satisfacción, logro de metas personales, capacidad para llevar una vida socialmente útil y capacidades físicas y mentales.

Salas y Garzón (2013) indicaron que la calidad de vida mirada desde la salud está condicionada por factores determinantes y condicionantes del proceso de salud-enfermedad. De esta manera, más que construir un concepto base, se centraron en el registro de indicadores que evalúen y midan los diferentes modos de enfermar y morir de la población. Al mismo tiempo, hicieron hincapié en que las últimas definiciones sobre calidad de vida reconocieron la vaguedad, multifactorialidad, polivalencia y carácter etéreo del concepto, cuyas definiciones partieron desde el lado médico, sociológico, político, económico, filosófico, ético y ambiental.

Vinaccia y Quiceno (2011) hicieron referencia a cuatro modelos de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS) de diferentes autores, mencionando:

Autor	Modelo
Ware (1984)	<p><b>Modelo de relación progresiva de enfermedad y calidad de vida:</b> percibió a la enfermedad como elemento central de círculos concéntricos, indicando también que la influencia de los resultados de la CVRS tiende a ser más fuerte en los círculos que se acercan más a la enfermedad, como por ejemplo el funcionamiento personal. Asimismo el impacto de la enfermedad se traslada a aspectos de la CVRS como la incomodidad psicológica y el bienestar. Esto se da posterior a las percepciones de salud general y luego al funcionamiento relacionado con el rol social.</p>
Wilson y Cleary (1995)	<p><b>Modelo lineal de CVRS:</b> propusieron cinco niveles para clasificar las variables de resultados de los pacientes en un modelo que integra aspectos biomédicos y de las ciencias sociales. Los niveles propuestos fueron: 1. Factores biológicos y fisiológicos (nivel más cercano), 2. Síntomas, 3. Estado funcional, 4. Salud general percibida, 5. Calidad de Vida Global (nivel más distal). En este sistema causal lineal, las variables del primer nivel van antes que las del siguiente.</p>
Brenner, Curbow y Legro (1995)	<p><b>Modelo lineal continuo de CVRS:</b> consideraron que la CVRS empieza desde los primeros síntomas o primeras indicaciones acerca de la enfermedad y se extiende hasta el bienestar general. Pasa por estadios intermedios como pueden ser el funcionamiento vinculado con la enfermedad y el funcionamiento global o general.</p>
Sprangers y Schwartz (1999)	<p><b>Modelo con cambio de respuesta:</b> indicaron que el cambio de respuesta funciona como un catalizador que permite la acomodación en la calidad de vida. Indicaron que al deteriorarse la salud, eso conduce a la disminución de la calidad de vida. Si el paciente haciendo uso de los mecanismos de afrontamiento logra una acomodación, entonces la CVRS mejora. Por el contrario, si la acomodación lleva a un cambio de respuesta, la CVRS puede permanecer sin mayor cambio.</p>

### 2.3 Definición de términos básicos

- Duelo: estado emocional natural experimentado por el ser humano ante la percepción de una pérdida, ya sea humana o no.
- Etapa de negación: fase de duelo en la que la persona no reconoce su enfermedad, por lo general busca segundas opiniones con el fin de que su diagnóstico no se confirme. Kübler-Ross (2006) se refirió a esta etapa como aquella en la que aún no se puede creer que la pérdida se haya dado. Se le llama negación porque la persona se cuestiona continuamente acerca de si será cierto lo que le sucede o quizás será una equivocación o un sueño. Se trata de la primera aproximación a la pérdida y de alguna manera ayuda a afrontar la situación y sobrevivir a ella, también es útil para dosificar el dolor ante la pérdida y a estar más aliviados. De alguna manera se dosifica lo que las personas pueden ser capaces de soportar, negando una parte de la información. Kübler-Ross (2006) indicó también que la negación es importante en la medida en que despierta mecanismos de protección de la psique. Para el ser humano, decidir transitar por todos los sentimientos y emociones asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador.
- Etapa de ira: fase de duelo en la que el paciente se manifiesta molesto o con rabia con la enfermedad y demuestra actitudes negativas hacia las personas alrededor o hacia sus propios cuidadores o personal médico. Kübler-Ross (2006) definió esta etapa como aquella que se presenta cuando la persona va tomando consciencia de las pérdidas que va afrontando y se enfada con ella misma, con los otros o con el mundo. Aparece cuando la persona tiene alguna noción de que va a poder hacer frente a la pérdida,

pero aún no se encuentra en la capacidad de procesarla completamente. Kübler Ross (2006) indicó que, al inicio, el poder sobrevivir a la pérdida resulta sorprendente y posteriormente aparecen más emociones y la ira tiende a colocarse como la principal emoción, como también va apareciendo la tristeza, el pánico, el dolor y la sensación de gran soledad, con más potencia que nunca.

- Etapa de negociación: fase del duelo en la que el paciente realiza pactos con un ser supremo a cambio de un mejor manejo de la enfermedad o incluso de la propia curación. Kübler-Ross (2006) indicó que la negociación es una especie de “pacto” que pretendemos realizar con cualquier ser superior o situación que pudiera garantizar que no vamos a sufrir la pérdida o se nos va a devolver la misma. En el caso de las personas que sufren enfermedades, es común que quieran hacer pactos incluso con ellas mismas para garantizar que no sufrirán una o más pérdidas. Prometen corregir hábitos si les devuelven la salud. Por ejemplo, Kübler-Ross (2006) indicó que la negociación muchas veces se acompaña de culpa. Nos criticamos y cuestionamos lo que pudimos haber hecho diferente y queremos repararlo para no sentir el dolor.
- Etapa de fe: se trata de una fase de duelo en la que la persona considera que su fe le ayudará a sobrellevar su dolor, se hace más presente la espiritualidad.
- Etapa de depresión: es la fase de duelo en la que la persona siente una gran tristeza por su estado de salud y por las pérdidas que ella conlleva. Es diferente a la depresión de tipo clínica. Kübler-Ross (2006) explicó que la depresión a la que se refirió no es del tipo patológico, sino que se trata de un profundo sentimiento de tristeza cuando la atención ya se coloca en el presente y aparece una profunda sensación de vacío y el

duelo ingresa a la vida en un nivel más profundo que el que se podría imaginar. Y aún cuando pueda asemejarse a una depresión clínica por el parecido en los síntomas, se trata de una reacción esperable ante la toma de consciencia de la pérdida y su significado en nuestra vida.

- Etapa de aceptación: es la última fase del duelo, en la que aparentemente la persona acepta su condición y empieza a lidiar con ella de una manera más saludable, incorporando las pérdidas que se van sucediendo en el tiempo. Kübler-Ross (2006) explicó la aceptación como la etapa en la que se acepta la realidad y se reconoce que es permanente porque se asume la pérdida. No significa estar de acuerdo con ella, pero, al final se le acepta. Se aprende a vivir con ella. Y es en esta etapa donde ya podría iniciarse la asimilación y/o adaptación a una nueva realidad en la que se puede aceptar desde la enfermedad hasta las múltiples pérdidas asociadas a la misma.
- Calidad de vida: para los propósitos del estudio se trató de la percepción de las mujeres que compusieron la muestra acerca de su estado de salud general y de las afectaciones que pudieran haber sufrido en el plano físico, de roles, social, emocional y cognitivo, así como a nivel global, comparado con la etapa en la que no recibieron tratamiento oncológico. Existen múltiples definiciones acerca de la calidad de vida pero se hace referencia principalmente a aquellas relacionadas con oncología y específicamente con los tratamientos de cáncer de mama. Sánchez (2010) se refirió a la ambigüedad en las definiciones acerca de calidad de vida, pero indicó que algunos autores se refirieron a ella como un conjunto de conceptos entre los que se evalúan el

funcionamiento, los síntomas, comportamiento, percepciones, felicidad y condiciones de vida.

- **Área física:** en la prueba de calidad de vida QLQ C30, el área física está determinada por todos aquellos aspectos relacionados con la valía del paciente, como por ejemplo cargar objetos, dar caminatas, necesidad de quedarse en la cama o requerir ayuda. Comprenden principalmente las preguntas del 1 al 5 del cuestionario.
- **Área psicológica:** en el cuestionario sobre calidad de vida QLQ C30, el área psicológica está referida a la medición de aspectos emocionales como depresión, nerviosismo, preocupación, irritabilidad e incluye concentración y memoria.
- **Calidad de vida global:** en el cuestionario sobre calidad de vida QLQ C30, la calidad de vida global se mide con las preguntas 29 y 30 en una escala de Likert de 7 puntos. En la calificación global acerca de la salud general y calidad de vida percibida en la semana pasada, la respuesta 1 corresponde a pésimo y la 7 a excelente.
- **Funcionamiento físico:** en el cuestionario sobre calidad de vida QLQ C30, el funcionamiento físico se mide a través de las preguntas del 1 al 5 con una escala de Likert de 4 puntos, en la que el puntaje 1 significa “en absoluto” y 4 “mucho”. Se miden las dificultades del paciente para realizar actividades o la necesidad de ayuda de otras personas.
- **Funcionamiento de roles:** en el cuestionario sobre calidad de vida QLQ C30, el funcionamiento de roles se mide en las preguntas 6 y 7, referidas a las dificultades para llevar a cabo trabajo, actividades cotidianas o actividades de ocio. Se usa una

escala de Likert de 4 puntos, en la que el puntaje de 1 corresponde a “en absoluto” y el 4 a “mucho”.

- Funcionamiento emocional: en el cuestionario sobre calidad de vida QLQ C30, el funcionamiento emocional se mide en las preguntas 21 al 24, referidas a indicadores como nerviosismo, preocupación, irritabilidad y depresión. Se usa una escala de Likert de 4 puntos, en la que el puntaje 1 corresponde a “en absoluto” y el 4 a “mucho”.
- Funcionamiento cognitivo: en el cuestionario de calidad de vida QLQ C30, el funcionamiento cognitivo se evalúa a través de las preguntas 20 y 25 relacionadas con la capacidad de concentración y memoria. Se usa una escala de Likert de 4 puntos, en la que el puntaje de 1 corresponde a “en absoluto” y el puntaje de 4 a “mucho”.
- Funcionamiento social: en el cuestionario de calidad de vida QLQ C30, el funcionamiento social se evalúa en las preguntas 26 y 27, en donde se pregunta acerca de si el tratamiento ha interferido con la vida familiar o las actividades sociales. Se usa una escala de Likert de 4 puntos, en la que el puntaje 1 corresponde a “en absoluto” y 4 a “mucho”.
- Paciente con cáncer de mama: condición médica de una mujer después de haber sido diagnosticada con la presencia de un tumor maligno en la(s) mama(s).
- Tratamiento oncológico en cáncer de mama: se refiere al protocolo de tratamientos que se sugieren a las pacientes con cáncer de mama. Por lo general son cirugía, quimioterapia, radioterapia y/o bloqueo hormonal.

## CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Supuestos científicos básicos de las variables de estudio

El diagnóstico de cáncer de mama es una situación muy difícil de enfrentar desde el lado físico y emocional. Desde el lado físico supone una serie de intervenciones y el tratamiento que suele ser muy comprometedor para las pacientes. Por lo general, los principales efectos secundarios de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia o bloqueo hormonal) son los que empiezan a menguar la calidad de vida de las pacientes. Desde muy temprano en el tratamiento, las mujeres experimentan cambios en su vida y ven menguada su calidad.

Díaz y Zúñiga (2014) reconocieron que la quimioterapia mengua de manera importante la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama cursando este tipo de tratamiento, tanto de forma física como psicológica. Indicaron que no sólo se trata de un desgaste de tipo físico sino que también se tiene que lidiar con una serie de efectos secundarios desde el lado psicológico o emocional, algunos de ellos que las comprometen de manera importante. Los autores refirieron que las mujeres se sienten desvalorizadas, con baja autoestima, se perciben como una carga para la familia y aparecen emociones como ansiedad, depresión, entre otras.

Desde el lado emocional la carga es importante y por lo general es desatendida por el personal médico. Desde el lado emocional, igualmente se pueden evidenciar modificaciones en la calidad de vida de las pacientes en tratamiento por cáncer de mama.



Esta dimensión se ve afectada desde el momento del diagnóstico, en el que es común que las pacientes experimenten emociones como rabia, ansiedad, depresión, entre otras. Estas mismas emociones pueden acompañar a las pacientes a lo largo de todo el tratamiento o verse reemplazadas por otros estados emocionales como decepción, desesperanza, desmotivación, vergüenza, envidia, entre otros. Se trata de un proceso dinámico y cambiante en el que se ven envueltas las mujeres y que en definitiva modifican sustancialmente las características de sus actividades, relaciones y por ende su calidad de vida.

Por lo tanto, las mujeres en tratamiento de cáncer de mama no sólo ven menguada su calidad de vida desde el aspecto físico y de salud sino también desde el lado psicológico o emocional.

Díaz y Zúñiga (2014) reconocieron que ninguna persona está exenta de poder sufrir de cáncer en algún momento de su vida y que esta enfermedad suele provocar mucho temor, hasta terror entre quienes reciben este diagnóstico. Las mujeres son más propensas a sufrir de cáncer de mama, una enfermedad que mengua de manera importante su tranquilidad y es una de las principales causas de muerte entre las mujeres de muchos países en la región.

Estudios recientes en psicooncología demostraron que las mujeres en tratamiento de cáncer de mama experimentan una serie de “duelos” y que para cada uno de ellos suelen atravesar por diferentes etapas hasta llegar finalmente a la aceptación, tanto de la condición médica en la que se encuentran como de la enfermedad en sí misma y sus

consecuencias. Estos hallazgos, por ser recientes, han sido menos desarrollados por los autores en sus investigaciones, pero se encuentran presentes como parte de las consecuencias de tener que enfrentar el diagnóstico de cáncer de mama y su posterior tratamiento, cualquiera que éste sea.

Díaz y Zúñiga (2014) reconocieron que el fenómeno de duelo se presenta ante cualquier sensación de pérdida que se considere importante para el paciente; puede ser un objeto, una persona o la percepción de pérdida de la propia salud. Para el caso de las mujeres con cáncer de mama, indicaron que el duelo puede empezar a manifestarse desde el mismo momento del diagnóstico. Las pacientes pueden sentirse afectadas por los cambios en su cuerpo, las pérdidas de autonomía, las modificaciones en su economía, las pérdidas de trabajo, el distanciamiento de amigos o familiares, entre otros duelos. Los autores también reconocieron que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama enfrentarán, junto con sus familiares, un camino difícil de recorrer, en el que estarán presentes una serie de emociones como la ira, el rencor, la envidia, entre otras.

## **3.2 Hipótesis**

### **3.2.1 Generales**

H1: Existe un proceso de duelo en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

H2: Existe una baja percepción de calidad de vida global en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

### 3.2.2 Específicas

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y la percepción de calidad de vida global en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

H4: Existe relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento físico en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

H5: Existe relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento de roles en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

H6: Existe relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento emocional en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

H7: Existe relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento cognitivo en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

H8: Existe relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento social en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento.

### **3.3 Variables de estudio o áreas de análisis**

#### 3.3.1 Variables generales

- Duelo
- Negación
- Ira
- Negociación
- Fe
- Depresión
- Aceptación
- Calidad de vida global
- Funcionamiento físico
- Funcionamiento de roles
- Funcionamiento emocional
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento social

### 3.3.2 Variable correlacionada 1: Calidad de Vida

La tabla 1 muestra el instrumento utilizado para medir la calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima, sus dimensiones y tipo de respuesta.

**Tabla 1**

*Matriz de operacionalización de la variable Calidad de Vida*

<b>Instrumento</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Categoría de respuesta</b>
Prueba de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30	Calidad de vida global	29 y 30	Escala tipo Likert: En absoluto= 1 Un poco= 2 Bastante=3 Mucho=4
	Funcionamiento físico	1, 2, 3, 4, 5	
	Funcionamiento de roles	6 y 7	
	Funcionamiento emocional	21, 22, 23, 24	
	Funcionamiento cognitivo	20 y 25	
	Funcionamiento social	26 y 27	

### 3.3.3 Variable correlacionada 2: Duelo

La tabla 2 muestra el instrumento utilizado para medir el duelo ante la pérdida de la salud en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima, sus dimensiones y tipo de respuestas.

**Tabla 2***Matriz de operacionalización de la variable Duelo*

<b>Instrumento</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Categoría de respuesta</b>
Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)	Negación	1, 7, 13, 19, 25, 29, 33	Escala tipo Likert: Nunca= 1 Pocas veces= 2 A veces=3 Casi siempre=4 Siempre=5
	Ira	2, 8, 14, 20, 26, 30	
	Negociación	3, 9, 15, 21, 27, 31, 35	
	Fe	4, 10, 16, 22	
	Depresión	5, 11, 17, 23	
	Aceptación	6, 12, 18, 24, 28, 32, 34, 36, 37, 38	

## **CAPÍTULO IV. METODO**

### **4.1 Población, muestra o participantes**

La población estuvo conformada por mujeres de los niveles socioeconómicos A, B y C, diagnosticadas con cáncer de mama en estadios I, II ó III, que recibían tratamientos de quimioterapia, radioterapia o bloqueo hormonal en la ciudad de Lima. La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres con edades entre los 35 y 60 años. La selección de la muestra se hizo por conveniencia o de forma intencional, como describen Sánchez y Reyes (2021), tratándose de un tipo de muestreo no probabilístico. Las mujeres fueron referidas por contacto entre personas conocidas.

### **4.2. Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación es de tipo básica, según las clasificaciones enumeradas por Sánchez y Reyes (2021) o también llamada pura o fundamental, ya que no es aplicada. Este tipo de investigación conduce a la búsqueda de nuevos conocimientos y no tiene objetivos prácticos específicos. El propósito de la investigación fue recoger información relevante relacionada con los procesos de duelo y la calidad de vida en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran en tratamiento. Esta información contribuirá a enriquecer el conocimiento acerca del tema que posteriormente pueda conducir al interés en profundizarlo o desarrollarlo.

El diseño de investigación es descriptivo-correlacional, ya que como indican Sánchez y Reyes (2021) está orientado a determinar la relación existente entre dos o más variables en una misma muestra de sujetos. El estudio es de este tipo porque, por un lado describe los procesos de duelo que experimentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran en tratamiento, ahondando en las diferentes fases propuestas por Elizabeth Kübler-Ross (2006), mientras que también pretende describir la percepción de la calidad de vida en la muestra, ahondando tanto en aspectos físicos como psicológicos. Coincide con la clasificación de Sánchez y Reyes (2021) porque está orientado a un mayor conocimiento y entendimiento de la realidad en una situación espaciotemporal dada, describiéndola en su estado actual.

El estudio es correlacional porque mostrará si existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de la calidad de vida y la aceptación de la enfermedad, como última etapa de duelo del modelo de Elisabeth Kübler Ross (2006). Al mismo tiempo, se podrá establecer si existe correlación entre la etapa de aceptación en el proceso de duelo y las mediciones específicas de calidad de vida en relación al funcionamiento social, emocional, de roles, físico y cognitivo.

#### **4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó el cuestionario QLQ-C30 para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos y la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud RPD-PS-38. Ambos instrumentos fueron administrados vía remota, enviándose tanto el



consentimiento informado como las dos escalas por whatsapp o correo electrónico a las participantes. Se trabajó con una base de datos de contactos de la muestra. Se contactó a las participantes vía telefónica y una vez obtenido su consentimiento y firmado éste se les hizo llegar por whatsapp o correo electrónico ambos cuestionarios para ser resueltos. Cualquier duda al respecto se atendió por teléfono en tiempo real. Se otorgó dos días calendarios para que las participantes resolvieran ambos cuestionarios y al tercer día se hizo seguimiento si es que no lo enviaron resuelto aún.

Ambas escalas fueron validadas a través del método de extracción (ver tablas 16, 17, 18 y 19 en anexos) y se evaluó la confiabilidad de ambos instrumentos utilizando el estadístico Alfa de Cronbach. Se observó un puntaje Alfa de .923 para la prueba de calidad de vida QLQ-C30, en sus 30 elementos, lo que indicó que es altamente confiable. Se utilizó el mismo estadístico Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad de la Escala de Respuestas Psicológicas ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38), en sus 38 elementos. Se observó un puntaje de .770, lo que indicó que la prueba es confiable.

#### Ficha técnica, validez y confiabilidad de cada uno de los instrumentos:

El cuestionario EORTC QLQ-C30 versión 3.0 de Aaronson, Fayers, Groenvold, Curran y Bottomley (2001) en castellano para el Perú, contiene 30 ítems que evalúan dimensiones funcionales y de síntomas de la enfermedad y/o del tratamiento y añade una escala global de salud/CV. Contiene una escala de respuestas tipo Likert de 4 puntos, desde “para nada”

a “mucho”, exceptuando los dos últimos ítems de escala general de calidad de vida que emplea una escala de respuesta de 7 puntos.

Varios estudios como los de Aaronson, Fayers, Groenvold, Curran y Bottomley (2001) han determinado la validez de consistencia interna para los puntajes de las escalas de ítem múltiple que superan el .70, demostrando que la prueba sobre calidad de vida EORTC QLQ-C30 es confiable y válida en diversas poblaciones de pacientes oncológicos, con relación al tratamiento.

#### Ficha técnica del instrumento 1:

Nombre: EORTC QLQ-C30.

Autor: EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer).

Procedencia: Bélgica, Europa.

Año: 1993.

Duración: 20 minutos de aplicación aproximadamente.

Ítems: 30 ítems con 30 preguntas del cuestionario donde se evalúan cinco escalas funcionales (social, emocional, física, cognitiva y de roles), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas/vómito) y una escala global de salud/calidad de vida.

30 ítems para marcar en escala de Likert desde “para nada” a “mucho” y dos preguntas adicionales en escala general para evaluar del 1 al 7.

**Finalidad:** Evaluar la percepción de afectación del tratamiento en las áreas propuestas y adicionalmente la percepción global de salud y calidad de vida.

Ficha técnica del instrumento 2:

**Nombre:** Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38).

**Autor:** Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia.

**Procedencia:** Méjico.

**Año:** 2014.

**Estandarización:** Miaja y Moral (2014) en la consistencia y validación de la prueba, encontraron que las consistencias internas de los factores fueron altas con distribuciones que no se ajustaron a una curva normal. Las respuestas psicológicas más frecuentes fueron fe/esperanza y aceptación; las menos frecuentes ira, depresión y negación y la intermedia promesas/negociación. La escala de Respuestas

Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PDS-38) es fiable y válida.

Duración: 15 minutos de aplicación aproximadamente.

Ítems: 38 ítems, seis factores de primer orden correlacionados (negación, ira, promesas/negociación, fe/esperanza, depresión y aceptación) y dos factores de segundo orden independientes (reacción de afecto negativo y actitud positiva ante la enfermedad)

Finalidad: Evaluar el afronte del proceso de duelo de pacientes en tratamiento por cáncer de mama.

#### **4.4 Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos**

La primera etapa del procedimiento de recolección de datos consistió en la búsqueda de la muestra. Esto se hizo estrictamente por contacto entre personas que conocían a mujeres en tratamiento por cáncer de mama. Una vez contactada la paciente y verificados sus datos (enfermedad, tipo de tratamiento y estadio), se explicó a cada participante la intención de la investigación, los instrumentos que debería completar, la duración aproximada para la resolución de los mismos, el plazo para hacerlo y se les pidió firmar el consentimiento informado aceptando participar en el estudio de manera voluntaria.

Las pruebas se enviaron a las participantes por whatsapp y correo electrónico previa instrucción acerca de cómo contestar y absolución de dudas. No hubo casos en los que las

participantes tuvieron dificultad para responder los cuestionarios de manera virtual. Se otorgó a las participantes un plazo de dos días para resolver los cuestionarios y se hizo seguimiento.

Para el procesamiento de los datos se empleó el estadístico Kolmogorov Smirnov, que determinó una distribución no normal de la muestra y en función de ello se utilizó el estadístico Rho de Spearman para llevar a cabo las correlaciones entre las funciones de las dos escalas administradas.

Se trabajó con un nivel de probabilidad de .05%. Se hizo el cálculo de la validez usando el paquete estadístico IBM- SPSS versión 27.

## CAPÍTULO V. RESULTADOS

### 5.1 Presentación de datos

La tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos de la variable calidad de vida y de cada una de las principales funciones, medidas a través de la prueba EORTC QLQ-C30. Se observa en el cuadro que el funcionamiento físico tuvo una media de 7.26 y una desviación de 3.142. Del mismo modo, el funcionamiento de roles mostró una media de 3.06 y una desviación de 1.376, mientras que el funcionamiento emocional en la prueba mostró una media de 8.04 y una desviación de 2.885. El funcionamiento cognitivo tuvo una media de 3.10 y una desviación de 1.313. Asimismo, el funcionamiento social tuvo una media de 3.74 y una desviación de 1.724. Finalmente los valores de salud global, dimensión clave de la prueba, mostraron una media de 11.32 y una desviación de 2.161.

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la variable calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

Funcionamiento:	Mínimo	Máximo	Media	DE
Físico	5	18	7.26	3.142
De roles	2	8	3.06	1.376
Emocional	4	15	8.04	2.885
Cognitivo	2	8	3.10	1.313
Social	2	8	3.74	1.724
Salud global	5	14	11.32	2.161

N = 50

DE = Desviación Estándar

En la tabla 4 se muestran los estadísticos descriptivos de la variable duelo y de cada una de las fases descritas en la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo por Pérdida de la Salud (RPD-PS-38). La tabla muestra que la fase de aceptación tuvo una media de 44.18 y una desviación de 5.858, siendo éste resultado decisivo para la interpretación de los resultados que se muestran a continuación. La fase de depresión tuvo una media de 8.62 y una desviación de 3.374. Fe mostró una media de 17.38 y una desviación de 3.642, mientras que negociación con un ser superior tuvo una medida de 22.38 y una desviación de 8.597. Del mismo modo, la fase de ira tuvo una media de 10.36 y una desviación de 4.222. Finalmente, se evidenció que la fase de negación tuvo una media de 11.40 y una desviación de 3.964.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la variable duelo ante la pérdida de la salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

Fases de Duelo	Mínimo	Máximo	Media	DE
Aceptación	25	50	44.18	5.858
Depresión	4	15	8.62	3.374
Fe	7	20	17.38	3.642
Negociación con ser supremo	7	35	22.38	8.597
Ira	6	24	10.36	4.222
Negación	7	23	11.40	3.964

N = 50

DE = Desviación Estándar

En la tabla 5 se muestran los resultados del estadístico Kolmogorov-Smirnov, que se empleó con el objetivo de determinar si las variables se distribuyeron de manera normal o

no normal. El objetivo de la utilización de esta prueba fue determinar qué tipo de estadístico emplear para el análisis posterior de los datos. Los resultados de esta prueba determinan si lo indicado es emplear un estadístico de tipo paramétrico o no paramétrico para realizar el análisis de datos que lleven a la comprobación de las hipótesis planteadas. Aplicando el estadístico Kolmogorov-Smirnov sobre las variables calidad de vida y duelo, se evidenció una distribución no normal, según se aprecia en la tabla 5. Por lo tanto para el análisis de correlación se empleó el estadístico no paramétrico “Rho de Spearman”.

**Tabla 5**

*Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de las variables calidad de vida y duelo ante la pérdida de la salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

Dimensiones:	Estadístico	gl	Significatividad
Depresión	.138	50	.018
Fe	.252	50	.000
Aceptación	.188	50	.000
Negociación ser supremo	.104	50	.200*
Ira	.151	50	.006
Negación	.168	50	.001
Salud global	.203	50	.000
Funcionamiento cognitivo	.239	50	.000
Funcionamiento emocional	.126	50	.047
Funcionamiento social	.259	50	.000
Funcionamiento de roles	.186	50	.000
Funcionamiento físico	.253	50	.000

*\* Esto es un límite inferior de la significación verdadera a corrección de significación de Lilliefors*



En la tabla 6 se aprecia la confiabilidad del Instrumento Escala de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, evidenciándose un puntaje de .923, sobre sus 30 preguntas, lo que indicó que la prueba es altamente confiable.

**Tabla 6**

Alfa de Cronbach para la prueba QLQ-C30

Estadística de fiabilidad

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>N de elementos</i>
.923	30

En la tabla 7 se muestra la confiabilidad del instrumento Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38), habiéndose utilizado igualmente el coeficiente Alfa de Cronbach, evidenciándose un puntaje de .770, sobre sus 38 preguntas, lo que indicó que la prueba es confiable.

**Tabla 7**

*Alfa de Cronbach para la Escala de Respuestas*

*Psicológicas ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)*

Estadística de fiabilidad

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>N de elementos</i>
.770	38

## 5.2 Análisis de datos

En lo que se refiere a la hipótesis general referida a la existencia de un proceso de duelo en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento, en la tabla 8 se

observa, que el 62% de las pacientes en tratamiento negó la enfermedad de manera moderada, un 20% en un nivel bajo y un 18% en un nivel alto. Igualmente el 66% de las pacientes refirió sentir ira en relación a su estado de salud de manera moderada, un 20% de manera baja y un 14% en gran medida (nivel alto). En lo que se refiere a la etapa de negociación con un ser supremo, un 52% se reconoció en esa etapa de manera intensa (puntaje alto) y un 42% en un estado moderado (nivel medio), mientras que sólo un 6% mostró un nivel bajo de negociación. En lo que se refiere a la etapa de duelo relacionada con la fe, un 82% se reconoció en ella en un nivel alto, un 16% a un nivel medio y sólo un 2% en un nivel bajo. Asimismo, un 56% de las pacientes se reconoció en la etapa de depresión de manera moderada (nivel medio) pero un 26% en nivel alto y un 18% a un bajo nivel. Finalmente, el 82% de las pacientes entrevistadas indicó que acepta su enfermedad en un nivel alto, un 16% en nivel medio y sólo un 2% a un nivel bajo. Por lo tanto se acepta la primera hipótesis general acerca de la existencia de duelo en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento que participaron en el estudio.

**Tabla 8**

*Etapas de duelo de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Negación	0-7 Bajo	10	20
	8-15 Medio	31	62
	16-25 Alto	9	18
Total		50	100
Ira	0-6 Bajo	10	20
	7-15 Medio	33	66
	16-26 Alto	7	14
Total		50	100
Negociación	0-7 Bajo	3	6
	8-22 Medio	21	42
	23-38 Alto	26	52
Total		50	100
Fe	0-7 Bajo	1	2
	8-15 Medio	8	16
	16-22 Alto	41	82
Total		50	100
Depresión	0-4 Bajo	9	18
	5-10 Medio	28	56
	11-16 Alto	13	26
Total		50	100
Aceptación	0-25 Bajo	1	2
	26-38 Medio	8	16
	39-51 Alto	41	82
Total		50	100

En lo que respecta a la segunda hipótesis general sobre una baja percepción de calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento, la tabla 9 muestra que el 82% se encuentra en rango medio, mientras que el 16% se encuentra en

rango alto y solo el 2% se encuentra en rango bajo. Por lo tanto, se acepta la hipótesis acerca de la percepción de baja calidad de vida en las entrevistadas, ya que sólo un 2% refirió una baja afectación.

**Tabla 9**

*Percepción de calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

	Afectación	Frecuencia	Porcentaje
	0-26 Bajo	1	2
	27-42 Medio	41	82
	43-60 Alto	8	16
Total		50	100

La primera hipótesis específica está referida a la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y la percepción de calidad de vida global. En la tabla 10 se aprecia una correlación positiva de .280, con un rango de significatividad de .049. Por lo tanto se acepta la hipótesis.

**Tabla 10**

*Cálculo de correlación entre calidad de vida global y aceptación, utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

		Aceptación	Significatividad Bilateral
Rho de Spearman	Calidad de vida global	.280*	.049
Total	50		

\*p<.05

La segunda hipótesis específica tiene que ver con la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento físico dentro de las mediciones de calidad de vida, apreciándose en la tabla 11 una correlación negativa de .266 con un rango de significatividad de .062. Por lo tanto no se acepta la hipótesis.

**Tabla 11**

*Cálculo de correlación entre funcionamiento físico y aceptación, utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

		Aceptación	Significatividad Bilateral
Rho de Spearman	Funcionamiento físico	-.266	.062
Total	50		

\*p<.05

La tabla 12 se refiere a la tercera hipótesis específica que tiene que ver con la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento de roles dentro de la calidad de vida, apreciándose una correlación negativa de .219 con un rango de significatividad de .127. Por lo tanto no se acepta la hipótesis.

**Tabla 12**

*Cálculo de correlación entre funcionamiento de roles y aceptación, utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

		Aceptación	Significatividad Bilateral
Rho de Spearman	Funcionamiento de roles	-.219	.127
Total	50		

\*p<.05

La cuarta hipótesis específica se muestra en la tabla 13, que se refiere a la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento emocional como parte de la calidad de vida, observándose una correlación negativa de .283 con un rango de significatividad de .046. Por lo tanto sí se acepta la hipótesis.

**Tabla 13**

*Cálculo de correlación entre funcionamiento emocional y aceptación, utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

		Aceptación	Significatividad Bilateral
Rho de Spearman	Funcionamiento emocional	-.283*	.046
Total	50		

\*p<.05

La tabla 14 muestra los resultados para la quinta hipótesis específica que tiene que ver con la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento cognitivo dentro de la calidad de vida, apreciándose una correlación negativa de .088 con un rango de significatividad de .542. Por lo tanto, no se acepta la hipótesis.

**Tabla 14**

*Cálculo de correlación entre funcionamiento cognitivo y aceptación, utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

		Aceptación	Significatividad Bilateral
Rho de Spearman	Funcionamiento cognitivo	-.088	.542
Total	50		

\*p<.05

Finalmente la tabla 15 se relaciona con la sexta hipótesis específica que tiene que ver con la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento social dentro de la calidad de vida, apreciándose una correlación negativa de .218 con un rango de significatividad de .129. Por lo tanto no se acepta la hipótesis.

**Tabla 15**

*Cálculo de correlación entre funcionamiento social y aceptación, utilizando el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento en Lima*

		Aceptación	Significatividad Bilateral
Rho de Spearman	Funcionamiento Social	-.218	.129
Total	50		

\*p<.05

### 5.3 Análisis y discusión de resultados

Los resultados del estudio mostraron que se comprobó la hipótesis general 1, ya que se hizo evidente que sí existe un proceso de duelo en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento. A la luz de los resultados se observó que un 52% de las entrevistadas se encontraba en un nivel alto de negociación con un ser supremo y un 82% igualmente en un nivel alto de entrega hacia la fe. Asimismo un 82% refirió aceptar la enfermedad. Estos resultados mostraron gran coherencia porque en los procesos de duelo, justamente los aspectos relacionados con la espiritualidad se presentan como elementos de afrontamiento de manera importante y contribuyen finalmente a una mejor aceptación de la enfermedad.

Estos resultados fueron consecuentes con la teoría de Elisabeth Kübler Ross (2006) para determinar las principales etapas de duelo por las que atraviesan las pacientes con cáncer



de mama en tratamiento. Kübler Ross (2006) manifestó que ante una pérdida significativa, ya sea de un ser querido o de cualquier otro tipo, para este caso de la salud, las personas progresan a través de cinco fases que les sirven como afrontamiento hasta llegar finalmente a la aceptación de dicha pérdida. Las fases que reconoció fueron negación, ira, negociación con un ser supremo, depresión y aceptación. En la presente investigación, a la luz de los estudios más recientes de Miaja y Moral (2014) se incorporó una fase más en la evaluación del duelo ante la pérdida de la salud, la fase de fe que recibió un porcentaje importante dentro de los resultados. Originalmente esta fase se encontraba dentro de la de negociación con un ser supremo, pero se decidió separarla dada su significatividad y se le incorporó como un ítem aparte en la nueva versión (RPD-PS-38) de la escala de duelo original (FD-66) diseñada por dichos autores.

Los resultados que se encontraron en relación al 52% de entrevistadas que refirió estar en la fase de duelo de negociación con un ser superior fueron consistentes con el porcentaje de mujeres que refirió ya estar aceptando la enfermedad (82% a un nivel alto), dado que según la teoría de Kübler Ross (2006) el pacto o negociación con un ser supremo en la enfermedad supone la búsqueda de sentido a la vida y la existencia y puede proporcionarle al paciente mayor fuerza para enfrentar la adversidad, considerándose un aspecto de connotación positiva, por lo tanto podría ser el paso previo hacia la aceptación de la misma y en este sentido coexistir en una misma persona.

Datos complementarios mostraron un 62% de entrevistadas que negaron moderadamente (nivel medio de etapa de negación) la enfermedad, otras (66%) refirieron

sentir ira hacia la enfermedad de manera moderada o igualmente podrían mostrar depresión frente a la enfermedad de manera moderada (nivel medio) en un 56% de casos.

Se confirmó en todo caso, que el duelo por la pérdida de la salud, en el cáncer u otras enfermedades importantes, podría llevar a los pacientes a transitar por diferentes etapas de duelo indistintamente, sin un orden específico y sin la necesidad de que culmine una para que empiece otra. Por el contrario, y así se confirmó en este estudio, las fases de duelo por la pérdida de la salud pueden darse en simultáneo. Asimismo, el presente estudio demostró que, aún cuando los pacientes pudieran percibir que aceptan mayoritariamente la enfermedad, eso no quiere decir que no experimenten las demás etapas de duelo en mayor o menor medida o de forma moderada.

Elisabeth Kübler Ross (2006) refirió que, aún cuando se considera que las personas en duelo inician con la etapa de negación y culminan con la etapa de aceptación, alcanzada la última etapa las personas pueden fluctuar a fases previas. La autora no necesariamente introdujo en su modelo una estructura fija de fases sino que fue abierta a la posibilidad de que las fases se combinen a la luz de los propios procesos de cada persona.

Cruz, Del Barco y Franco (2017) hicieron referencia clara de las múltiples dimensiones del duelo en el cáncer de mama, entendidas como una serie de pérdidas funcionales que afectan de manera importante a quien sufre esta enfermedad. Asimismo, definieron el proceso de duelo como individual, personal, dinámico, cambiante y evolutivo a lo largo de la vida y orientado a la búsqueda de estabilidad y equilibrio físico y psicológico. También hicieron referencia al hecho de que el proceso de duelo puede agravar algunos otros

trastornos como depresión o ansiedad y darse de manera conjunta. Enfatizaron en que se trata de un proceso personal, no rígido, sino cambiante que requiere tanto de tiempo como de elaboración y en el que las pérdidas se vivirán como únicas y personales al igual que los síntomas que las acompañen.

En lo que se refiere a la percepción de una baja calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento, se comprobó dicha hipótesis, porque el 82% de las entrevistadas refirió que percibe su calidad de vida afectada de manera moderada y un 16% en gran medida. Sólo un 2% refirió una baja afectación de su calidad de vida.

Probablemente estos resultados tuvieron que ver con el tipo de tratamiento que recibían las mujeres que participaron en el estudio, que en su mayoría (aproximadamente más del 50%) se encontraba en tratamiento de bloqueo hormonal, que aún cuando sí genera efectos secundarios, éstos suelen ser más tolerables que los que produce por ejemplo la quimioterapia o la radioterapia, motivo que explicó la percepción de afectación moderada en la calidad de vida de la mayoría de las entrevistadas, pero que resulta igualmente un hallazgo significativo para la investigación.

La SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) (2011) refirió que los efectos secundarios en los tratamientos de bloqueo hormonal tienden a variar de persona a persona, pero que para el caso del cáncer de mama también varían dependiendo del medicamento con el que se esté controlando la enfermedad o su reaparición (neoadyuvante o adyuvante). En algunos casos se refirieron efectos secundarios

relacionados a la posibilidad de desarrollar flebitis o trombosis, riesgos a nivel endocrinológico (modificaciones de los índices de colesterol en la sangre y otros). Sin embargo, muchos de estos efectos secundarios no necesariamente alteran la calidad de vida de las pacientes. En otros casos, como en el uso de inhibidores de la Aromatasa, los efectos secundarios pueden estar relacionados con dolores osteo articulares o mayor propensión a la fractura de huesos por un debilitamiento óseo u osteoporosis. Asimismo, se refieren molestias urinarias, ginecológicas o sexuales como efectos secundarios. Sin embargo, ninguno de estos efectos secundarios es comparable con el impacto que puede tener el tratamiento de quimioterapia en primer lugar y radioterapia en segundo plano para el control del cáncer de mama, tanto a nivel físico como psicológico.

Ello quedó comprobado en el estudio realizado por Monge (2006) entre mujeres diagnosticadas con cáncer de mama internadas por tratamiento de quimioterapia, a quienes se les aplicó la Escala de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 tres días después de haber recibido un curso de este tipo de tratamiento. En consecuencia a ello, los resultados mostraron la percepción de la calidad de vida afectada considerablemente tanto a manera global como en lo que respecta a los factores físicos y psicológicos.

La primera hipótesis específica relacionada a la correlación entre la percepción de calidad de vida global y la aceptación de la enfermedad ,como última etapa en las fases de duelo, se confirmó para las pacientes en tratamiento por cáncer de mama que participaron en el estudio. Se observó un coeficiente de correlación positivo de .280 a un nivel de significatividad bilateral de .049. Esto se interpretó como que a mayor percepción de

calidad de vida global mejor aceptación de la enfermedad y a menor percepción de calidad de vida global menor o peor aceptación de la enfermedad.

Esta correlación positiva tuvo relevancia porque confirmó la importancia de favorecer una buena percepción de calidad de vida global en los tratamientos de enfermedades importantes como el cáncer, que suponen un gran compromiso a nivel físico como psicológico. De esta manera, favoreciendo una mejor percepción de calidad de vida en el tratamiento de cáncer de mama, se favorecería una mejor adhesión y al mismo tiempo una aceptación saludable de la enfermedad, con los beneficios que ello significa no solo para el paciente sino también para su entorno.

Vilallonga (2018) indicó que la calidad de vida en el cáncer se ve afectada de una manera global, en donde se tienen que incluir consideraciones acerca del dolor, estado de ánimo, sueño y descanso, alimentación, sexualidad, autoimagen, movilidad y ejercicio físico, apoyo social y trabajo, entre otras consideraciones. Se refirió también a la necesidad de observar los esfuerzos del paciente por recobrar su calidad de vida en las etapas posteriores a los tratamientos, cuando intenta reincorporarse a su vida anterior, pero nota que muchos aspectos de ésta se han modificado de manera importante y le cuesta tener la misma percepción de su calidad de vida.

Montero y Nieves (2013) hicieron un recuento importante de los aspectos que se ven afectados en las pacientes que enfrentan tratamientos para el cáncer de mama, resaltando de manera detallada las pérdidas (duelos) asociados a la enfermedad, aspectos físicos, psicológicos y de relación, entre otros. También se refirieron específicamente a la

manera en que se afecta la calidad de vida en las dimensiones cognitiva, afectiva, conductual y social, antes y después de la percepción de pérdida corporal, lo que se expresa y manifiesta en los procesos de elaboración del duelo hasta que finalmente aparecen las estrategias de afrontamiento de la enfermedad que coinciden con la aceptación de la misma.

Sin embargo, todos estos largos procesos, que pueden llevar a las pacientes a finalmente aceptar y adecuarse a la enfermedad, el tratamiento o su nueva vida / realidad, están estrechamente ligados al manejo que se haga de la calidad de vida durante el tratamiento.

Montero y Nieves (2013) indicaron que el cáncer de mama conlleva un estado de malestar que se experimenta desde el momento de la detección de la enfermedad pero trasciende a la etapa de remisión. En este mismo estudio se consideró la importancia de ayudar a las pacientes con cáncer de mama en tratamiento a resignificar su enfermedad desde cualquier aspecto que les pueda ser significativo, ya sea desde el ámbito religioso, desde la identificación de beneficios u oportunidades que surgen con la enfermedad, entre otros.

Salas y Grisales (2009) hicieron alusión a la relación positiva que existe entre el bienestar espiritual y la calidad de vida, aspecto que podría favorecerse entre las pacientes con cáncer de mama. Indicaron que los recursos espirituales pueden contribuir a que las mujeres con cáncer de mama puedan interpretar de una manera saludable la enfermedad y reafirmar su sentido en la vida. Al mismo tiempo, esto les ayudaría a tener una mejor reincorporación a la vida posterior a la enfermedad. Estos resultados coincidieron con los encontrados en el presente estudio en el que se evidenció que las mujeres que aceptaron

la enfermedad, al mismo tiempo se encontraban más en la etapa de negociación con un ser supremo y en la fase de duelo ligada a la fe.

La segunda hipótesis específica relacionada a la existencia de correlación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento físico no se confirmó porque se apreció una correlación negativa de .266 a un nivel de significatividad de .062.

Lo mismo sucedió con la tercera hipótesis específica que no se confirmó al no encontrarse correlación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento de roles, observándose una correlación negativa de .219 a un nivel de significatividad de .127.

La cuarta hipótesis específica, en la que se pretendió establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento emocional sí se confirmó porque se observó una correlación negativa de .283 a un nivel de significatividad de .46. Sin embargo, resultó contradictorio y difícil de comprender que si una de las variables se incrementa la otra decrezca, lo que supondría que al mejorarse el funcionamiento emocional del paciente, ésta se aleje de la fase de duelo en la que acepta su enfermedad.

La quinta hipótesis acerca de la existencia de relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento cognitivo no se confirmó porque se observó una correlación negativa de .088 a un nivel de significatividad de .542.

Finalmente, la sexta hipótesis específica acerca de la relación estadísticamente significativa entre la fase de duelo aceptación y el funcionamiento social no se confirmó porque la correlación fue negativa y de .218, con una significatividad de .129.



## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6. Conclusiones generales y específicas

#### 6.1 Conclusiones generales

Después de analizar los principales resultados del estudio se presentan las siguientes conclusiones:

1. Se demostró que sí existe un proceso de duelo en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento, ya que un 52% de las pacientes se encontró atravesando la fase de negociación con un ser supremo y un 82% se reconoció en la fase de entrega hacia la fe. Fue importante resaltar que un 82% reconoció estar en la etapa de aceptación de la enfermedad.
2. Estos resultados confirmaron igualmente la teoría explicada por Elisabeth Kübler Ross (2006) acerca de la posibilidad de que los dolientes se reconozcan en más de una fase de duelo de manera simultánea, lo que confirmó que los duelos en el cáncer no son procesos “cerrados” que se suceden en etapas de manera automática y rígida, sino procesos “abiertos” en los que las etapas pueden sobreponerse, y que además permite que el paciente también regrese a una etapa anterior de duelo que ya transitó. Se apreció que las pacientes pudieron percibirse en mayor o menor medida en diferentes fases de duelo de manera simultánea, siendo lo más llamativo encontrar que si bien el 82% aceptó la enfermedad, al mismo tiempo se reconoció en negociación con un ser supremo y se entregó a la fe. De la misma manera se

encontraban moderadamente molestas (66%), negaban moderadamente su enfermedad (62%) o se reconocían en fase de depresión moderada (56%).

3. El estudio demostró que la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento se ve afectada. Un 82% de las entrevistadas refirió que su calidad de vida estaba afectada de manera moderada al momento de la entrevista y otro 16% de la muestra refirió sentir su calidad de vida altamente afectada. Sólo un 2% refirió una baja afectación al momento de realizada la investigación, lo que no quiso decir que en algún otro momento estos resultados no se pudieran ver afectados dada la subjetividad que implica dicha medición.

## **6.2 Conclusiones Específicas**

4. Existe correlación entre las variables calidad de vida y aceptación (coeficiente de correlación positivo de .280 a un nivel de significatividad bilateral de .049), lo que quiere decir que a mayor percepción de calidad de vida global mejor aceptación de la enfermedad y viceversa.
5. La correlación entre la percepción de calidad de vida global y aceptación de la enfermedad es un hallazgo importante de la investigación, que orienta las recomendaciones que podrían desprenderse a partir del presente estudio. Se pueden realizar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las pacientes y que ello redunde en una mejor adhesión al tratamiento y aceptación del mismo y de la enfermedad.

6. Existe correlación entre la aceptación de la enfermedad y el funcionamiento emocional (-.283, con una significatividad de .046). Sin embargo, ésta correlación es baja.
7. Los resultados del estudio indicaron también que no existe correlación entre la variable aceptación (última fase de duelo) y las variables funcionamiento cognitivo, social, físico o de roles de la prueba de medición de calidad de vida. Estas hipótesis específicas no se confirmaron.

## **6.2 Recomendaciones**

A la luz de los resultados encontrados en el presente estudio se pueden ofrecer las siguientes recomendaciones:

1. Llevar a cabo estudios complementarios a éste con una muestra más representativa (mayor a 50) y en la que se controlen variables que puedan ser significativas para la investigación como:

- Nivel socio económico de las participantes, aspecto que pudo ser determinante para el lugar de atención y de los recursos económicos para sobrellevar la enfermedad.
- Diferenciar si la atención de la enfermedad se da a nivel estatal o privado.
- Determinar el tiempo de enfermedad desde el diagnóstico, aspecto importante para la consideración de adecuación a la enfermedad.

- Diferenciar los resultados por tipo de tratamiento recibido (quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal), ya que podrían ser un factor determinante para la percepción de calidad de vida porque cada uno supone efectos secundarios diferentes para quienes se encuentran recibiendo los.

2. Llevar a cabo estudios complementarios a éste en los que se ahonde en el conocimiento del duelo en el cáncer de mama, correspondiente al duelo por la pérdida de la salud, aspecto de vital importancia para el afrontamiento de la enfermedad. Al mismo tiempo, estudiar el resto de pérdidas (duelos) que se experimentan en el curso de la enfermedad, de tal manera que se establezcan protocolos de atención a los mismos y puedan experimentarse mejoras en la calidad de vida de las pacientes en tratamiento por cáncer de mama.

3. Uno de los propósitos para llevar a cabo este estudio fue sensibilizar acerca de la importancia de mejorar la percepción de calidad de vida en las pacientes en tratamiento por cáncer de mama, de tal manera que la adhesión, adecuación y aceptación a la misma pudiera darse de manera natural. Por lo tanto, se recomienda que se sigan haciendo estudios alrededor de este tema para que igualmente se puedan implementar protocolos cada vez más efectivos en la atención de la percepción de la calidad de vida de las pacientes en tratamiento por cáncer de mama.

### 6.3 Resumen y términos clave

La presente investigación tuvo como propósito describir e indagar por el proceso de duelo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en Lima, determinando si existe o no duelo y la manera en la que se presenta según la teoría de Elisabeth Kübler Ross. Al mismo tiempo, pretendió indagar por la percepción de calidad de vida en aspectos físicos y psicológicos en estas pacientes en tratamiento y determinar si existe correlación entre la aceptación de la enfermedad, como última etapa del proceso de duelo, y el componente de calidad de vida global, así como el funcionamiento físico, de roles, emocional, cognitivo y social como aspectos específicos de las mediciones de calidad de vida.

La muestra estuvo conformada por 50 mujeres, entre 35 y 60 años, diagnosticadas con cáncer de mama en estadios I, II ó III y en tratamiento (quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal).

El diseño del estudio es descriptivo correlacional y se emplearon dos escalas de medición. Una de ellas fue la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) y la otra la Escala de Medición de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30.

Se realizó el cálculo de validez y confiabilidad de ambos instrumentos. La prueba de calidad de vida EORTC QLQ-C30 obtuvo un puntaje Alfa de .923 en sus 30 elementos. Se concluyó que el instrumento es altamente confiable. La Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) obtuvo un puntaje Alfa de .770 en sus 38 elementos. Se concluyó que la prueba es confiable.

Los resultados encontrados mostraron que sí existe un proceso de duelo en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento, que este proceso es dinámico y que también existe correlación entre las variables calidad de vida global y aceptación como última fase de duelo según el modelo de Elisabeth Kübler Ross.

**Términos Clave:** cáncer de mama, calidad de vida, duelo por pérdida de la salud.

#### **6.4 Abstract. Key words**

The purpose of the following survey was to describe and inquire about the grieving process in breast cancer diagnosed patients, in Lima, determining if it is present or not and the way it shows considering Elisabeth Kübler Ross theory. At the same time, it pretended to inquire for the quality-of-life perception in physical and psychological aspects in this group of patients, who are receiving treatment and to determine if there is correlation between this perception and the acceptance of the disease as the last phase of the grieving process, including the physical functioning, role, emotional, cognitive and social functioning as specific aspects of quality of life measurements.

The sample was composed by 50 women, aged 35 to 60, diagnosed with breast cancer in stages I, II or III and receiving treatment (chemotherapy, radiotherapy, or hormonal block).

The survey design is descriptive and correlational, and two measurement scales were used. One is the Psychological Response to Grieve on the Loss of Health Scale (RPD-PS-38) and the other one the Quality-of-Life Measurement Scale EORTC QLQ-C30.

A calculation of validity and reliability was made for both instruments using the Alfa de Cronbach statistic. The EORTC QLQ-C30 instrument received a score of .923 for its 30 elements. It was concluded that the instrument is highly reliable. The Scale of Psychological Responses to Grieving in the Face of Loss of Health (RPD-PS-38) showed a score of .770 in its 38 elements. It was concluded that the instrument is reliable.

The results found showed the existence of a grieving process in breast cancer diagnosed patients in treatment, that this is a dynamic process and the existence of correlation between the variables global quality-of-life and acceptance as the last phase of the grieving process of Elisabeth Kübler Ross model.

**Key words:** breast cancer, quality-of-life, grieving process on the loss of health.

## Referencias

- Aaronson, N., Fayers, P., Groenvold, M., Curran, D. y Bottomley, A. (2001). *EORT QLQC30 Scoring Manual* (3ª ed.). European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Agudelo, D. y García L. (2019). *Vínculo de apego y estrategias de afrontamiento respecto a la comprensión de la muerte en niños que tienen 6 a 12 años de edad que están pasando por el duelo de una persona significativa*. [Tesis de grado Corporación Universitaria Lasallista]. <http://hdl.handle.net/10567/2600>
- Almansa, P. (2015). *Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama*. [Tesis doctoral en Enfermería, Universidad de Murcia]. [tdx.cat/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf](http://hdl.handle.net/10803/301274/TPRC.pdf)
- American Cancer Society. (18 de septiembre de 2015). *Cambios emocionales, de salud mental y de estado de ánimo*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-psicoemocionales/la-ansiedad-y-el-miedo-html>
- American Psychiatric Association. (2010). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-IV*. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- American Society of Clinical Oncology. (Septiembre de 2019). *Sobrevivencia al cáncer*. [cancer.net/es/sobrevivencia/que-es-la-sobrevivencia](http://cancer.net/es/sobrevivencia/que-es-la-sobrevivencia)
- Arrarás, J., Illarramendi, J. y Valerdi, J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de psicología de la salud*, 7(1), 13-33. [rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97567/1revpsicosalud-7-1-02.pdf](http://hdl.handle.net/10045/97567/1revpsicosalud-7-1-02.pdf)



- Arrarás, J., Martínez, M., Manterota, A., y Lainez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 61(8), 949-954.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110087A>
- Arrarás, J., Villafranca, J., Arias de la Vega, F., Domínguez, M., Lainez, N., Manterola, A., Martínez, M. (2008). El Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 (versión 3.0). Estudio de validación para pacientes con cáncer de próstata español. *Archivos Españoles de Urología*, 61(8), 949-954.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid+S0004-06142008000800017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S0004-06142008000800017)
- Borbón, J. y Beato, A. (2002). Enfoque actual de la problemática de salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 47-53.  
[scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572002000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000100008)
- 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(1), 11-24. [scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf](http://scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf)
- Carreño, P. (2015). *Estudio sobre la Calidad de Vida en mujeres supervivientes del cáncer de mama*. [Tesis de grado departamento de Enfermería, Universidad de Murcia].  
[tdx.cat/handle/10803/301274#page=1](http://tdx.cat/handle/10803/301274#page=1)
- Córcoles, C. (2021). *El duelo oncológico: las pérdidas del cáncer*. [Tesis de grado. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Pontificia Universidad Comillas de Madrid].  
[repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50830](http://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50830)
- Cruz, J., Del Barco, E. y Franco, P. (2017). *Tratamiento y pérdidas funcionales: los duelos del cáncer*. *Revista Duelo en Oncología Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico Universitario, Salamanca*, 17(1), 209- 222.  
[seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo17.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo17.pdf)

- Díaz, S. y Zúñiga, F. (2014). Duelo en mujeres con cáncer de mama. *Ciencias Administrativas y Sociales Handbook T-IV*, 28(6) 235-241.  
[dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857265](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857265)
- Díaz, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Revista Pensamiento Psicológico de la Universidad Javeriana de Colombia*. 7(14), 155-160.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673012>
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 1-13. [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-572720100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-572720100005)
- Figueroa, M., Rivera, M. y Navarro, M. (2016). No importa: sexualidad femenina y cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(5), 278-284.  
[Sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300773](http://Sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300773).
- Ford, L. (2001). *Predictors of psychological functioning in African American women with breast cancer*. [Tesis de doctorado. Howard University].  
<https://www.proquest.com/openview/79efe4a7e186f85bbabb05af6cb9504a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- García, C. y Gonzáles, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80. [scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a8.pdf](http://scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a8.pdf)
- Gonzáles, F. (2019). Cinco mujeres fallecen cada día en el Perú a causa del cáncer de mama. *Revista INPPARES*. [inppares.org/news?cinco-mujeres-fallecen-cada-dia-en-el-peru-a-causa-del-cancer-de-mama/](http://inppares.org/news?cinco-mujeres-fallecen-cada-dia-en-el-peru-a-causa-del-cancer-de-mama/)
- Granados, C. (2021). *Calidad de vida y funcionamiento sexual en pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino*. [Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Perú].  
[tesis.pucp.edu.pe:8080/repositorio/handle/20.500.12404/21042](http://tesis.pucp.edu.pe:8080/repositorio/handle/20.500.12404/21042)

- Guillém, V., Romero, R y Oliete, E. (2008). Manifestaciones del Duelo. *Duelo en Oncología*, 63-83.  
[seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentación/manual es/duelo/duelo08.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentación/manual/es/duelo/duelo08.pdf)
- Irarrázaval, M., Rodríguez, P., Fasce, G., Silva, F., Waintrub, H., Torres, C., Barriga, C., Fritis, M. y Marín, L. (2013). Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(6), 723-734.  
[bibliotecaminsal.cl/calidad-de-vida-en-cancer-de-mama-validacion-del-cuestionario-br-en-chile](http://bibliotecaminsal.cl/calidad-de-vida-en-cancer-de-mama-validacion-del-cuestionario-br-en-chile)
- Kubler-Ross, E. y Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Ediciones Luciérnaga.
- La mente es maravillosa (17 de octubre de 2020). *Las 4 tareas del duelo de William Worden*. [lamenteesmaravillosa.com/las-4-tareas-del-duelo-de-william-worden/](http://lamenteesmaravillosa.com/las-4-tareas-del-duelo-de-william-worden/)
- Masson, C. (2017). El duelo en la enfermedad oncológica del ser querido. *Instituto Nacional del Tórax*. [torax.cl/el-duelo-en-la-enfermedad-oncologicac-del-ser-querido/](http://torax.cl/el-duelo-en-la-enfermedad-oncologicac-del-ser-querido/)
- Mejía, M. (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia].  
[repositorio.unal.ed.co/handle/unal/20864](http://repositorio.unal.ed.co/handle/unal/20864)
- Miaja, M. y Moral, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases de duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Revista de psicooncología de la Universidad Autónoma de Nuevo León*, 10(1), 109-130.  
[revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951](http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951).
- Miaja, M. y Moral, J. (2014). Desarrollo y validación de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (RPD-PS-38). *Revista de Psicooncología Universidad Autónoma de Nuevo León*, 11(2-3), 369-387.  
[revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47395](http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47395)

- Monge, F., (2006). Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama – Hospital EsSalud Cusco. *SITUA*, 15(1-2), 48-54. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/burevistas/situa/2006\\_ni-2?pdf/a09](http://sisbib.unmsm.edu.pe/burevistas/situa/2006_ni-2?pdf/a09)
- Montero, A. y Nieves, I. (2013). *La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas* [Tesis doctoral en psicología clínica, Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico]. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1220>
- Moral, J. y Miaja, M. (2014). Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Revista Pensamiento Psicológico de la Universidad Javeriana de Colombia*. 13(1), 7-25. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80140030001>
- Niezgoda, H. y Pater, J. (1993). A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *National Library of Medicine*, 2(5), 319-325. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8136796/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8136796/)
- Núñez, S. (2015). *Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Rebusccini*. [Tesis Licenciatura en enfermería, Escuela de enfermería Padre Luis Tezza]. [repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/364/Nuñez\\_ss.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/364/Nuñez_ss.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Olivares, P., Aguilar, J., Adrianzén, R., Revilla, J., Zavaleta, A., Martínez, G. y Huapaya, A. (2019). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Departamento de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao - 2018. *Horizonte Médico*, 19(4), 50-56. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2019000400007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000400007&lng=es&nrm=iso). ISSN 1727-558X. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.07>.
- Olivares, M. (2011). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 29-48. [repository.urosario.edu.co/handle/10336/15868](http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/15868)

- Organización Mundial de la Salud (26 de marzo de 2021). *Cáncer de mama*. Who.int.  
[who.int/es/news/fact-sheets/detail/breast-cancer](https://www.who.int/es/news/fact-sheets/detail/breast-cancer)
- Organización Mundial de la Salud (12 de septiembre de 2018) *Cáncer, datos y cifras*.  
Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud (25 de septiembre de 2018). *Salud de la mujer*. Who.int.  
<http://www.who.int/mediacare/factsheets/fs334/es/>
- Pastor, P. (diciembre de 2020). Teorías sobre el proceso de duelo. *Fundación Mario Losantos del Campo*. [fundacionmlc.org/teorias-sobre-duelo/](http://fundacionmlc.org/teorias-sobre-duelo/)
- Pedroza, G., Sánchez, L., Munguía, S., Lagunes, L., Ferrer, J., Arreguín, R. y López, D. (2017). Evaluación de la Escala EFD-66 como herramienta para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 41(1), 1-8.  
[ris.paho.org/handle/10665.2/34440?locale-attribute=es](https://ris.paho.org/handle/10665.2/34440?locale-attribute=es)
- Plaza, A. y Nieves, R. (2013). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.
- Ramírez, A. y Rúa, A. (2019). *Adaptación y determinación de propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida (QLQ-C30) en pacientes oncológicos*. [Tesis Bachiller en Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola].
- Recalde, M. y Samudio, M (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Memorias del Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud*, 10(2), 13-29.  
[scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2a03.pdf](https://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2a03.pdf)
- Revilla, L. (2021). *Situación del cáncer en el Perú*. Ministerio de Salud del Perú.  
[dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03](https://dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03)

- Salas, C. y Grisales, H. (2009). Calidad de Vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(1), 36-46. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n1/9-18/>
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES de Salud Pública*. 4(1), 36-46. [proquest.com/docview/1734293533](http://proquest.com/docview/1734293533)
- Salazar, M., Regalado, R., Navarro, J., Montañez, D., Abugattas, J. y Vidaurre, Y. (2013) El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Control del Cáncer en el Perú. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 105-112. [scielo.org.pe/scielo.php/script=sci\\_arttext&pid=SI726-46342013000100020](http://scielo.org.pe/scielo.php/script=sci_arttext&pid=SI726-46342013000100020)
- Sánchez, C. (2019). *El trabajo del duelo y la muerte en educación primaria*. [Tesis de grado. Universidad de Sevilla]. [Idus.us.es/bitstream/handle/11441/90553/CRISTINA%20SANCHEZ%2020HERMOSO.pdf?](http://idus.us.es/bitstream/handle/11441/90553/CRISTINA%20SANCHEZ%2020HERMOSO.pdf?)
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2021). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Sexta Edición. Editor H. Sánchez.
- Sánchez, R. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de salud pública Universidad Nacional de Colombia*, 12(6), 889-902. [scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n6/889-902/es](http://scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n6/889-902/es)
- SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) (12 de enero de 2011). *Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento hormonal*. <https://seom.org/163-informacion-al-publico-guia-de-tratamientos/hormonoterapia/1036-cuales-son-los-efectos-secundarios-del-tratamiento-hormonal>
- Soriano, J., Norat, T., Arrébola, J. y Fleitas, G. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. *Bioética desde una perspectiva cubana*, 165-172. [scholar.google.com/citations?user=YcWrB6wAAAJ&hl=es](http://scholar.google.com/citations?user=YcWrB6wAAAJ&hl=es)
- Urzúa, A y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 30(1), 61-71.

- Vallejos-Sologuren, C. (2020). Situación del cáncer en el Perú. *Revista Médica Diagnóstico*, 59(2), 77-85. <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/221>
- Vilallonga, J. (6 de septiembre de 2018). Calidad de vida en cáncer. *Psicología del Cáncer*. <https://psicologiaencancer.com/es/calidad-de-vida-en-cancer/>
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 123-136. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sco\\_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sco_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&nrm=iso)
- Worden, JW. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy*. Springer Publishing Company, LLC.
- Yoffe, L. (2012). *La influencia de las creencias y las prácticas religiosas/espirituales en el afrontamiento de pérdidas por muerte de un ser querido*. [Tesis Doctorado en psicología. Universidad de Palermo]. [dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1768/Laura%20Yoffe\\_Tesis.pdf?](https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1768/Laura%20Yoffe_Tesis.pdf)

## Anexos

- Formato de consentimiento informado
- Cuadros de extracción

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima, ..... de ..... de 2021

Yo, ....., declaro haber sido informada con claridad respecto de los propósitos de la investigación “PROCESO DE DUELO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA DE LIMA”, llevada a cabo por la estudiante Marcela Olavarría Fuentes, identificada con DNI # 09302664 para optar al título de Licenciada en Psicología en la Universidad Ricardo Palma. Declaro también haber sido invitada a participar, por lo que accedo voluntariamente y entiendo que la información brindada por mi persona será tratada de manera confidencial y con fines estadísticos.

Dejo constancia de la ACEPTACIÓN de mi participación.

ACEPTO

Fecha: ...../...../ 2021



## Cuadros de extracción

**Tabla 16**

*Validez de la prueba de Calidad de Vida  
EORTC QLQ-C30 a través del método de extracción*

	Inicial	Extracción
Item 1	1	.858
Item 2	1	.832
Item 3	1	.895
Item 4	1	.864
Item 5	1	.849
Item 6	1	.820
Item 7	1	.818
Item 8	1	.804
Item 9	1	.833
Item 10	1	.870
Item 11	1	.726
Item 12	1	.834
Item 13	1	.812
Item 14	1	.765
Item 15	1	.752
Item 16	1	.891
Item 17	1	.703
Item 18	1	.861
Item 19	1	.863
Item 20	1	.796
Item 21	1	.889
Item 22	1	.875
Item 23	1	.829
Item 24	1	.812
Item 25	1	.861
Item 26	1	.848
Item 27	1	.818
Item 28	1	.772
Item 29	1	.852
Item 30	1	.830

Método de extracción: análisis de componentes principales.

**Tabla 17**

*Validez de la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) a través del método de extracción*

	Inicial	Extracción
Item 1	1	.859
Item 2	1	.782
Item 3	1	.817
Item 4	1	.818
Item 5	1	.828
Item 6	1	.831
Item 7	1	.823
Item 8	1	.847
Item 9	1	.909
Item 10	1	.787
Item 11	1	.844
Item 12	1	.738
Item 13	1	.852
Item 14	1	.825
Item 15	1	.816
Item 16	1	.914
Item 17	1	.718
Item 18	1	.831
Item 19	1	.845
Item 20	1	.700
Item 21	1	.886
Item 22	1	.852
Item 23	1	.692
Item 24	1	.888
Item 25	1	.786
Item 26	1	.791
Item 27	1	.875
Item 28	1	.826
Item 29	1	.903
Item 30	1	.789
Item 31	1	.850
Item 32	1	.801
Item 33	1	.832
Item 34	1	.801
Item 35	1	.756
Item 36	1	.794
Item 37	1	.818
Item 38	1	.865

Método de extracción: análisis de componentes principales.

**Tabla 18***Varianza para la prueba de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	17.022	25.032	25.032	17.022	25.032	25.032
2	9.433	13.872	38.904	9.433	13.872	38.904
3	5.634	8.286	47.190	5.634	8.286	47.190
4	3.839	5.646	52.836	3.839	5.646	52.836
5	3.137	4.613	57.449	3.137	4.613	57.449
6	2.648	3.894	61.342	2.648	3.894	61.342
7	2.336	3.435	64.778	2.336	3.435	64.778
8	2.087	3.068	67.846	2.087	3.068	67.846
9	1.811	.663	70.509	1.811	2.663	70.509
10	1.652	2.429	72.938	1.652	2.429	72.938
11	1.487	2.187	75.125	1.487	2.187	75.125
12	1.407	2.069	77.94	1.407	2.069	77.194
13	1.307	1.921	79.116	1.307	1.921	79.116
14	1.132	1.665	80.781	1.132	1.665	80.781
15	1.086	1.597	82.378	1.086	1.597	82.378
16	.999	1.468	83.846			
17	.942	1.385	85.232			
18	.903	1.328	86.560			
19	.802	1.179	87.738			
20	.737	1.083	88.822			
21	.667	.981	89.802			
22	.661	.972	90.774			
23	.584	.858	91.632			
24	.547	.804	92.437			
25	.512	.752	93.189			
26	.476	.700	93.889			
27	.461	.679	94.568			
28	.443	.652	95.220			
29	.346	.509	95.728			
30	.338	.497	96.225			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

**Tabla 19**

*Varianza para la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)*

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	.301	.443	96.668
2	.279	.410	97.078
3	.264	.389	97.467
4	.230	.338	97.805
5	.218	.321	98.126
6	.199	.292	98.419
7	.169	.248	98.667
8	.152	.224	98.891
9	.144	.212	99.103
10	.118	.173	99.276
11	.107	.157	99.433
12	.088	.129	99.562
13	.071	.105	99.667
14	.064	.094	99.761
15	.055	.080	99.842
16	.037	.055	99.897
17	.033	.049	99.945
18	.022	.033	99.978
19	.015	.022	99.998
20	2.219E-15	3.263E-15	100
21	1.099E-15	1.617E-15	100
22	9.453E-16	1.390E-15	100
23	6.698E-16	9.851E-16	100
24	5.425E-16	7.978E-16	100
25	4.680E-16	6.883E-16	100
26	3.109E-16	4.573E-16	100
27	2.746E-16	4.039E-16	100
28	8.544E-17	1.256E-16	100
29	-6.248E-17	-9.188E-17	100
30	-1.576E-16	-2.318E-16	100
31	-2.651E-16	-3.898E-16	100
32	-3.246E-16	-4.773E-16	100
33	-4.655E-16	-6.845E-16	100
34	-7.635E-16	-1.123E-15	100
35	-9.625E-16	-1.415E-15	100
36	-1.232E-15	-1.812E-15	100
37	-1.498E-15	-2.202E-15	100
38	-1.871E-15	-2.751E-15	100

Método de extracción: análisis de componentes principales.