



UAT
Universidad Autónoma
de Tamaulipas



**Unidad Académica de Trabajo Social
y Ciencias para el Desarrollo Humano**

**UNIDAD ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS PARA EL
DESARROLLO HUMANO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

TESIS

Diferencias Urbano - Rural en el Afrontamiento e Imagen Corporal en Pacientes con Cáncer Gastrointestinal sometidos a cirugía

Que para obtener el Grado de

Maestría En Psicología Clínica Y De La Salud

Presenta:

Lic. Psic. Kalia Sahile Walle Huerta

Dr. José Luis Ybarra Sagarduy
Director

Mtra. Edith Rojas Castillo
Codirectora

CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS

AGOSTO DEL 2022



UAT
Universidad Autónoma
de Tamaulipas




Unidad Académica de Trabajo Social
y Ciencias para el Desarrollo Humano

2

La presente tesis titulada
**"Diferencias Urbano - Rural en el Afrontamiento e Imagen Corporal en Pacientes con
Cáncer Gastrointestinal sometidos a cirugía"**
realizada por la alumna **Kalia Sahile Walle Huerta**
bajo la dirección y codirección abajo
indicada ha sido aprobada y aceptada como requisito parcial
para obtener el grado de:

Maestría En Psicología Clínica Y De La Salud

Director de tesis: _____
Dr. José Luis Ybarra Sagarduy


Codirectora de tesis: _____
Mtra. Edith Rojas Castillo

Identificación

Director de tesis: Dr. José Luis Ybarra Sagarduy
Teléfono: 8341245530
Correo: jsagarduy@gmail.com

Codirectora de tesis: Mtra. Edith Rojas Castillo
Teléfono: 5556280400 Ext. 42107
Correo: psicedithrojas@gmail.com

Universidad autónoma de Tamaulipas
Unidad académica de trabajo social y ciencias para el desarrollo humano
Maestría en Psicología Clínica y de la Salud
Periodo agosto 2019 – junio 2021
Teléfono directo: (834) 318-1730
Conmutador: (834) 318-1800, ext. 2203 y 2216
Correo: posgrado.uatscdh@uat.edu.mx

Agradecimiento

Para la realización de este trabajo de investigación y que pudiera llegar a su término, primeramente, agradezco a mi madre Gala Huerta Córdova por su amor, trabajo y sacrificio todos estos años de estudio, por los consejos, valores y principios que me ha inculcado, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en la persona que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio ser su hija.

A mis hermanas y familia por siempre estar presentes, acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi director de tesis el Dr. José Luis Ybarra Sagarduy por su ayuda, paciencia y dedicación a este trabajo que significa mucho para mí.

A mi codirectora y a todas las personas que me apoyaron, me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

A mis docentes por haber compartido sus conocimientos y experiencias a lo largo de la preparación de la maestría.

A mis compañeros por siempre brindar el apoyo cuando se necesita, el siempre estar unidos ante cualquier dificultad y el haberse convertido en grandes amigos para mí.

Dedicatoria

A mi padre José Concepción Walle Mata quien en un suspiro se fue, era un hombre de familia, amoroso, recto, trabajador, siempre dando a su familia toda la ayuda y confianza posible, divertido, con una gran inteligencia que lo caracterizaba y admiraba mucho de él. Siempre dándome su apoyo y creyendo en mi para cualquier proyecto que quería realizar. Fue y ha sido mi mayor inspiración y modelo por seguir.

El presente trabajo de investigación es totalmente inspirado en él, tanto en su experiencia personal al sufrir de una enfermedad crónica, como también de la experiencia que tuvimos como familia. Siempre demostrándonos que ante cualquier dificultad hay que estar unidos como familia y siempre seguir hacia adelante.

Sus valores y enseñanzas viven en nuestra familia y eso lo mantiene siempre en nuestros corazones.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo Comparar el Afrontamiento e Imagen Corporal entre los Pacientes con cáncer Gastrointestinal sometidos a cirugía en la zona Urbana y Rural. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y con alcance correlacional, donde se incluyeron 15 pacientes de la zona rural y 15 de la zona urbana, de ambos sexos, nacionalidad mexicana, con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratado con cirugía, los instrumentos empleados fueron la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC-M) y la escala de imagen corporal (Body Image Scale S-BIS). Los resultados mostraron que, en cuanto a la imagen corporal y las variables médicas, los pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a cirugía no presentan diferencias significativas entre la zona urbana y la zona rural, sin embargo, en cuanto al afrontamiento; los pacientes de la zona urbana reportan un mayor uso del estilo de afrontamiento tipo “preocupación ansiosa, respecto a los pacientes de la zona rural.

Abstract

The objective of the present research was to compare the coping and body image of patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery in urban and rural areas. Between patients with gastrointestinal cancer who underwent surgery in urban and rural areas. A quantitative, non-experimental, cross-sectional study with correlational scope was conducted, The study included 15 patients from rural and 15 from urban areas, of both sexes, Mexican nationality, with a diagnosis of gastrointestinal cancer treated with surgery. The instruments used were the Cancer Coping Scale (MAC-M) and the Body Image Scale S-BIS (Body Image Scale S-BIS). The results showed that, in terms of body image and medical variables, patients with gastrointestinal cancer who underwent surgery did not show significant differences between urban and rural areas; however, in terms of

coping, patients in urban areas reported a greater use of the "anxious worry" coping style than patients in rural areas.

Palabra clave: afrontamiento, imagen corporal, cáncer gastro intestinal, cirugía, urbano, rural.

INDICE

Introducción	12
Definición Del Problema	14
Antecedentes	17
Objetivo General	21
<i>Objetivos Específicos</i>	21
Preguntas De Investigación	21
Hipótesis	22
Justificación	23
Marco Teórico	25
Definición De Las Variables O Conceptos Del Estudio.	25
<i>Cáncer</i>	25
<i>Psicooncología</i>	25
<i>Afrontamiento</i>	26
Estilos De Afrontamiento.	28
Estrategias De Afrontamiento.	28
<i>Imagen Corporal</i>	29
<i>Ostomías</i>	30
<i>Población Rural Y Urbana</i>	31
Modelos Psicológicos Respecto Al Problema De Estudio	32
<i>Modelos De Afrontamiento</i>	32
<i>Modelos De Imagen Corporal</i>	37
Elección Fundamentada De Un Modelo Psicológico	42
Revisión De Los Estudios Previos Relacionados Con El Problema	42
<i>Imagen Corporal En Pacientes Oncológicos En Distintos Tipos De Tratamiento</i>	42
Cirugía.	42
Radioterapia.	45
Sistémico.	45
<i>Diferencias Urbano - Rural En Enfermedades Crónicas</i>	50
<i>Diferencias Urbano – Rural en Cáncer</i>	51
Metodología de la investigación	54
Diseño Del Estudio	54
Muestra/ Participantes Del Estudio	54
<i>Criterios De Inclusión</i>	55
<i>Criterios De Exclusión</i>	55
Materiales E Instrumentos	55
Procedimiento	58
Análisis De Datos	59
Cuestiones Éticas	59
Pilotaje	62
Resultados	65

Discusión	86
Conclusión	89
Limitaciones	90
Referencias	91
Cronograma De Actividades	99
Apéndice	100

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Esquema de Supervivencia Moorey y Greer</i>	37
<i>Tabla 2. Participantes de la prueba piloto</i>	64
<i>Tabla 3. Descripción de la muestra</i>	66
<i>Tabla 4. Emparejamiento de la muestra</i>	68
<i>Tabla 5. Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal cometidos a cirugía entre la zona rural y urbana</i>	72
<i>Tabla 6. Comparación de los 5 estilos de afrontamiento entre la zona rural y urbana</i>	74
<i>Tabla 7. Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía</i>	76
<i>Tabla 8. Comparación de los 5 estilos de afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía</i>	77
<i>Tabla 9. Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tipo de tratamiento (cirugía)</i>	79
<i>Tabla 10. Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tipo de tratamiento (cirugía)</i>	80
<i>Tabla 11. Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al estadio del cáncer</i>	82
<i>Tabla 12. Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al estadio del cáncer</i>	84

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Esquema conceptual de Lazarus y Folkman</i> _____	33
<i>Figura 2. Esquema de supervivencia de los pacientes con cáncer de Moorey y Greer</i> ____	36
<i>Figura 3. Imagen corporal: dimensiones, determinantes y procesos</i> _____	40

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) el Cáncer es la segunda causa principal de muerte en América. En el 2018, menciona que se diagnosticaron 3,8 millones de casos y 1,4 millones de muertes por esta enfermedad. Los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres son: de próstata (21,7%), pulmón (9,5%), y colorrectal (8,0%). En las mujeres, los cánceres más frecuentes son: de mama (25,2%), pulmón (8,5%), y colorrectal (8,2%).

El gobierno de México (2020) menciona que en nuestro país el Cáncer es la tercera causa de muerte, el tipo de Cáncer más común son: de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en la población en general en ambos sexos.

En cuanto a la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas (2018) informó que 230 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y alrededor de 200 las que fallecen por esta enfermedad, es decir, 18 cada mes.

Para la atención de este padecimiento las 3 principales modalidades de tratamiento son: la cirugía, radioterapia y tratamiento sistémico o quimioterapia. Se menciona que la cirugía es el tratamiento que suele afectar más a la imagen corporal del paciente, estos pueden llegar a sentirse incompletos, con autoestima negativa, alteración en el estado de ánimo, depresión y sin conexión con su identidad que presentaban antes de la enfermedad (Viana, 2016; Paterson et al., 2016; Izydorczyk et al., 2018; Fingeret et al., 2015). Así mismo los pacientes llegan a tener un afrontamiento negativo, como lo es la evitación social y la negación hacia su imagen corporal y hacia la enfermedad (Fingeret et al., 2015; Londoño y Salgado, 2015; Pulgar et al., 2009; Pérez et al., 2017).

En el contexto de una población que proviene de regiones con diversidad social,

educativa y económica; es importante que los profesionales de la salud conozcan y tomen en consideración si el paciente procede de una zona urbana o una zona rural ya que existen estudios que demuestran que hay diferencias en la atención, diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo, etc, (McLafferty, 2019; Zhang et al., 2018; Bergin et al.,2018; Zahnd et al.,2018; Tzelepis et al., 2018).

Tomando esto en consideración, el presente estudio, buscó comparar la existencia de posibles diferencias entre la zona rural y urbana respecto a la imagen corporal, el afrontamiento y variables médicas en pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a cirugía para con ello ofrecer la oportunidad de brindar una atención médica y psicológica de calidad de acuerdo con sus necesidades específicas.

Definición Del Problema

El cáncer implica un impacto que trasciende la conmoción física, también es un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona (Robert, 2013).

El tratamiento, en particular la cirugía, puede producir alteraciones físicas y funcionales que impacten psicológicamente en la autoestima, autoconcepto e imagen corporal de dichos pacientes, como es el caso de los que ya tuvieron la cirugía como tratamiento, esto en la mayoría de los casos atenta gravemente contra su imagen corporal (Lozano et al., 2011, pág. 160).

Algunas investigaciones (Londoño y Salgado, 2015; Pulgar et al., 2009), mencionan que los pacientes oncológicos hacen uso de estrategias de afrontamiento como la negación hacia la evidencia de la enfermedad y la realidad; esta estrategia, empleada durante largos períodos de tiempo, puede afectar al funcionamiento, la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad. Así mismo, Pérez et al. (2017), encontraron que los pacientes con cáncer tienden a emplear estrategias de evitación comportamental, evitación cognitiva, religión y refrenar el afrontamiento.

Es importante tomar en cuenta que una enfermedad crónica como el cáncer, con implicaciones específicas en el deterioro físico de las personas que la padecen, implica una serie de elementos de tipo conductual, cognoscitivo y emocional que parecen estar condicionados por elementos culturales, propios de las estrategias sociales, y estilos de atención médica de acuerdo a la zona geográfica. Un ejemplo de ello son las diferencias que se han observado en pacientes con cáncer de mama de poblaciones rurales versus urbanas respecto a variables como la complejidad, heterogeneidad y dinamismo de sus lugares de procedencia, así como de exposición a factores de riesgo y acceso a servicios de salud para su diagnóstico y tratamiento. Con respecto a los pacientes de cáncer colorrectal tardan más tiempo en la obtención de un diagnóstico en comparación de las

pacientes con cáncer de mama en la zona rural. Los pacientes con cáncer endometrial en la zona rural padecen menos accesibilidad a tratamientos quirúrgicos, exámenes y muestran una menor supervivencia que los de la zona urbana. En los pacientes sobrevivientes de cáncer hematológico también presentan diferencias, aquí se destaca en la zona rural un apoyo y necesidades insatisfechas, mayor depresión, ansiedad y estrés que en la zona urbana (McLafferty, 2019; Zhang et al., 2018; Bergin et al., 2018; Zahnd et al., 2018; Tzelepis et al., 2018).

La reducción de las diferencias rurales-urbanas en enfermedades crónicas presenta un formidable desafío de salud pública. La solución requiere centrar la atención en los problemas de las zonas rurales, como la pobreza, la falta de conocimiento sobre enfermedades crónicas y la desigualdad en acceso a la atención primaria.

Las diferentes experiencias de las personas en lugares urbanos y rurales influyen fuertemente en los riesgos y exposiciones importantes, al mismo tiempo que afectan el acceso a las instalaciones de diagnóstico y tratamiento, lo que conduce a la heterogeneidad basada en personas y lugares en los resultados del cáncer

Esta investigación se llevó a cabo con una población conformada por pacientes mexicanos (mujeres y hombres) diagnosticados con cáncer gastrointestinal entre la edad de 18 a 60 años, tratados con cirugía.

Existen pocos estudios con pacientes oncológicos, que identifiquen las alteraciones asociadas a los estilos de afrontamiento y la imagen corporal, en función de la procedencia (urbana o rural) en particular frente al cáncer gastrointestinal.

A partir de esta investigación se propone la realización de más estudios sobre los diferentes

tipos de cáncer, tomando en cuenta la zona geográfica de donde provienen los pacientes, promoviendo el logro de una atención optima, eficiente y acorde a sus necesidades médicas y psicosociales.

Debido a las diferencias que presentan las dos zonas ya sea por lo económico, acceso a los servicios de salud, mayor prevalencia a la depresión y ansiedad puede que se presenten diferencias en los estilos de afrontamiento y en la imagen corporal.

Antecedentes

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI, 2019), describe que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en México y se espera que su tasa aumente en los próximos años. En el 2015 hubo 85,201 muertes por cáncer en México, del año 2010 al 2015, la tasa de mortalidad general por cáncer se incrementó un 5.4%. Las tasas de mortalidad por cáncer siguen aumentando en México, sin embargo, la tasa de algunos tipos de cáncer comienza a estabilizarse.

A mediados del siglo pasado comienza a emerger la subespecialidad oncológica de psicooncología a favor del ajuste psicosocial del paciente oncológico a la enfermedad y sus diversos efectos. El cáncer implica un impacto que trasciende en los aspectos personales, del paciente, lo que nos hace tener una mirada biopsicosocial de este tema. Se genera un clima afectivo complejo de cuestionamientos y cambios profundos en los diversos contextos donde se inserta el paciente. Ante una pérdida tan importante como lo es la salud y todo lo que eso implica, la persona experimenta la vivencia de un duelo oncológico, un cierto modo de abordaje y afrontamiento en la persona y su entorno (Robert, 2013).

El paciente con cáncer se enfrenta con temas tan inconmensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para cada uno de los cuales debe encontrar un sentido personal. “Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismo y a los demás y finalmente, el sentido último de su existencia” (Barroilhet et al., 2014, pág. 391).

Los pacientes se ven envueltos en situaciones estresantes, en las que cobran especial importancia las estrategias de afrontamiento para lograr superarlas. Es importante conocer cuáles son las estrategias que emplean los pacientes oncológicos con el fin de determinar cuáles favorecen

o no la adaptación especialmente si han cursado por cirugías radicales, que comprometan la estructura y funcionalidad de alguna parte del cuerpo (Lozano et al., 2011).

Hoy en día nos enfrentamos a un mundo con un desarrollo tecnológico cambiante y avanzado, lo cual, en el ámbito oncológico, implica investigaciones y terapias cada vez más avanzadas, esto hace posible una evolución constante en el manejo y control sintomático de la enfermedad oncológica. Lo que supone mayor frecuencia de pacientes que viven efectos del cáncer y sus tratamientos a corto, mediano y largo plazo que involucran procesos de adaptación permanentes. Los adelantos alcanzados en los tratamientos contra el cáncer han permitido, en muchos casos, detener el avance de la enfermedad y alargar la vida, no obstante, este proceso deja secuelas de considerable impacto psicosocial y personal. Las amputaciones de diferentes partes del cuerpo (de las mamas, de miembros inferiores o superiores, etc.) traen consigo cambios importantes en la imagen corporal, o incluso minusvalía que comprometen la independencia de los pacientes, y resultan de muy difícil aceptación. Estos cambios afectan la autoestima de los pacientes, además que pueden llevar al retiro de la vida laboral o provocar limitaciones de las funciones antes ejercidas en ese ámbito (Cabrera et al., 2017).

Respecto a lo anterior según Fernández (2004) en ocasiones se produce ansiedad, insatisfacción, displacer, hostilidad, frustración; ya que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es cómo cada persona se siente con relación a su propio cuerpo. Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen y con esto aparece la vergüenza, el miedo al rechazo y el malestar asociado, llevan al desarrollo de comportamientos de evitación y/o compensación hacia el propio cuerpo y hacia situaciones interpersonales (Fernández, 2004).

Según Aguilar et al. (2013) un factor a considerar es el contexto sociocultural que constituye un elemento clave en la percepción que las personas tienen de sí mismas. Es bien sabido que las preferencias estéticas corporales están muy determinadas por la cultura y tienen la capacidad de suscitar diferentes percepciones y opiniones de las personas sobre la base de sus características físicas. Nuestra sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo e industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta ser patológica. Han puesto de manifiesto que el contexto social influye en la percepción de la imagen corporal de pacientes con cáncer, así como también las variables sociodemográficas.

Vílchez y Villegas (2016) señala que los familiares de pacientes oncológicos suelen sentir diferentes emociones, algunos, cuentan con estrategias que les permiten afrontar la enfermedad de una manera adecuada y adaptarse, pero para otros esto es más difícil. La mayoría de las veces el paciente oncológico, antes de saberse enfermo, es quien aportaba el sustento económico y el cuidado de los otros miembros de la familia, sin embargo ante la condición de enfermedad y durante el proceso de tratamientos este rol se interviene. Por otro lado, pacientes y familia, en particular aquellos que provienen de ambientes rurales, se ven en la necesidad de ajustarse a cambios en el ambiente y en el hogar relacionados con factores de movilidad y traslado o bien accesibilidad al tratamiento oncológico, centros de salud o instituciones oncológicas.

Vílchez y Villegas (2016) también mencionan que en la mayoría de los casos la familia, especialmente los parientes cercanos suelen recurrir a la religión, como un medio de apoyo o refugio moral y espiritual ante la situación de salud de su familiar, refiriendo en ciertos casos que

la enfermedad es una prueba para ellos o una oportunidad para fortalecer la unión con Dios o entre los integrantes de su familia. La familia constituye una base fundamental para el cuidado del paciente que recibe tratamiento oncológico, ya que es un soporte físico y emocional que permite tanto a familiares como al mismo paciente afrontar la situación y adaptarse a los cambios que se dan desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento y culminando con el proceso de recuperación de la salud. En el caso de los familiares con pacientes oncológicos, los cuales padecen la enfermedad en un transcurso de 1 a 2 años manifiestan tener un buen concepto de sí mismo, y esto se ve reflejado con la opinión positiva que dan los familiares, en donde los pacientes tratan de aceptar tanto su enfermedad como su imagen (Vílchez y Villegas, 2016).

Objetivo General

- Comparar el afrontamiento e imagen corporal de pacientes provenientes de una zona rural versus una zona urbana, con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratados con cirugía.

Objetivos Específicos

- Comparar la imagen corporal de pacientes provenientes de una zona rural versus una zona urbana, con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratados con cirugía.
- Comparar los estilos de afrontamiento de pacientes provenientes de una zona rural versus una zona urbana, con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratados con cirugía.
- Observar si existen diferencias en la imagen corporal y afrontamiento en función de variables médicas (intervención quirúrgica, tiempo transcurrido desde la cirugía y estadio del cáncer)

Preguntas De Investigación

1. ¿Existen diferencias en la imagen corporal de los pacientes con cáncer gastrointestinal tratados con cirugía provenientes de una zona rural versus una zona urbana?
2. ¿Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de los pacientes con cáncer gastrointestinal tratados con cirugía provenientes de una zona rural versus una zona urbana?
3. ¿Existen diferencias en la Imagen Corporal y Afrontamiento en función de variables médicas (intervención quirúrgica, el tiempo transcurrido desde la cirugía y el estadio del cáncer)?

Hipótesis

Hi: Existirán diferencias en la imagen corporal en pacientes con cáncer gastrointestinal de una zona rural versus una zona urbano.

Hi: Existirán diferencias en los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal de una zona rural versus una zona urbana.

Hi: Existirán diferencias en la Imagen Corporal y Afrontamiento en función de variables médicas (intervención quirúrgica, tiempo desde que se realizó la cirugía y el estadio del cáncer).

Justificación

Con respecto a las problemáticas de la imagen corporal en pacientes oncológicos Londoño y Salgado (2015) sugieren que el equipo interdisciplinario a cargo de estos pacientes tenga las herramientas y brinde una atención enfocada en el bienestar físico, social y mental y no solo a paliar las manifestaciones físicas de la enfermedad, teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento durante el proceso de la enfermedad. Así como también ayuden a este tipo de pacientes con cambios de imagen corporal a reconciliarse con una vida que ha sufrido un cambio radical y alinear las expectativas del paciente en torno a lo que puede ser la vida con el cambio (Fernández, 2004).

Es importante tomar en cuenta en la población rural y urbana, el comportamiento frente a las enfermedades crónicas en especial el cáncer ya que han demostrado discrepancias en la complejidad, heterogeneidad y dinamismo de los lugares y población. De igual manera es indispensable tomar en cuenta los riesgos y exposiciones asociadas a la región, así como las diferencias en el acceso a las instalaciones de diagnóstico y tratamiento, ya que es común que no exista un diagnóstico temprano de la enfermedad en la zona rural. En particular a los pacientes con cáncer colorrectal, cáncer endometrial y en los pacientes sobrevivientes de cáncer hematológico (McLafferty, 2019; Zhang et al., 2018; Bergin et al., 2018; Zahnd et al., 2018; Tzelepis et al., 2018).

Relacionado con lo anterior se puede agregar que es muy escasa la competencia cultural en los trabajadores de la salud, tan necesaria para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada paciente, incrementando así la posibilidad de lograr una mejor comunicación con este último favoreciendo la adaptación cultural de las estrategias, de tal forma que las intervenciones contemplen la individualidad y el contexto social de los pacientes, apostando de esta forma al éxito en la implementación de dichas intervenciones (Bernaes et al., 2015). Se

necesita avanzar en el reconocimiento de la cultura propia de las personas que buscan los servicios, plantear el cuidado y debe centrarse en sus necesidades específicas, considerando la diversidad cultural de las comunidades. Los psicólogos deben adquirir herramientas efectivas para el logro de la competencia cultural (Osorio et al., 2008; Bernales et al., 2015).

La presente investigación propone la relevancia de estudiar las estrategias de afrontamiento y la imagen corporal en pacientes oncológicos tomando en consideración si proviene de una zona rural o una zona urbana, con el objetivo de mostrar a los profesionales de la salud que consideren las características específicas del paciente de acuerdo a la zona geográfica de la que proviene y con ello ofrezca una intervención de calidad y competencia cultural. Se debe promover el reconocimiento de la cultura propia de los pacientes. (Osorio et al., 2008; Bernales et al., 2015), y realizarse más estudios sobre otros tipos de cáncer ya que se ha generado más información específicamente sobre el cáncer de mama. Es por esto por lo que resulta relevante conocer este tipo de alteraciones y que se genere más investigación sobre estas áreas de atención.

Marco Teórico

Definición De Las Variables O Conceptos Del Estudio.

Cáncer

La OMS (2019), define el término “cáncer” como genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias”. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos. Este proceso se denomina “metástasis”. La metástasis es la causa principal de muerte por cáncer. La OMS (2019) indica que muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

Por lo anterior Lozano et al. (2011) expresan que hoy en día el cáncer es una enfermedad de salud pública que implica altos costos tanto económicos a nivel de atención al paciente oncológico, como del individuo que padece esta enfermedad y por ello, es muy importante atender las diferentes necesidades de dicha población.

Psicooncología

Cabrera et al. (2017) mencionan que la psicooncología, entiende al enfermo en su totalidad biopsicosocial y ofrece el apoyo psicológico básico a los pacientes y familiares. Se centra en la evaluación, investigación e intervención de los comportamientos relacionados con la aparición del cáncer, actitudes o características personalógicas de riesgo y protectoras; en el manejo de sintomatología o enfermedades psiquiátricas y de problemas psicológicos que pueden aflorar durante el tiempo que dure el proceso mórbido (diagnóstico, tratamiento, y últimas etapas de la vida del paciente) y en el seguimiento de los que superan la enfermedad.

También Cabrera et al. (2017) mencionan que la especialidad continuamente se hace cargo de las situaciones vitales, características culturales, psicosociales y espirituales que influyen en la aparición y tratamiento del cáncer, así como su repercusión tanto para pacientes como su entorno familiar y social, con el objetivo de contribuir al desarrollo y evaluación de terapias psicológicas efectivas que permitan reducir la morbilidad psicológica y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se encarga de estudiar las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico. Su objetivo es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar una mayor humanización de los tratamientos. Se dedica también a explorar y describir los diversos modos de afrontamiento en la enfermedad oncológica, de los factores que influyen sobre ella, y de las estrategias terapéuticas más efectivas.

Según Holland (Como se citó en Lozano et al., 2011) la psicooncología se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre a consecuencia del cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.

Afrontamiento

Barroilhet et al. (2014) expresan que el afrontamiento (coping) se refiere a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer.

Las personas varían sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la intensidad de su respuesta emocional y de su habilidad para regularla, de las oportunidades para la resolución de problemas en cada situación y de los cambios en la relación persona-entorno a medida que se desenvuelve la situación.

Según Lazarus y Folkman (1984), señalan que el sujeto de acuerdo con las evaluaciones realizadas selecciona las posibles respuestas a utilizar ante las demandas percibidas. Estos mismos autores definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que sobrepasan los recursos personales.

Igualmente, estos autores señalan que no deben confundirse el afrontamiento con los resultados, ya que el afrontamiento es el esfuerzo de un sujeto para manejar las demandas, independientemente de cuál sea el resultado. El afrontamiento permite, por un lado, manejar el problema (afrontamiento centrado en el problema), y por otro regular las emociones subsecuentes a dicho problema (afrontamiento centrado en la emoción).

González (2015) mencionó que la estrategia de respuesta centrada en el problema es similar a la estrategia utilizada en la resolución de problemas, y puede apuntar directamente al entorno o al objeto en sí. Esto junto con los procesos cognitivos destinados a reducir la angustia emocional. Da como resultado promover el control de la situación por parte del sujeto, pero de la misma manera, pueden interferir y dificultar la adaptación del paciente.

Moos y Schaefer (Como se citó en González, 2015) creen que la enfermedad física es una crisis y el afrontamiento es un proceso, primero se requiere una evaluación cognitiva para darle sentido a la enfermedad y determinar la idoneidad del tratamiento, realizando una adaptación. Lipowsk (Como se citó en González, 2015) define el afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas o compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible.

González (2015) establece que el afrontamiento es el proceso que media entre el sujeto y la situación que está viviendo, el cual depende de las características personales y el entorno donde se desarrolla. Además, afirma, que la forma en que el sujeto evalúa la situación, así como los recursos con los que cuenta determinan el grado en que se siente afectado y las estrategias que pondrá en funcionamiento para responder.

Estilos De Afrontamiento.

Según Tobin et al. (1989) menciona que los estilos de afrontamiento son las maneras estables y consistentes de manejar las situaciones de estrés.

Estrategias De Afrontamiento.

Londoño y Salgado (2015) Lo definieron como un recurso psicológico utilizado por los sujetos para afrontar el estrés. Si bien estos métodos no siempre tienen éxito, ya que originan, evitan o reducen conflictos. La estrategia de afrontamiento se refiere al proceso completo utilizado en contexto y puede ser muy variable según las condiciones que se presenten en cada momento.

Para González (2015) Son el comportamiento y la cognición que los sujetos comienzan a ejercitar ante el cáncer y evitan o minimizan los efectos y consecuencias de la enfermedad. El tipo de estrategia que utilice el paciente depende de la importancia que tenga para él la enfermedad subjetiva y el estado real de la enfermedad. Además, esto también dependerá de la valoración de los recursos del paciente para afrontar la enfermedad. Lazarus, Folkman, Dunkel, DeLongis y Gruen (Como se citó en González, 2015) establecieron ocho formas comunes de lidiar con situaciones estresantes que se describen a continuación:

- Confrontación

Actuaciones y esfuerzos directos y agresivos para modificar la situación.

- Distanciamiento

Esfuerzos para alejarse del problema, tratar de olvidarlo, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.

- Autocontrol

Esfuerzo para autorregular los propios sentimientos y acciones.

- Búsqueda de apoyo social

Acciones para buscar apoyo y comprensión, buscar consejos e información.

- Aceptación de la responsabilidad

Reconocimiento por el sujeto del problema e intentos para solucionarlo.

- Huida-evitación

Esfuerzos y conductas dirigidos a evadirse de la situación (dormir, comer, beber, etc.)

- Planificación

Esfuerzos dirigidos a cambiar la situación, acercándose de forma analítica a la solución del problema.

- Reevaluación positiva

Esfuerzos para buscar un significado positivo a la situación, centrándose en el desarrollo personal.

Imagen Corporal

Fernández (2004) expresa que la imagen corporal es lo que una persona tiene dibujado en su mente de la figura de su cuerpo, de esta autoimagen depende en muchas formas la autoestima y el autoconcepto.

Según López, Polaino y Arranz (1992), definen la imagen corporal como un carácter subjetivo debido a que es la opinión que la persona tiene de su propio cuerpo como totalidad o con relación a las partes individualizadas, además engloba ideas y actitudes respecto al mismo.

De acuerdo con Rosen (1990) y Thompson (1990) la Imagen Corporal es un concepto

que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Ósea que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales. Los 3 componentes se describen de la siguiente manera:

- **Un componente perceptual:** precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
- **Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo):** actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej. satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.).
- **Un componente conductual:** conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Ostomías

De acuerdo con American Society of Colon and Rectal Surgeons (2020) la ostomía es una abertura que se realiza quirúrgicamente entre los intestinos y la pared del abdomen. Existen varios tipos de ostomía, por ejemplo, la que conecta el intestino delgado con la pared abdominal, los cuales son la ileostomía o yeyunostomía y el que conectan el intestino grueso con la pared abdominal que es la colostomía. Para esta intervención quirúrgica se examina al paciente para encontrar la zona adecuada en su pared abdominal para la apertura. Por lo general la ostomía se coloca en una zona plana de la parte frontal del abdomen para mayor visibilidad. La colostomía se coloca a la izquierda del ombligo y la ileostomía se coloca a la derecha de este. La ostomía también consiste en una oblea y una bolsa. La primera se adhiere a la pared abdominal con adhesivo y es

de plástico, la bolsa recolecta y sostiene las heces, esta es desechable y vaciada o remplazada según sea necesario.

Población Rural Y Urbana

La zona rural se caracteriza por los grandes campos y pueblos que se dedican a las actividades económicas del sector primario que suele ser agropecuarias como la agricultura y ganadería, también es común la pesca, minería y la extracción forestal, además cuentan con menor cantidad de habitantes y su espacio geográfico suele ser más extenso. En relación con el turismo se ha desarrollado exponencialmente. El medio ambiente se caracteriza por una naturaleza amplia con recursos naturales y orgánicos a disposición. Por último, la ciencia y la tecnología suele tardar tiempo en llegar a este tipo de zonas o la mayoría de las veces no tienen disponibilidad (Lugo, 2018).

La zona urbana es aquella donde se encuentran las ciudades, pueblos grandes o las llamadas metrópolis, aquí la población es más alta, tiende a estar industrializada y presentar todo tipo de infraestructura, los espacios disponibles son más reducidos para la alta cantidad de personas. La economía en esta zona se enfoca en el sector secundario y terciario. La industrialización, la producción masiva y el desarrollo de servicios de todo tipo favorece a la población generando una alta tasa de empleo. Aquí el comercio, la ciencia y la tecnología son más desarrolladas. Todas estas características hacen que en esta zona los servicios públicos se encuentren mejor preparados, pero también con la desventaja de costos económicos elevados y contaminación que se produce de las industrias (Lugo, 2018).

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU-Hábitat, 2019), los criterios para diferenciar las zonas suelen variar dependiendo del país. Para fines nacionales, al igual que para comparabilidad internacional, la unidad de clasificación más apropiada es el tamaño de la localidad o, si esto no es posible, la división administrativa más pequeña del país.

En México, de acuerdo con el INEGI (2010), la población determina si es zona rural o urbana, se considera zona rural cuando tiene menos de 2500 habitantes y zona urbana cuando hay más de 2500 habitantes. Con el incremento de la migración del campo a las ciudades, el número de habitantes ha aumentado en la zona urbana y en contraste el de la zona rural ha disminuido.

Para 1990 el 71% de la población en México pertenecía a la zona urbana, para el 2010 esta cifra aumentó a casi el 78%. En cuanto a la zona rural, para 1990 la población correspondía al 29%, para el 2010 se redujo al 22%.

Modelos Psicológicos Respecto Al Problema De Estudio

Modelos De Afrontamiento

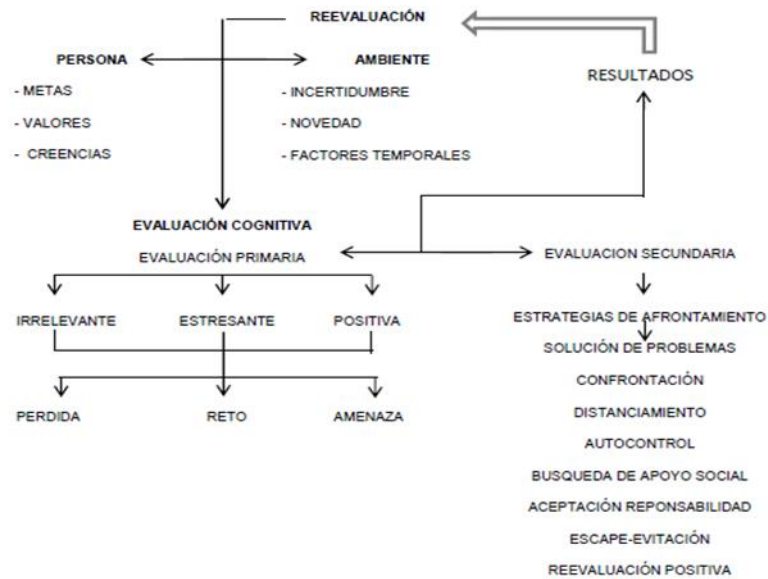
En el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) consideraban que el afrontamiento incluye los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedente o desbordantes de los recursos del individuo. Quiere decir que se hace referencia a todas las actitudes, acciones y emociones que el individuo toma para manejar distintas situaciones que conlleven un gasto emocional, cognitivo y que sobrepasa los mecanismos reguladores que posee el ser humano.

De acuerdo con las evaluaciones Lazarus y Folkman (1986) definen la evaluación cognitiva como un proceso en el cual el individuo determina si la relación entre él y el ambiente es estresante. En esta evaluación se muestran 3 procesos evaluativos, el primero es la evaluación primaria entendida por un proceso donde se evalúa si la situación es positiva, irrelevante o estresante para el individuo interpretando como amenaza, pérdida o reto. En la evaluación secundaria, consiste en que el individuo valora lo que debe hacer para afrontarse a la situación, es decir evalúa las opciones de afrontamiento que dispone. Estas dos evaluaciones se relacionan para determinar el nivel de

estrés, el estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se emplean en tal situación de estrés para hacerle frente, estas dos están influidas por factores personales y situacionales como el nivel de novedad del evento, lo que tiene en juego, el ciclo vital en el que ocurre y la presencia junto a otros factores estresantes. Y por último está la reevaluación en la cual se presenta nueva información en donde el individuo realiza cambios en las evaluaciones ya mencionadas, estos procesos están influenciados por factores personales como ambientales. La forma en que procesa el individuo la información del ambiente y de los recursos con los que cuenta, determina el grado de afectación por tal situación y las estrategias que podrá establecer para hacerle frente, como se muestra en la **Figura 1** (González, 2015).

Figura 1.

Esquema conceptual de Lazarus y Folkman



Nota. Se muestra el modelo del esquema conceptual por Lazarus y Folkman. González, M. (2015). CAEPO: *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos*. Tea Ediciones.

Con respecto a esta reevaluación Lazarus y Folkman (1984) se refieren a estrategias de afrontamiento que intentan cambiar el significado de una situación sin cambiar objetivamente la situación.

Las funciones de este proceso principalmente hacen una mediación en el afrontamiento, transforma el significado evaluado y el significado global, para modificar el significado de un evento y hacerlo coherente con sus creencias y objetivos preexistentes o modificando las creencias y objetivos relevantes para acomodar el evento, o ambos. Estos procesos ayudan a conciliar las discrepancias entre el significado global y el significado evaluado de un evento en particular. Puede disminuir los aspectos amenazantes y dañinos del significado evaluado de un evento, y a veces incluso puede aumentar sus aspectos positivos. La disminución de los aspectos amenazantes de un evento y el aumento de sus aspectos positivos se pueden lograr a través de una serie de mecanismos específicos de reevaluación, algunos que implican cambiar el significado de la situación y otros que implican cambiar el significado global (Park y Folkman, 1997).

Es importante para Park y Folkman (1997), considerar que la reevaluación es fundamental en la creación de congruencia entre las demandas y su significado, y el significado global de la vida y creencias del individuo. El logro o no determinará la aceptación y resolución de un evento que considere estresante en su evaluación inicial (Blanco et al., 2018).

Respecto a lo anterior Folkman (1984) sugiere que cada individuo desenvuelve un significado global, influido por las creencias, valores, metas y autoimagen, y que cambia y persiste a lo largo de la vida. Los valores globales se ven amenazados por una situación catastrófica, como el diagnóstico de cáncer, lo cual tiene un significado situacional. El afrontamiento se dirige entonces hacia ajustar el significado global (existencial) con el significado situacional a través de valoraciones y revaloraciones en las que se recurre a ciertas estrategias de afrontamiento con el fin

de llegar a un nuevo equilibrio que permita un afrontamiento prolongado. Un ejemplo sería un guitarrista que requiere la amputación de un brazo por un osteosarcoma. El deberá reconciliar esta pérdida a fin de hacerla apropiada a sus metas vitales o alterar su significado global para agregar la pérdida. O también puede ser el caso de una cirugía por un cáncer de cabeza y cuello, situación en que se ven afectados aspectos de diferente significación para los pacientes, como lo es el atractivo físico, la interacción y aceptación social, la autoestima, y en el caso de algunas afecciones faciales, la expresión emocional, mostrando dificultades para hablar, tragar, controlar saliva, etc. Para la mayoría de las personas esta cirugía es de consecuencias difíciles de afrontar, independientemente de los recursos psicosociales, ya que es un cáncer que no puede ser ocultado (Barroilhet et al., 2014; Lozano et al., 2011).

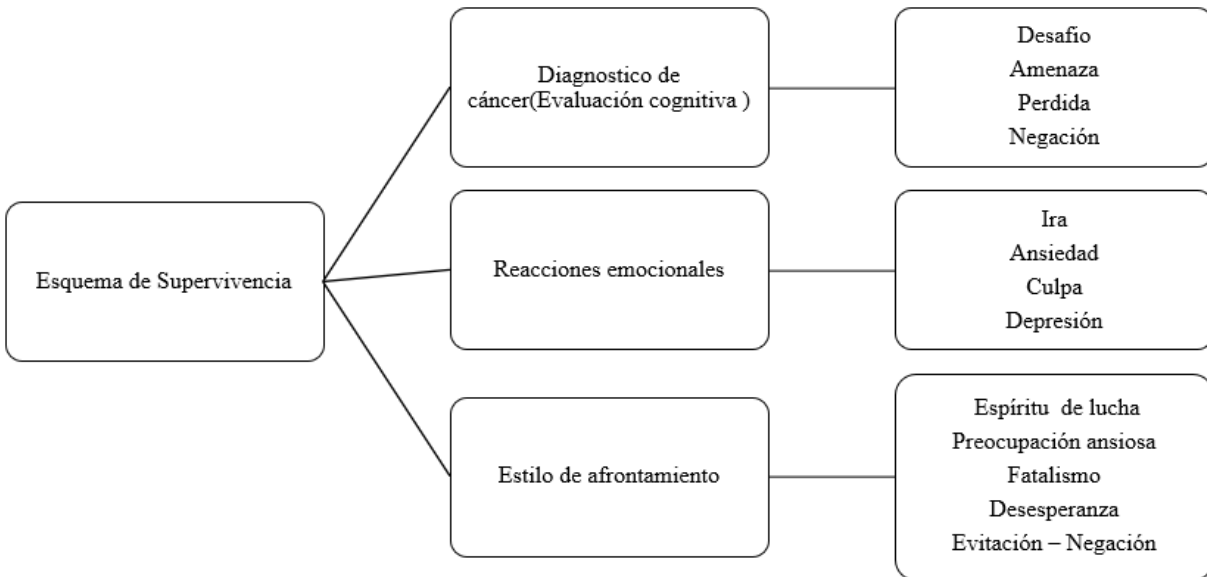
Otro modelo basado en el mismo de Lazarus y Folkman referente al cáncer es el Modelo de Funcionamiento del enfermo ante el cáncer de Lazarus, Moorey y Greer (Como se citó en Lodoño y Salgado, 2015), Se centra en el significado que las personas le dan al cáncer y las estrategias de afrontamiento que adoptan para adaptarse a la enfermedad. También existe la teoría del condicionamiento psicológico, que proporciona una evaluación cognitiva que hace que el diagnóstico de cáncer del paciente sea personalmente significativo. Por tanto, puede evaluar la situación como un desafío con la superación de recursos, una amenaza que la supera, o como una pérdida, daño o no amenaza.

Greer y Moorey (Como se citó en Lodoño y Salgado, 2015), estudiaron las diferentes respuestas de los pacientes al diagnóstico de cáncer y analizaron las respuestas emocionales, la adaptación y las estrategias de afrontamiento. A partir de esto, crearon un plan llamado supervivencia, que se originó a partir de la relación entre el conocimiento diagnóstico y los estilos

cognitivos, las respuestas emocionales y las estrategias de afrontamiento. Tiene 3 elementos en función, a saber, evaluación cognitiva, estilo de afrontamiento y respuesta emocional. (**Figura 2**).

Figura 2

Esquema de supervivencia de los pacientes con cáncer de Moorey y Greer



Nota. Fuente: Londoño, Y. y Salgado, L. (2015). *Evaluación de estrategias de afrontamiento del paciente oncológico* (pregrado). Universidad de Córdoba, Montería, Córdoba.

Moorey (donde se citó en Londoño y Salgado, 2015), define la evaluación cognitiva como "la evaluación del sujeto sobre el diagnóstico, pronóstico y grado de control de la enfermedad". Es algo parecido a lo que realizaron Lazarus y Folkman. Consideraron la importancia personal del cáncer para los sujetos, porque es más influyente en la adaptación a la enfermedad.

Según su evaluación de la situación y la evaluación de los controles que puede realizar, podrá responder con estrategias de afrontamiento. Estas estrategias son lo que Moorey piensa sobre los estilos de afrontamiento en su teoría. Las emociones dependerán de cómo las personas perciban la enfermedad y cómo controlen la enfermedad, por lo tanto, esta es una respuesta positiva a la percepción de la enfermedad, se verá como un desafío y una sensación de control sobre la

enfermedad. Por otro lado, cuando la enfermedad se considera una pérdida y no se puede controlar, aparecerá como una respuesta fatal. Este esquema relaciona estos aspectos dando como resultado 5 esquemas o ajustes. (*Tabla 1*).

Tabla 1

Esquema de Supervivencia Moorey y Greer

Esquemas o Ajustes ➔	Espíritu de lucha	Evitación / Negación	Fatalismo /aceptación Estoica	Desamparo / Desesperanza	Preocupación ansiosa
Diagnostico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronostico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de Información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de Seguridad
Reacciones Emocionales	Poca Ansiedad	Poca Ansiedad	Poca Ansiedad	Depresión	ansiedad

Nota. esta tabla muestra Evaluación De Estrategias De Afrontamiento Del Paciente Oncológico, Fuente: Londoño, Y. y Salgado, L. (2015). Evaluación de estrategias de afrontamiento del paciente oncológico (pregrado). Universidad de Córdoba, Montería, Córdoba.

Modelos De Imagen Corporal

Cash (2011) describe su modelo cognitivo conductual enfocado a la imagen corporal con base de intervenciones de tratamiento con apoyo empírico específicamente para las alteraciones de la imagen corporal en la población en general y con pacientes con trastornos alimentarios, puede ser aplicable de manera fácil para comprender el desarrollo y experiencia de una relación positiva entre el individuo y su cuerpo.

En este modelo primeramente se debe de identificar los factores históricos de los proximales que dan forma al desarrollo y funcionamiento de la imagen corporal (**Figura 3**). Los factores históricos se refieren a eventos pasados, atributos y experiencias que predisponen o influyen en la forma en que las personas piensan, sienten y actúan en relación con su cuerpo. Entre estos factores destacan las variables de socialización cultural, interpersonal y de personalidad. A través de varios tipos de aprendizaje cognitivo y social, los factores históricos inculcan actitudes fundamentales de la imagen corporal, incluidas las evaluaciones disposicionales de la imagen corporal y los grados de inversión en la imagen corporal, incluidos los esquemas básicos de uno mismo frente a la apariencia física de uno. La evaluación de la imagen corporal se refiere a la satisfacción o insatisfacción de las personas con su cuerpo y sus creencias evaluativas al respecto. La inversión en imagen corporal se refiere a la importancia cognitiva, conductual y emocional del cuerpo para la autoevaluación. En el modelo cognitivo conductual, los factores de la imagen corporal proximal pertenecen a los eventos de la vida actual y consisten en precipitar y mantener las influencias en las emociones de la imagen corporal y las acciones de autorregulación (Cash, 2011).

En 2011, Cash menciona que examinando las variables históricas de desarrollo que predisponen a la adquisición de actitudes de imagen corporal, consideremos cómo funcionan estas actitudes en la vida cotidiana. Como muestra la **Figura 3**, las actitudes de la imagen corporal son construcciones organizativas centrales en la interacción de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren dentro del contexto de eventos ambientales. Como se mencionó anteriormente, dos elementos actitudinales básicos son la inversión y evaluación de la imagen corporal. Como Cash y Szymanski (1995) y los investigadores posteriores han verificado que las evaluaciones de la imagen corporal derivan sustancialmente del grado de discrepancia o

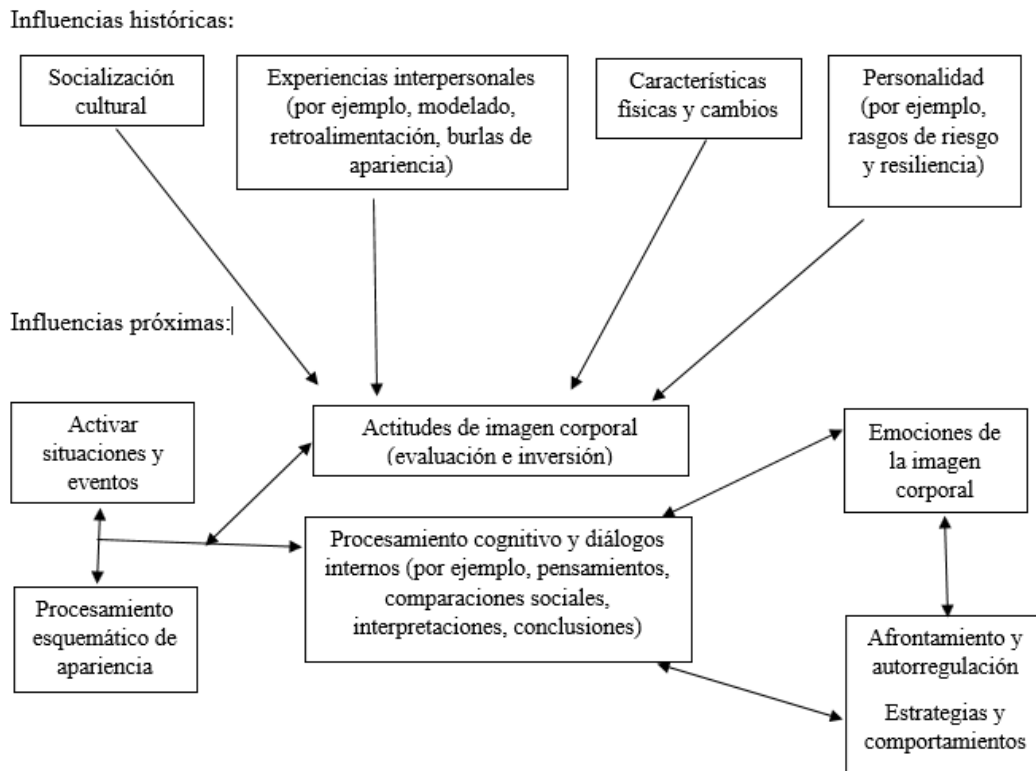
congruencia entre las características físicas autopercebidas y los ideales de apariencia personalmente internalizados y valorados.

Cash (2011), hace referencia a una construcción de imagen corporal actitudinal que refleja la inversión de la imagen corporal implica esquemas propios relacionados con la apariencia. En 1977, Markus (Como se citó en Cash, 2011), definió los esquemas de sí mismos como generalizaciones cognitivas sobre el yo, derivadas de la experiencia pasada, que organizaron y guiaron el procesamiento de la información relacionada con uno mismo contenida en la experiencia social de un individuo. Una persona que es esquemática para una dimensión propia (el cuerpo y la apariencia) procesará la información pertinente a esa dimensión de manera diferente a alguien que no sea esquemático.

En cuestión a los procesos de ajuste y regulación para el manejo o hacer frente a los pensamientos y emociones angustiantes de la imagen corporal, ya sea anticipada o real, las personas participan en una variedad de acciones y reacciones. Estos pueden involucrar estrategias o comportamientos cognitivos bien aprendidos para adaptarse o ajustarse a los eventos ambientales percibidos. Las reacciones de adaptación incluyen conductas de evitación y ocultación del cuerpo, comprobación de la apariencia o rituales de corrección de la apariencia, búsqueda de seguridad social y estrategias compensatorias (Cash, 2011).

Figura 3

Imagen corporal: dimensiones, determinantes y procesos



Nota. Fuente: Cash, T. (2011). cognitive – behavioral perspective on body image. En T. Cash y L. Smolak. (Eds). Body image: A handbook of science, practice, and prevention. (pp. 39 – 46). NY: Guilford Press.

Para Cash (2011) en cuestión a que las actitudes de la imagen corporal se ven dañadas por los cambios que se generan en la apariencia y funcionamiento físico, esto es muy relevante para los pacientes con cáncer, que a causa de la enfermedad y tratamiento sufren grandes cambios corporales. Fingeret en el 2010, considera el cáncer y su tratamiento como un factor proximal que activa las autoevaluaciones de la propia apariencia y el funcionamiento físico del cuerpo.

Existen otros modelos teóricos de la imagen corporal que son en manera más específica para los pacientes con cáncer. Por ejemplo, White (2000), elaboró un modelo cognitivo – conductual basado en el modelo anterior, en el que da importancia a las experiencias de los cambios, ya sean reales o percibidos, en cuanto a la apariencia que, a consecuencia del cáncer y el tratamiento, presentan los pacientes; insistiendo en la subjetividad de la imagen corporal, es decir dando vital importancia a la perspectiva del paciente, independientemente de si los cambios en la apariencia son sensibles a otros. White (2000), dice que se espera que los cambios en la apariencia en los pacientes con cáncer den como resultados reacciones negativas, en especial si el paciente tiene una inversión alta en su apariencia y existe la discrepancia con lo que el paciente considera una apariencia corporal ideal.

Otro autor es Fingeret et al. en el 2014, quien llegó a conceptualizar las preocupaciones por la imagen corporal de los pacientes con cáncer. Su modelo da importancia a las consideraciones del tratamiento para los pacientes con niveles normales o alto en cuanto a las preocupaciones que tienen de su imagen corporal. Se da el ejemplo de los pacientes con preocupaciones leves o moderadas para el ajuste a la imagen corporal que pueden desenvolverse en situaciones sociales a pesar de que se lleguen a sentirse cohibidos. Por otro lado, aquellos pacientes cuando la problemática es grave tienden a evitar tales situaciones sociales casi por completo y quedan aislados del entorno. Este modelo concluye que los pacientes con cáncer llegan a minimizar las dificultades que tienen respecto a la imagen corporal por sentir vergüenza, temor o culpabilidad.

Rhoten, et al. (2013), mencionan que han surgido otros modelos teóricos en cuestión del trastorno específico de la imagen corporal uno se refiere a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello y otro a cáncer de mama. El primero considera el cambio y adaptación frente a los

daños producidos por el tratamiento de cáncer en cabeza y cuello como, por ejemplo: desfiguración y disfunción; Fingeret, et al. (2013), consideran algunas enfermedades y factores específicos relacionados con la reconstrucción por cáncer de mama, añadiendo las complicaciones que pueden influir en la imagen corporal de las pacientes con cáncer.

Elección Fundamentada De Un Modelo Psicológico

El modelo que se eligió para esta investigación es el empleado por Greer y Moorey (Como se citó en Lodoño y Salgado, 2015), ya que incluye las reacciones, emociones, adaptación y estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico de cáncer y un esquema de supervivencia, que demuestra la relación de estos aspectos mediante 5 esquemas o ajustes (espíritu de lucha, evitación/negación, fatalismo/aceptación estoica, desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa). Con base a esto se considerará la relación entre el cambio de imagen corporal y los estilos de afrontamiento que ponen en función los pacientes oncológicos.

Revisión De Los Estudios Previos Relacionados Con El Problema

Imagen Corporal En Pacientes Oncológicos En Distintos Tipos De Tratamiento

Cirugía.

Cualquier mujer con cáncer de mama incluso antes de la cirugía puede tener el riesgo de padecer un trastorno de imagen corporal, pero son las mujeres con mastectomía en general, en especial las jóvenes con las que hay que tener mayor atención detectando lo antes posible el trastorno de imagen corporal y proveer el apoyo psicológico y social para preverlo o manejarlo, facilitando recursos que les permitan hacerle frente. Fadei et al. (2011), mencionan que durante los primeros dos meses después de la mastectomía, la paciente no tiene una imagen completa de lo que le sucedió y hasta 6 meses después de la mastectomía, las pacientes con imagen corporal positiva o negativa, alcanzan un estado psico-espiritual estable.

Un factor importante para la percepción de imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama es el tipo de cirugía; se ha observado que la mastectomía es la que genera peores resultados en la imagen corporal (Viana, 2016).

Un factor de protección que se presenta en las mujeres con cáncer de mama es la capacidad de resiliencia psicológica el cual previene que se desenvuelva una autoestima negativa después de la mastectomía. Es importante destacar que estas pacientes deben recibir ayuda inmediatamente después del procedimiento y cuando son menos capaces para tolerar sus emociones negativas (Izydorczyk et al., 2018).

Con respecto a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, la edad fue el único factor que afecta la imagen corporal, ya que los pacientes jóvenes con menos de 65 años presentan mayores problemas hacia su imagen corporal y estas dificultades según Fingeret et al. (2010), se incrementan significativamente después de la cirugía inicial y se mantuvieron elevadas 1 año después de la cirugía. Otros factores relacionados son las alteraciones del estado de ánimo, es importante cuando se considera una insatisfacción de la apariencia y se llega a presentar la depresión como un predictor fuerte y constante (Fingeret et al., 2015).

Los cambios funcionales interfieren en el funcionamiento diario y actividades sociales de estos pacientes y esto los lleva a la pérdida de sí mismos, así como también a no tener una reconexión con su identidad precancer. En estos pacientes respecto al afrontamiento se caracterizó la evasión social como estrategia de afrontamiento para evitar la humillación, vergüenza por las cicatrices, desfiguración o dificultad del habla (Fingeret et al., 2015).

En los pacientes con cáncer de piel las cicatrices, especialmente en cabeza y cuello, cambian su apariencia física y afectan negativamente el funcionamiento psicosocial. Los profesionales de la salud pueden subestimar la importancia de la apariencia física para estos

pacientes. El gran número de cirugías en estos pacientes dejan muchas cicatrices que alteran su físico y apariencia impactando en el funcionamiento psicosocial. El que los médicos comprendan el impacto psicosocial que provoca en los pacientes la cirugía podría contribuir a mejorar los procesos de consentimiento informado, así como ofrecer un asesoramiento preoperatorio y postoperatorio. En cuanto a los resultados del paciente se pueden optimizar al seleccionar una modalidad de tratamiento que no solo erradique el cáncer de piel sino también considere el impacto en la apariencia física del paciente (Sobanko et al., 2015).

Según Holland (1989) los pacientes con cáncer de recto y colon con colostomía u ostomía permanente perciben problemáticas en el área social, sintiéndose estigmatizados y en el área sexual con disminución de la atracción, provocando depresión, angustia crónica y sentido de la noción social. De igual forma es común otros problemas emocionales como la incomodidad, la privación, ansiedad e incapacidad para funcionar de manera adecuada en situaciones sociales. También se muestra que tienen ciertas dificultades al manejo práctico de la colostomía, ya que estos pacientes no solo tienen que lidiar con la vida que representa el cáncer, sino que también con su integridad corporal (Hollan, 1989).

Los pacientes pueden llegar a colocarse en extremos diferentes en cuanto a la idea de la estoma ya que para algunos se podría marcar como el fin de una enfermedad crónica, pero para otros puede ser visto como pérdida de la salud, convirtiéndolos en inválidos por razones psicológicas. Como se ha mencionado el paciente tiene que adaptarse a la vida con una estoma lo cual implica ciertas problemáticas en lo psíquico, emocional e interpersonal, así que estos pacientes necesitan de apoyo y atención por parte de los terapeutas, enfermeras, cirujanos y cónyuge (Hollan, 1989).

Radioterapia.

Sebastián et al. (2007) y Sebastián (2003) mencionan que la radioterapia llega a repercutir en la libido sexual de las pacientes con cáncer ya que causa sequedad vaginal, y con ello una reducción significativa de su actividad sexual. Así también la radioterapia repercute en la fertilidad.

Los tratamientos de radiación en la población con cáncer de cabeza, cuello y tumores cerebrales; están asociados con pérdida de cabello, insatisfacción de apariencia, complicaciones dermatológicas, adelgazamiento de la piel, púrpura, estrías rojas, y alteraciones en la cicatrización de heridas (Fingeret et al., 2015).

Hernández et al. (2015) menciona que en los pacientes con cáncer de nariz sometidos a radioterapia presentan alteraciones visibles como la pérdida de la nariz, cicatrices faciales, alopecia, palidez, alteraciones cutáneas y cambios de peso que no pueden ocultarse y se manifiestan claramente ante los demás. Krouse et al. (2015), también afirma que presentan mayores dificultades en la adaptación psicosocial por sus alteraciones funcionales y aislamiento social persistente.

Sistémico.

Cann y Batchelor (Como se citó en Borrás y Serrano, 2016), mencionan que en el tratamiento sistémico está relacionado con el aumento de peso, por esta razón para las pacientes con cáncer de mama es muy importante su peso y con ello el aumento de la ingesta calórica y los cambios en la actividad física. También los agentes químicos utilizados en esta terapia causan la caída del cabello, asociada con la pérdida de la sexualidad, el atractivo, la individualidad y la muerte. Por estas consecuencias las pacientes tienen alto riesgo de sufrir alteraciones en su imagen corporal.

De acuerdo con Avis et al. (2004) y Hunter et al. (2004), las pacientes pueden presentar un estado biológico de menopausia especialmente si están cerca de la edad de tenerla de forma natural, esto puede generar una sensación de pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal.

En las pacientes con cáncer ginecológico White (2000) y Caldwell- Sacerdoti et al. (2010), mencionan que por lo general se presenta pérdida de cabello, infertilidad, menopausia prematura y aumento de peso.

En estudios de Harrington et al. (2009) y Held et al. (1994), los pacientes con cáncer de próstata se ven afectados por efectos secundarios como: pérdida de la masa muscular, aumento de peso, disminución del colesterol de lípidos de alta densidad, aumento de la sensibilidad y volumen de los senos, sofocos, disminución de la función cognitiva, fatiga y depresión, además se pueden agregar disminución de la libido sexual, una pérdida de la longitud del pene o del volumen y pérdida de la masa testicular, estos cambios inducidos por el tratamiento tanto en el cuerpo como en el funcionamiento sexual pueden generar alteraciones significativas en la imagen corporal.

Cabe destacar que en las pacientes con cáncer de mama el tratamiento en general y la misma enfermedad en las jóvenes puede llegar a hacer más agresivo. También la problemática de la imagen corporal es importante en las sobrevivientes de este tipo de cáncer ya que presentan de igual manera las preocupaciones anteriormente descritas (Viana, 2016; Paterson et al., 2016). Otros factores que influyen en la imagen corporal son las modalidades de tratamiento, factores sociales, provisión de intervenciones apropiadas, la falta de respuestas sobre la enfermedad y problemas físicos y psicológicos relacionados (Rezaei et al., 2016).

Otras problemáticas que se presentan según Dalton et al. (2009), Decker et al. (2012), en

las mujeres con cáncer de mama es la vivencia en silencio, la autoconciencia e insatisfacción con su imagen corporal, ya que ante la magnitud de la enfermedad oncológica que padecen, llegan a creer que no son de gran importancia las preocupaciones sobre su imagen, apariencia física, alteraciones en su funcionamiento sexual o sus malestares psicológicos por ello no las reportan a sus médicos.

Es muy importante el seguimiento psicológico de estas pacientes, ya que, si no cuentan con los recursos protectores a nivel de madurez, creencias o apoyo familiar, se deberían incluir en un programa psicológico para el mejoramiento de su imagen corporal (Viana, 2016).

Barsotti y Meloni (2011), Juárez y Landero (2012), y Paiva et al. (2013), describen que las mujeres con cáncer de mama con un afrontamiento optimista tienen mejor satisfacción con su imagen corporal y una mejor adaptación psicológica a la enfermedad, también mayor índice de sobrevivencia y calidad de vida. La religiosidad es una estrategia de afrontamiento que en las pacientes con cáncer de mama disminuye los síntomas aversivos derivados de los tratamientos, sobre todo al enterarse de su diagnóstico y durante la quimioterapia y se presenta una relación positiva con la funcionalidad física.

Existen intervenciones que han mejorado la imagen corporal en mujeres con cáncer de seno en las distintas etapas del tratamiento, ya sea en evaluación posterior a la intervención o en el seguimiento. Las efectivas consistieron en enfoques basados en la actividad física, psicoeducativos y psicoterapéuticos, e intervenciones a grupos en múltiples sesiones. Se recomienda que las intervenciones sean conducidas por profesionales de la salud. Para avanzar en este campo es deseable que las intervenciones vayan más allá del enfoque biomédico, es decir, centrado en la enfermedad y el tratamiento, a un abordaje biopsicosocial dirigido a influencias

psicosociales modificables más amplias sobre la imagen corporal (Lewis-Smith et al., 2018; Izydorczyk et al., 2018).

La valoración del trastorno de imagen corporal es muy difícil ya que está influenciada por una multitud de variables como son las sociodemográficas, perceptuales, cognitivas, afectivas, conductuales y apoyo familiar, muchas son subjetivas y no se ha encontrado una escala que este lo suficientemente consensuada y validada en diferentes muestras, culturas, etc. Es necesario la confección de un instrumento estándar, validado y fiable para esta problemática en específico (Viana, 2016).

Por otro lado, en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello existe una relación de la imagen corporal con la edad, los síntomas depresivos y el grado o tipo y localización del tumor. Los pacientes que presentan un tumor cerebral primario debido a las secuelas tumorales y los efectos del tratamiento tienen un impacto significativo en la calidad de vida (Manier et al., 2018). En estos pacientes el trastorno depresivo mayor afecta hasta el 20% en los primeros 8 meses después de su diagnóstico. Estos síntomas se han asociado con el deterioro de la función física, calidad de vida reducida, complicaciones médicas, disminución o pérdida de la productividad laboral y mortalidad más elevada. Los factores que especifican al tumor como el grado o el estadio se relacionan con la insatisfacción de la imagen corporal; los tumores con grado o estadio alto provocan mayor preocupación en la apariencia y/o funcionamiento corporal. Además de las características del tumor, se menciona que la anticipación de la imagen corporal alterada antes del tratamiento y abordaje multimodal se asocia con más alteraciones de la imagen corporal.

La imagen corporal alterada en estos pacientes dificulta la asimilación de los cambios relacionados con los procedimientos oncológicos. El resultado de algunos tratamientos se ha asociado con una perspectiva negativa de la imagen corporal de los pacientes y sus efectos pueden

tener un impacto significativo, por eso se menciona que las intervenciones psicosociales para estos pacientes son de vital importancia, y muchas veces, representa una necesidad insatisfecha (Fingeret et al., 2015; Manier et al., 2018).

En cuanto las mujeres sobrevivientes de cáncer hematológico, los cambios en la imagen corporal son más reportados en comparación con los hombres de esta población. Las mujeres mostraron más temor al aumento de peso y preocupaciones relacionadas con su apariencia física que los hombres. Estos resultados confirman lo que autores anteriores destacan que las mujeres se definen como el grupo con mayores problemas con respecto a la imagen corporal a comparación de los hombres. En estos pacientes se confirma alteraciones en la calidad de vida, fatiga y depresión. En el caso de pacientes sobrevivientes adolescentes y adultos jóvenes, aunque tienen valores elevados de malestar con la imagen corporal, también se observa que la despersonalización, evitación y el autocontrol compulsivo se presenta menos (Zucchetti et al., 2017).

Diferencias Urbano - Rural En Enfermedades Crónicas

Ante la presencia de una enfermedad crónica es importante valorar que además de los factores directamente relacionados con el impacto físico y sus tratamientos ocasionan también deterioro en los aspectos de la conducta, cognoscitivos y emocionales que están condicionados por elementos culturales, estrategias sociales y acceso a la atención médica en diferentes zonas geográficas. Es necesario comprometer al psicólogo de la salud a observar más allá de las barreras geográficas y determinar cómo es la conducta ante las enfermedades crónicas, así como la adhesión al tratamiento, están determinadas por las técnicas de manejo, el conocimiento de la enfermedad, las condiciones socioculturales y el acceso a los servicios de salud. (Cohen et al., 2017).

En cuanto la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil son mayores en la zona rural que, en la zona urbana en la población de 6 a 14 años, estimado a través del IMC y el porcentaje graso. La obesidad en adultos mayores de 65 años (Cohen et al., 2017) existe mayor prevalencia en la zona rural y una asociación entre la obesidad con el grado de ruralidad, el estado socioeconómico y la geografía. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares en infantes existe una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños del área urbana. (Pérez et al., 2018; Briceño et al., 2018)

De igual manera Wang, et al. (2015), mencionan diferencias rural-urbanas en la prevalencia de enfermedades crónicas, en la población de 18 a 79 años, mostrando mayor prevalencia en la zona rural de enfermedades como: hipertensión, cardiopatía isquémica crónica, enfermedad cerebrovascular, lumbalgia crónica dolor, artritis, gastroenteritis crónica, úlcera péptica, colecistitis crónica, cálculos biliares y enfermedades respiratorias. La baja educación, los bajos ingresos y el tabaquismo aumentaron el riesgo de enfermedades crónicas en zonas rurales. La reducción de las diferencias rural-urbana en enfermedades crónicas presenta un formidable

desafío de salud pública. La solución requiere centrar la atención en los problemas de las zonas rurales, como la pobreza, la falta de conocimiento sobre enfermedades crónicas y la desigualdad en acceso a la atención primaria.

Existen también diferencias en cuanto a la calidad de vida y afrontamiento de pacientes enfermos crónicos dentro de la zona rural y urbana, en cuanto al afrontamiento se distinguen los factores familiares, económicos y sociales en relación con la calidad de vida, mostrando que en las dos zonas es indispensable contar con apoyo familiar y social, se reporta que en la zona rural se favorece la compañía de amigos y la distribución del tiempo para realizar actividades cotidianas, en tanto que para las personas, en la zona urbana el tiempo y largas distancias llegan a ser una limitante para realizar sus actividades y vida social. Así mismo, en el área urbana la falta de tiempo limita la práctica de actividad física que promueva la salud (Rincón y Villalobos, 2019).

Diferencias Urbano – Rural en Cáncer

McLafferty (2019) menciona que lo rural y lo urbano son categorías complejas y heterogéneas, difíciles de definir y que el cambio con el tiempo complica nuestra comprensión de las disparidades en cuanto al cáncer de seno. La complejidad, la heterogeneidad, el dinamismo de los lugares y las poblaciones urbanas y rurales dan lugar a resultados desiguales y variables del cáncer de mama. Las diferentes experiencias de las personas en lugares urbanos y rurales influyen fuertemente en los riesgos y exposiciones, al mismo tiempo que afectan el acceso a las instalaciones de diagnóstico y tratamiento. Las disparidades en los resultados del cáncer de mama entre las poblaciones rurales y urbanas son de gran interés pues se han reportado procesos ambientales, sociales y tecnológicos que afectan de manera desigual.

Zhang et al. (2018) menciona que las pacientes rurales presentan una histología tumoral más agresiva, mayor tamaño de tumor y más ganglios linfáticos metastásicos a comparación de las pacientes de la zona urbana. También existe diferencia en las posibilidades de obtener quimioterapia, abordaje quirúrgico y falta de un diagnóstico precoz. Otro ejemplo es que los pacientes con cáncer de colon, se destacó que los pacientes con residencia rural se asociaron con más tiempo sin tener un diagnóstico a diferencia de las pacientes con cáncer de mama. (Bergin et al., 2018).

En cuanto al cáncer endometrial Zahnd et al. (2018), describen que pacientes en la zona rural tienen menos probabilidades de extirparse los ganglios linfáticos, menores probabilidades de un examen de ganglios linfático, que los pacientes urbanos y también presentan una supervivencia más pobre. De igual forma describen diferencias en cánceres asociados al tabaco, al Virus del Papiloma Humano, pulmón y bronquio, cervical y colorrectal teniendo tasas más altas en las poblaciones rurales que en las urbanas.

Para los sobrevivientes de cáncer hematológico el pobre acceso a servicios contra el cáncer en las zonas rurales, tienen como resultado necesidades insatisfechas (información, inquietudes financieras, acceso y continuidad de la atención, relaciones y salud emocional) en comparación con los sobrevivientes urbanos. Para los pacientes rurales viajar durante más de 1 hora al tratamiento se asoció con un aumento de las preocupaciones financieras y dificultades en la continuidad de la atención. La depresión, la ansiedad y el estrés se asociaron con un aumento en las puntuaciones de necesidades insatisfechas (Tzelepis et al.,2018).

En cuanto al afrontamiento Trigos (2012) menciona en su estudio con pacientes oncológicos, los pacientes residentes de Limas (urbano) presentan mayores puntajes en el afrontamiento de espíritu de lucha y un menor puntaje en desamparo o desesperanza a diferencia de los pacientes rurales.

De igual forma Rodríguez (2016) menciona que se hallaron diferencias significativas en el uso de la estrategia de aceptación y de manera marginal en reinterpretación positiva y crecimiento, observando que los pacientes con cáncer de mama de Lima (urbano) reconocen y aceptan con mayor disposición la enfermedad, y tienen mayor capacidad para reinterpretar de manera positiva la situación estresante en comparación con las pacientes procedentes de provincia (rural). Coincidiendo de algún modo con lo mencionado por Trigos (2012).

Un estudio realizado por Núñez en el 2018 donde se estudió la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento y las características medico quirúrgicas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, concluyo que no se muestra relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento, de igual manera estas dos variables no muestran diferencias significativas según la intervención quirúrgica, el tiempo del diagnóstico y el estadio de la enfermedad.

Para la revisión se consultó la base de datos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (EBSCO, Elsevier B.V. y Wiley), Springer Link, Pub Med, Wolters Kluwer y Oxford Academic. Utilizando las palabras claves: imagen corporal, cáncer, afrontamiento, pacientes oncológicos, diferencias, urbano, rural, enfermedades crónicas y tratamientos oncológicos. Tomando en cuenta los siguientes criterios: 1) con un intervalo de publicación (2015 – 2021), 2) idioma de la publicación en inglés y español, 3) inclusión de palabras clave en el título y en el resumen.

Metodología de la investigación

Diseño Del Estudio

En este estudio se manejó el enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, con alcance correlacional puesto que la recolección de los datos se realizó en un periodo establecido en el tiempo y basándose en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, evaluando la relación entre las variables. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratados con cirugía, pertenecientes a las zonas urbana y rural (Hernández et al. 2013).

Muestra/ Participantes Del Estudio

Las muestras fueron no probabilísticas, la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador como lo menciona Hernández et al. (2013). La muestra fue por conveniencia, que de acuerdo con Hernández et al. (2013) están formadas por los casos disponibles a los cuales se tendrá acceso, tomando en cuenta que se seleccionó a pacientes diagnosticados con cáncer gastrointestinal, tratados con cirugía (desde el postoperatorio hasta 24 meses después), con un rango de edad de 18 a 60 años (que de acuerdo con la OMS 2019, como se citó en Peña, 2019 se encuentran en la etapa adulto joven y adulto maduro dentro del ciclo de vida), habitantes de la zonas rural y urbana y que hayan leído y firmado el consentimiento de participación voluntaria (APENDICE A). Se explicó claramente el propósito de la investigación. La recolección de datos se realizó mediante dos instrumentos, la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC-M) sobre afrontamiento (APENDIE C) y la Escala de imagen corporal (S-BIS) enfocada a la imagen corporal (APENDICE D), los pacientes tuvieron la opción de retirar su participación de la investigación en cualquier momento sin que ello afectara su atención médica.

Criterios De Inclusión

- Habitante de la zona rural y urbana
- No migrantes
- Pacientes (masculino o femenino) diagnosticados con cáncer gastrointestinal
- Con tratamiento (cirugía) que afecte su imagen corporal (desde el postoperatorio hasta 24 meses después)
- Participación voluntaria
- Firmado el consentimiento informado.
- Entre la edad de 18 y 60 años

Criterios De Exclusión

- Migrantes
- Paciente sin diagnóstico de cáncer gastrointestinal
- Sin ningún tratamiento que afecte su imagen corporal de función vital (con un tiempo máximo de 24 meses)
- Fuera del rango de edad (18 – 60 años)

Materiales E Instrumentos

- Cedula sociodemográfica (APENDICE B).
- Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC-M) (APENDICE C): es la escala derivada del Mental Adjustment to Cancer (Osborne et al., 1999). Vázquez en el 2019 adapto esta escala a la población mexicana, tiene las propiedades psicométricas adecuadas para pacientes oncológicos de la población mexicana, mostrando un $\alpha=0,81$. Cuenta con 22 ítems que son de tipo Likert donde las opciones de respuesta son: definitivamente no se aplica a mí, no se aplica a mí, se aplica a mí y definitivamente se aplica a mí. Cuenta con una estructura

de cinco factores: espíritu de lucha, preocupación ansiosa, desamparo/desesperanza, actitud positiva y evitación cognitiva (Vázquez, 2019). El factor de lucha con 6 ítems y un $\alpha=0,80$, concuerda con las alfas reportadas de la versión original y en las diferentes validaciones. El factor de preocupación ansiosa con 5 ítems y obtuvo un $\alpha=0,71$ que identifican entre las alfas reportadas en la versión original. El factor desamparo / desesperanza con 5 ítems y un $\alpha=0,70$ que es menor en comparación con otros estudios (Vázquez, 2019). El factor actitud positiva con 3 ítems, no ha sido contemplado en la versión original, pero se ha identificado en otros estudios. El factor evitación cognitiva con 3 ítems, representa el factor con la menor consistencia interna, este componente se ha identificado en otros estudios con alfas de 0,65 a 0,82 (Vázquez, 2019). La ausencia del factor fatalismo identificado en la versión original y en otros estudios, puede explicarse por posibles características culturales de la muestra mexicana como el uso de la fe, esperanza y espiritualidad como estrategia para afrontar eventos estresantes, así como el hecho de que algunos ítems se integraron a los factores desesperanza y preocupación ansiosa. Mediante el análisis factorial se identificaron cinco factores que explican el 53,32% de la varianza, con 22 reactivos. La consistencia interna de la escala global fue satisfactoria (0,81). La validez concurrente mostró asociaciones significativas (Pearson $r = - 0,120 - 0,586$, $p < 0,05$). La Escala de Afrontamiento del Cáncer derivada del Mental Adjustment to Cancer tiene propiedades psicométricas adecuadas. Es una herramienta útil para fines de investigación y atención en salud mental durante el tratamiento oncológico (Vázquez, 2019). Este instrumento ha sido validado en cáncer de mama, cabeza y cuello, urológico, gástrico, ginecológico y neumología (Vázquez, 2019).

- Escala de imagen corporal (S-BIS) (APENDICE D): es la escala en español con población española del Body Scale Inventory de Hopwood et. al, (2001). Tiene 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta “en absoluto”, “un poco”, “bastante” y “mucho”. Los ítems se encuentran agrupados en 3 dimensiones (afectiva, conductual y emocional). Para la interpretación los Valores son de 0 a 30. A mayor puntuación, mayor alteración con la imagen corporal. Cuenta con un coeficiente α de Cronbach es de 0.960 (Gómez et al., 2015). Este instrumento ha sido validado para pacientes con cáncer de mama y ginecológico, con un análisis factorial que dio como resultado una solución de un solo factor, tanto en la muestra total como en los dos subgrupos, lo que representa una varianza > 76%. La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,960. La versión española de la Escala de Imagen Corporal se correlacionó negativamente con la autoestima ($r = -0,733$), la calidad de vida ($r = -0,632$) y la edad ($r = -0,643$) y positivamente con la depresión ($r = 0,832$) y la ansiedad ($r = 0,564$); todos los valores de $p < 0,01$. Se muestra una estructura factorial estable entre muestras con una solución de un solo factor y buenas propiedades psicométricas, lo que sugiere que es una herramienta adecuada para medir las preocupaciones sobre la imagen corporal entre los pacientes con cáncer de habla hispana. Su brevedad y comprensibilidad permiten una rápida evaluación tanto en entornos clínicos como de investigación (Gómez et al., 2015).

Debido a cuestiones de la pandemia por covid -19 se aplicó los instrumentos por Google forms (vía web) ya que ha auxiliado tanto al investigador como a los participantes en el acceso y aplicación de estos. Martínez et al. (2017), realizaron un estudio para demostrar si los instrumentos vía web y en papel pueden considerarse equivalentes, concluyeron que las estructuras factoriales permanecieron invariantes en los grupos basados en Internet y en papel, por lo tanto,

ambos métodos de recopilación de datos pueden considerarse equivalentes, con la misma estructura factorial, cargas de factores, errores de medición de factores y fiabilidad.

Procedimiento

El primer paso fue realizar la adaptación de la Escala de imagen corporal (S-BIS) (APENDICE D) para población mexicana, posteriormente se hizo la revisión de expertos. Se solicitó vía oficio el apoyo, acceso y los permisos necesarios en el Centro Oncológico de Cd. Victoria, Tamaulipas, una vez obtenido esto se realizó el pilotaje de los instrumentos tanto de la cedula sociodemográfica, Escala de imagen corporal (S-BIS) (APENDICE D) y la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC-M) (APENDICE C) Se planteó obtener la muestra con los pacientes que asisten al Centro Oncológico de Cd. Victoria, Tamaulipas, posterior se empezó con la recolección de datos en Hospital Civil, Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata y Hospital Regional De Alta Especialidad de Cd. Victoria, Tamaulipas, en la Fundación Teresa de Jesús de CDMX y en el Centro Universitario Contra el Cáncer de la Universidad Autónoma de Nuevo León en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Se realizó la selección por conveniencia y con apego a los criterios de inclusión y exclusión; se explicó a las personas seleccionadas, el procedimiento y los alcances de la investigación. Se proporcionó el consentimiento informado (APENDICE A) para su firma (no se aplicó los instrumentos si no está firmado el consentimiento de acuerdo a los derechos señalados en el Código Ético del Psicólogo, 2010). Una vez que los participantes aceptaron y firmaron el consentimiento informado se procedió a la aplicación de los instrumentos. Finalmente, los datos fueron vaciados y analizados estadísticamente para la obtención de los resultados en el programa Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (versión 26).

Análisis De Datos

Mediante el software Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (versión 26), se realizaron pruebas de normalidad de los datos, si éstos presentaban las propiedades de una curva normal tanto en la población rural y urbana. Se utilizarían las pruebas paramétricas (t de Student); pero en este caso no se cumplió con los requisitos de normalidad y se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney con el objetivo de comparar los estilos de afrontamiento e imagen corporal en pacientes con cáncer gastrointestinal tratados con cirugía entre la zona rural y urbana, esta prueba se aplicó de la misma manera con el objetivo de observar si existen diferencias entre el afrontamiento e imagen corporal en función a la variable médica del tiempo transcurrido después de la cirugía. Para observar las otras posibles diferencias en la Imagen Corporal y Afrontamiento en función de variables médicas de intervención quirúrgica y el estadio del cáncer se utilizó la prueba Kruskal-Wallis.

El valor de Alfa (α) es de 0.5 para el rechazo de la hipótesis nula.

Cuestiones Éticas

La investigación se basó en el Código Ético del Psicólogo (2010), dando importancia a los aspectos relevantes que intervienen en el proceso de investigación, tomando en cuenta el artículo 5 que hace referencia a no hacer declaraciones públicas que sean falsas, engañosas, que se presenten a malos entendidos o fraudulentas; los artículos 12, 76 y 81 que señala, se deben tomar las medidas razonables para evitar dañar y cumplir con los compromisos que hubiese contraído con los participantes de la investigación y abstenerse de establecer relaciones múltiples no profesionales con estos; los artículos 47, 48, 49 que hacen referencia a realizar el trabajo de la investigación con calidad; los artículos 55, 56, 58, 59 y 60 sobre la adecuada comunicación de resultados; los artículo 61 y 67 sobre la confidencialidad de los resultados; el artículo 68 sobre la

confidencialidad de los participantes u organizaciones, de modo que otros no las puedan identificar y que las discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos; los artículos 118, 121 122 y 126 sobre la realización de un consentimiento informado para los participantes e instituciones a las cuales se tendrá acceso y obtener permiso de los participantes de la investigación para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas y por último en el artículo 139 que hace referencia sobre la confidencialidad con el paciente. De requerirlo, se someterá el presente protocolo a revisión por los comités de ética de cada institución participante.

La Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (AMM) Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (2013) resalta que el proyecto y el método del estudio en seres humanos debe describirse de manera clara y ser justificado en un protocolo de investigación. Tomando en cuenta las consideraciones éticas y principios en esta declaración. Incluyendo datos sobre el financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés. Este protocolo debe enviarse, para consideración, comentario y aprobación del comité de ética de investigación pertinente antes de realizar el estudio. Se tomarán las precauciones necesarias para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y confiabilidad de la información. Los participantes deben ser capaces de dar su consentimiento informado y por voluntad propia, si no se puede realizar por escrito se documentará y quedará atestiguado formalmente. Se les brindará información acerca de los resultados generales del estudio, si así lo desean los participantes.

En el Informe Belmont, de la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, de acuerdo con el respeto de las personas, las

personas deben ser tratados como agentes autónomos y en caso de las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. Los sujetos ingresan al estudio de manera voluntaria y con la información necesaria. De acuerdo a los principios de beneficencia y de justicia, se tomará en cuenta el bienestar del participante, no haciendo daño y promoviendo beneficios de manera justa y equitativa.

En la ley general de salud de 1984, última reforma DOF 12-07-2018 se debe tomar en consideración los siguientes artículos: el art. 96 mencionando que I. La investigación dará a conocer el proceso psicológico en los seres humanos, así como también IV. Conocer y controlar los efectos nocivos del ambiente de salud. El art. 97 La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará el desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. El art. 98 las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos. El Art. 100 la investigación debe realizarse dentro de las siguientes bases: III. Se realizará la investigación cuando exista una razonable seguridad de que no habrá riesgos o daños innecesarios a los sujetos en experimentación y IV. Se contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación.

De acuerdo con ley general de salud en materia de investigación para la salud (2014) es importante tomar en cuenta el art. 17 que menciona que se toma como riesgo la posibilidad de que el sujeto sufra un daño, ya sea inmediata o tardía a consecuencia del estudio. En este caso se clasificará como: I. Investigación sin riesgo: Es un estudio que realizará técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención

o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Recursos financieros y factibilidad

Para este estudio se requirió de los siguientes recursos: equipo (laptop), Servicios de información y obtención de documentos, trabajo de campo e impresión o fotocopia de papelería, para los cuales es financiado por la beca CONACYT.

Pilotaje

Se realizó una consulta de expertos para la adaptación de la Escala de imagen corporal (S-BIS), estuvo integrada por 5 psicólogos con experiencia en la atención de pacientes oncológicos quienes concluyeron que la escala tenía una buena redacción, por lo cual no se realizó ninguna modificación.

Se solicitó vía oficio el apoyo al Centro Oncológico de Cd. Victoria Tamaulipas, para el acceso y los permisos necesarios. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Dr. Francisco García representante de investigación de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas. La Dra. Luz Elena (representante del departamento de oncología médica) autorizo el acceso a la lista de asistencia diaria de pacientes en el Centro Oncológico de Cd. Victoria Tamaulipas.

El procedimiento que se realizó en el pilotaje fue nombrar al paciente en la sala de espera, donde se le realizaban preguntas sobre sus datos sociodemográficos, diagnóstico y tipo de tratamiento que adquiere. Este pilotaje se les realizo a dos pacientes: el P1 con una edad de 40 años, sustrato económico medio, proveniente de la zona urbana, diagnosticado con cáncer de recto,

desconoció el estadio del cáncer en la que se encontraba, contaba con una colostomía que fue realizada hace 9 meses y el P2 con 69 años con un estrato económico bajo, proveniente de la zona urbana, diagnosticado con cáncer de colon, de igual manera desconoció el estadio del cáncer en el que se encontraba, contaba con una colostomía que se le realizó hace 2 meses. Este pilotaje se realizó por el motivo de que los pacientes llegaran a entender y contestar de una manera adecuada los instrumentos que se les aplicaron, tanto la Escala de Afrontamiento del cáncer (MAC-M) (Vázquez, 2019), la Escala de imagen corporal (S-BIS) (Gómez et al., 2015) y añadiendo la cedula sociodemográfica, también se realizó con el propósito de tomar en cuenta el tiempo en que se tardaban en realizar los instrumentos en conjunto.

Posterior se le explicó el consentimiento informado, los instrumentos que se le aplicaría y la manera en cómo debía de contestarlos. Cuando el paciente entendía y leía el consentimiento informado se pasó a la firma y a contestar los instrumentos. Al término se les entregó una copia del consentimiento.

En la cedula sociodemográfica los pacientes no llegaron a comprender la redacción, en especial el apartado del estrato económico, el tipo de tratamiento y el tiempo que lleva con este. En cuanto a la Escala de imagen corporal (S-BIS) y la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC-M) no se ha presentado ninguna complicación en la comprensión de las preguntas. Tomando en cuenta el tiempo de las dos encuestas junto con la cedula sociodemográfica tardaron en contestar máximo unos 15 min.

Se llega a la conclusión de cambiar la redacción y agregar información a la cedula sociodemográfica para que sea más entendible y en cuestión del tiempo se podría alargar por el motivo de que los participantes responden las encuestas en la sala de espera y pueden tener

ciertas distracciones. En la siguiente tabla se muestran las características de los pacientes participantes en la prueba piloto (**Tabla2**).

Cabe destacar que el pilotaje se realizó de manera presencial y la muestra del estudio se realizó mediante Google forms por cuestiones del aumento en los casos de COVID -19.

Tabla 2

participantes de la prueba piloto

	P1	P2
Edad	40	69
Estrato económico	C-nivel medio emergente y D+ nivel bajo típico (9 y 18 mil pesos mensuales)	D nivel bajo extremo (entre 4, 500 y 9 mil pesos)
Zona	Urbana	Urbana
Diagnostico medico	Cáncer de Recto	Cáncer colon
Etapa	Desconoce	Desconoce
Tratamiento	Cirugía, radioterapia y sistémico	Cirugía
Intervención quirúrgica	Colostomía	Colostomía
Tiempo con el tratamiento	Cirugía – 9 meses Radioterapia – 3 semanas Sistémico – 7 meses	Cirugía – 2 meses

Nota. Las características sociodemográficas se presentan en negritas.

Resultados

La edad de los 30 pacientes participantes diagnosticados con algún cáncer gastrointestinal está en una media de 50.83, una mediana de 53.50 y moda de 60 años. Se observa que el sexo que predomina en los pacientes fue el sexo masculino con un 53.3%. De acuerdo con la zona en donde vive el paciente se obtuvo 15 participantes de la zona urbana y de la zona rural con un 50%. Se puede observar que, de los 30 pacientes, 22 son de estado civil casado (a) con un 73.3%. Los pacientes, en su mayoría tienen un nivel de escolaridad de universidad con un 30.0%. Se observa que 18 permanecen sin empleo lo cual corresponde al 60.0% y el 53.3% tienen un ingreso económico menor a 4 mil pesos. En cuanto a la religión de los pacientes el 73.3% son católicos.

El 66.7% de los pacientes fueron diagnosticados con cáncer de colon, el 46.7% está en la etapa IV. Referente al tipo de tratamiento de acuerdo con la cirugía el 86.7% cuentan con colostomía y respecto al tiempo transcurrido desde la cirugía, predomina los pacientes entre 1-2 años que corresponden al 66.7% (**Tabla 3**).

Para la obtención de los resultados se realizó un procedimiento de emparejamiento tomando en cuenta las variables medicas entre los pacientes de la zona urbana y de la zona rural, para así poder realizar los análisis correspondientes (**Tabla 4**).

Tabla 3

Descripción de la muestra

	f	%		f	%
N	30	100			
Edad	(rango) 22– 60 años	x= 50.83	Religión		
Sexo			Ateo	1	3.3
Masculino	14	46.7	Cristianismo Protestante	3	10.0
Femenino	16	53.3	Católico	22	73.3
Zona			Testigo de Jehová	1	3.3
Rural	15	50.0	Evangelista	3	10.0
Urbano	15	50.0	Diagnostico medico		
Estado civil			Cáncer de estomago	2	6.7
Soltero	5	16.7	Cáncer de colon	20	66.7
Casado	22	73.3	Cáncer de recto	8	26.7
Unión libre	3	10.0	Etapa		
Escolaridad			I	2	6.7
No tiene estudios	2	6.7	II	4	13.3
Primaria	7	23.3	III	10	33.3

Nota. f= frecuencia y % porcentaje. Las características sociodemográficas se presentan en negritas.

Tabla 3
Descripción de la muestra (continuación)

Secundaria	8	26.7	IV	14	46.7
Bachillerato	4	13.3			
Universidad	9	30.0	Intervención quirúrgica		
Empleo					
Sin empleo	18	60.0	Colostomía	26	86.7
Con empleo	4	13.3	Ileostomía	2	6.7
Con empleo ocasional	2	6.7	Gastrectomía/sonda de alimentación	2	6.7
Hogar	3	10.0	Tiempo con el tratamiento		
Pensionado	3	10.0	0 -1 años	10	33.3
			1 -2 años	20	66.7
Estrato económico					
+ \$100 mil	1	3.3			
\$ 45- 50 mil	1	3.3			
\$ 9 – 18 mil	5	16.7			
\$4,500 – 9 mil	5	16.7			
- 4 mil	16	53.3			
Sin ingresos	2	6.7			

Nota. f= frecuencia y % porcentaje. Las características sociodemográficas se presentan en negrita.

Tabla 4

Emparejamiento de la muestra

**URBANO
RURAL**

N.º	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Empleo	Estrato económico	Religión	Diagnostico	Etapa	Tratamiento	Tiempo después de la cirugía
2	59	F	Soltera	Secundaria	Hogar	- \$4mil	Cristiana protestante	Cáncer de colon	IV	Colostomía	1-2
42	59	f	unión libre	primaria	hogar	-4mil	cristianism o protestante	cáncer colon	IV	colostomía	1-2
3	59	F	Soltera	Universidad	Pensionada	\$ 9 y 18 mil	Católica	Cáncer recto	III	colostomía	1-2
25	60	f	casado	universidad	sin empleo	entre 4500 y 9mil	católica	cáncer de recto	III	colostomía	1-2
4	42	F	casada	universidad	Empleo estable	\$ 9 y 18 mil	Evangelista	Cáncer de colon	IV	Colostomía	0-1
40	57	f	casado	no tiene estudios	sin empleo	\$-4mil	evangelista	cáncer de colon	IV	colostomía	0-1

Tabla 4

Emparejamiento de la muestra (continuación)

5	60	M	casado	secundaria	Sin empleo	\$4500y 9 mil	Católico	Cáncer de colon	IV	Colostomía	1-2
9	53	M	Soltero	Primaria	Sin empleo	Sin ingreso	Católico	Cáncer de colon	IV	Colostomía	1-2
7	54	F	casado	universidad	pensionado	\$ 9 y 18 mil	Cristiano protestante	Cáncer recto	IV	colostomía	1-2
30	41	f	casada	universidad	sin empleo	4500 y 9 mil	católica	cáncer de recto	IV	colostomía	1-2
10	60	M	casado	Secundaria	Sin empleo	- \$4mil	Católico	Cáncer de recto	III	colostomía	0-1
41	41	m	casado	universidad	con empleo estable	9 y18 mil	católico	cáncer de recto	III	colostomía	0-1
12	60	M	casado	Universidad	Sin empleo	- \$4mil	ateo	Cáncer de colon	IV	Colostomía	1-2
19	60	M	casado	Primaria	Sin empleo	- \$ 4 mil	Católico	Cáncer colon	IV	colostomía	1-2
17	52	M	casado	Secundaria	Sin empleo	- \$4mil	Católico	Cáncer de colon	III	Colostomía	1-2
6	32	M	Unión libre	Secundaria	Sin empleo	+\$ 100 mil	Católico	Cáncer de colon	III	Colostomía	1-2

Tabla 4
Emparejamiento de la muestra (continuación)

18	56	F	casada	Secundaria	Sin empleo	- \$4mil	Católica	Cáncer de colon	III	ileostomía	0-1
16	22	F	soltera	Universidad	Sin empleo	- \$ 4 mil	Católica	Cáncer de colon	III	Ileostomía	0-1
27	49	M	casad	universidad	hogar	45 y 50 mil	testigo de jehová	cáncer de colon	II	colostomía	1-2
15	43	M	casado	Primaria	Sin empleo	Sin ingreso	Católico	Cáncer de colon	II	Colostomía	1-2
34	55	f	casada	bachillerato	sin empleo	\$-4mil	católica	cáncer de recto	III	colostomía	0-1
14	46	F	casada	Primaria	Sin empleo	- \$4mil	Católica	Cáncer de recto	III	colostomía	0-1
36	48	m	casado	bachillerato	con empleo ocasional	9 y 18 mil	católico	cáncer de colon	II	colostomía	1-2
24	55	m	unión libre	sin estudios	sin empleo	\$-4 mil	evangelista	cáncer de colon	II	colostomía	1-2
37	53	m	casado	bachillerato	sin empleo	4500 y 9 mil	católico	cáncer de estomago	IV	gastrectomía sonda alimenticia	0-1

Tabla 4
Emparejamiento de la muestra (continuación)

35	47	f	casada	secundaria	sin empleo	4500 y 9 mil	católica	cáncer de estomago	IV	gastrectomía sonda alimenticia	0-1
38	55	m	casado	secundaria	con empleo estable	\$-4mil	católico	cáncer de colon	I	colostomía	1-2
23	51	M	casado	primaria	empleo ocasional	\$-4mil	católico	cáncer de colon	I	colostomía	1-2
39	40	f	soltera	bachillerato	con empleo estable	\$-4mil	católica	cáncer de colon	IV	colostomía	1-2
22	56	M	Casado	Primaria	Pensionado	\$-4mil	Católico	Cáncer de colon	IV	colostomía	1-2

Nota. Se utilizo el color verde para identificar a los pacientes que provienen de la zona urbana y el color amarillo para identificar a los pacientes que provienen de la zona rural

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a cirugía entre la zona rural y urbana.

En cuanto a la imagen corporal el rango promedio es del 13.37 en la zona rural y en zona urbana es del 17.63. Lo que significa que los participantes provenientes de la zona urbana identifican mayor problemática con la imagen corporal. En cuanto al afrontamiento en la zona rural es del 13.43 y en la zona urbana es del 17.57. Por lo tanto, los participantes de la zona urbana reportan un mayor uso de los estilos de afrontamiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la comparación de la imagen corporal y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a cirugía entre la zona rural y urbana (80.500 IC/81.500AF).

Tabla 5

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a cirugía entre la zona rural y urbana

Rangos				
	ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAI C33	RURAL	15	13.37	200.50
	URBANO	15	17.63	264.50
	Total	30		
ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE				
SUMAA F33	RURAL	15	13.43	201.50
	URBANO	15	17.57	263.50
	Total	30		

Estadísticos de prueba^a		
	SUMAI C33	SUMA AF33
U de Mann-Whitney	80.500	81.500
W de Wilcoxon	200.500	201.500
Z	-1.334	-1.287
Sig. asintótica(bilateral)	.182	.198
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.187 ^b	.202 ^b
a. Variable de agrupación: ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE		
b. No corregido para empates.		

Nota. No existen diferencias significativas en relación con la zona

Comparación de los 5 estilos de Afrontamiento entre la zona rural y urbana

En cuanto al afrontamiento en la zona urbana se encuentra un mayor rango promedio que en la zona rural en los estilos de afrontamiento “negativos o “pasivos” como la preocupación ansiosa con un rango promedio de 19.47, desamparo/desesperanza con un rango promedio de 18.07 y evitación cognitiva con un rango promedio de 15.63 y en la zona rural es mayor el rango promedio en los estilos de afrontamiento “positivos” o “activos” como el espíritu de lucha con 18.73 y actitud positiva con 15.73. En esta comparación de estilos de afrontamiento se observa que no existen diferencias significativas excepto en el estilo de preocupación ansiosa mostrando que la zona urbana tiende más hacia este estilo.

Tabla 6

Comparación de los 5 estilos de afrontamiento entre la zona rural y urbana

Rangos				
	ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAESPIRITUDE LUCHA	RURAL	15	17.73	266.00
	URBANO	15	13.27	199.00
	Total	30		
	ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAPREOCUPACI ONANSIOSA	RURAL	15	11.53	173.00
	URBANO	15	19.47	292.00
	Total	30		
	ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMADESAMPARO DESESPERANZA	RURAL	15	12.93	194.00
	URBANO	15	18.07	271.00
	Total	30		
	ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAACTITUDPOS ITIVA	RURAL	15	15.73	236.00
	URBANO	15	15.27	229.00
	Total	30		
	ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAEVITACIONC OGNITIVA	RURAL	15	15.37	230.50
	URBANO	15	15.63	234.50
	Total	30		

Estadísticos de prueba^a

	SUMAESPIRITUDELUCHA	SUMAPR EOCUPACIONANSIOSA	SUMADESAMPAR ODESEPERANZA	SUMAAC TITUDPOSITIVA	SUMAEVITACIONCOGNITIVA
U de Mann-Whitney	79.000	53.000	74.000	109.000	110.500
W de Wilcoxon	199.000	173.000	194.000	229.000	230.500
Z	-1.417	-2.482	-1.614	-.152	-.085
Sig. asintótica(bilateral)	.157	.013	.107	.879	.932
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.174 ^b	.013 ^b	.116 ^b	.902 ^b	.935 ^b

a. Variable de agrupación: ZONA DONDE VIVE EL PACIENTE

b. No corregido para empates.

Nota. Si existen diferencias significativas en relación con los estilos de afrontamiento

Comparación en la Imagen Corporal y Afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía.

Se presenta mayor población con un tiempo transcurrido desde la cirugía de 1-2 años. Respecto a la correlación entre la imagen corporal y el tiempo de 0-1 año tiene un rango promedio del 13.70 mientras que en los pacientes de 1-2 años es del 16.40. Por lo tanto, son los pacientes entre 1 -2 años los que presentan mayor problemática en su imagen corporal posterior a la cirugía. En cuanto al afrontamiento los pacientes con 0-1 año tiene un rango promedio de 16.40 y los pacientes con 1-2 años presenta un promedio de 15.05, lo que significa que los pacientes con menor tiempo hacen mayor uso de sus estilos de afrontamiento.

No se encontraron diferencias significativas en la comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía (82.000IC/91.000AF).

Tabla 7

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía

		Rangos		
	TIEMPO CON LA CIRUGIA	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAA	0 - 1 AÑO	10	16.40	164.00
F33	1 - 2 AÑOS	20	15.05	301.00
	Total	30		
SUMAI	0 - 1 AÑO	10	13.70	137.00
C33	1 - 2 AÑOS	20	16.40	328.00
	Total	30		

Estadísticos de prueba^a		
	SUMAA F33	SUMAI C33
U de Mann-Whitney	91.000	82.000
W de Wilcoxon	301.000	137.000
Z	-.396	-.796
Sig. asintótica(bilateral)	.692	.426
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.713 ^b	.448 ^b

a. Variable de agrupación: TIEMPO CON LA CIRUGIA

b. No corregido para empates.

NOTA. No existen diferencias significativas en relación con el tiempo de la cirugía

Comparación de los 5 estilos de Afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía

En cuanto a los 5 estilos de afrontamiento en el tiempo de 0 -1 año desde que se realizó la cirugía se encuentra un mayor rango promedio a comparación de 1 -2 años en los estilos de espíritu de lucha con 19.45, desamparo/desesperanza con 16.5, actitud positiva con 16.35 y evitación cognitiva con 15.70. En el tiempo de 1 -2 años desde que se realizó la cirugía es mayor el rango promedio en el estilo de afrontamiento de preocupación ansiosa con 15.70. En esta comparación

se muestra que no existen diferencias significativas entre los 5 estilos de afrontamiento y el tiempo desde que los pacientes se realizaron la cirugía.

Tabla 8

Comparación de los 5 estilos de afrontamiento en función al tiempo desde que se realizó la cirugía

Rangos				
	TIEMPO CON LA CIRUGIA	N	Rango promedio	Suma de rangos
SUMAESPIRITUDE LUCHA	0 - 1 AÑO	10	19.45	194.50
	1 - 2 AÑOS	20	13.53	270.50
	Total	30		
SUMAPREOCUPAC IONANSIOSA	0 - 1 AÑO	10	15.10	151.00
	1 - 2 AÑOS	20	15.70	314.00
	Total	30		
SUMADESAMPAR ODESESPERANZA	0 - 1 AÑO	10	16.05	160.50
	1 - 2 AÑOS	20	15.23	304.50
	Total	30		
SUMAACTITUDPO SITIVA	0 - 1 AÑO	10	16.35	163.50
	1 - 2 AÑOS	20	15.08	301.50
	Total	30		
SUMAEVITACION COGNITIVA	0 - 1 AÑO	10	15.70	157.00
	1 - 2 AÑOS	20	15.40	308.00
	Total	30		

Estadísticos de prueba^a					
	SUMAESP IRITUDEL UCHA	SUMAPRE OCUPACI ONANSIO SA	SUMADES AMPARO DESEspe RANZA	SUMAAC TITUDPO SITIVA	SUMAEVI TACIONC OGNITIV A
U de Mann-Whitney	60.500	96.000	94.500	91.500	98.000
W de Wilcoxon	270.500	151.000	304.500	301.500	308.000
Z	-1.772	-.177	-.245	-.392	-.090
Sig. asintótica(bilateral)	.076	.860	.807	.695	.928
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.082 ^b	.880 ^b	.812 ^b	.713 ^b	.948 ^b

a. Variable de agrupación: TIEMPO CON LA CIRUGIA

b. No corregido para empates.

NOTA. No existen diferencias significativas en relación con el tiempo de la cirugía

Comparación en la Imagen Corporal y Afrontamiento en función al tipo de tratamiento (cirugía)

Se observa mayor población con una cirugía de colostomía. En cuanto a la correlación de la imagen corporal en función al tipo de cirugía presenta un rango de 15.27 con colostomía, 26.00 con ileostomía y el 8.00 la gastrectomía con sonda de alimentación. Por lo tanto, los pacientes con ileostomía presentan mayor problemática con su imagen corporal. En la correlación del afrontamiento en función al tipo de cirugía se muestra un rango de 14.77 en colostomía, 24.25 en la ileostomía y 16.25 la gastrectomía. Observándose mayor uso de los estilos de afrontamiento en pacientes con ileostomía. No se encontró diferencias significativas en cuanto al tipo de tratamiento.

Tabla 9

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tipo de tratamiento (cirugía)

Rangos			
	TIPO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE	N	Rango promedio
SUMAI C33	COLOSTOMIA	26	15.27
	ILEOSTOMIA	2	26.00
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	8.00
	Total	30	
SUMAA F33	COLOSTOMIA	26	14.77
	ILEOSTOMIA	2	24.25
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	16.25
	Total	30	

Estadísticos de prueba^{a,b}		
	SUMAI C33	SUMAA F33
H de Kruskal-Wallis	4.361	2.173
gl	2	2
Sig. asintótica	.113	.337
a. Prueba de Kruskal Wallis		
b. Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE		

No existen diferencias significativas en relación con el tipo de tratamiento

Comparación de los 5 estilos de Afrontamiento en función al tipo de tratamiento (cirugía)

En los 5 estilos de afrontamiento en función al tipo de cirugía como la ileostomía se encuentra un mayor rango promedio a comparación de la colostomía y la gastrectomía con sonda de alimentación en los estilos de preocupación ansiosa con 23.75 y en desesperanza/desamparo con 22.50. En cuanto a la gastrectomía se muestra un mayor rango promedio en los estilos de espíritu de lucha con 20.00, actitud positiva con 19.25 y evitación cognitiva con 24.25. Acerca de

la colostomía no presento mayor rango promedio en ninguno de los 5 estilos de afrontamiento. En esta comparación se muestra que no existen diferencias significativas entre los 5 estilos de afrontamiento y el tipo de tratamiento que se le realizo al paciente.

Tabla 10

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al tipo de tratamiento (cirugía)

Rangos			
	TIPO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE	N	Rango promedio
SUMAESPIRITUDE LUCHA	COLOSTOMIA	26	15.06
	ILEOSTOMIA	2	16.75
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	20.00
	Total	30	
SUMAPREOCUPACIONANSIOSA	COLOSTOMIA	26	15.04
	ILEOSTOMIA	2	23.75
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	13.25
	Total	30	
SUMADESAMPARODESESPERANZA	COLOSTOMIA	26	15.63
	ILEOSTOMIA	2	22.50
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	6.75
	Total	30	
SUMAACTITUDPOSITIVA	COLOSTOMIA	26	15.29
	ILEOSTOMIA	2	14.50
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	19.25
	Total	30	
SUMAEVITACIONCOGNITIVA	COLOSTOMIA	26	14.79
	ILEOSTOMIA	2	16.00
	GASTRECTOMIA / SONDA DE ALIMENTACION	2	24.25
	Total	30	

Estadísticos de prueba^{a,b}					
	SUMAESP IRITUDEL UCHA	SUMAPRE OCUPACI ONANSIO SA	SUMADE SAMPAR ODESESP ERANZA	SUMAAC TITUDPO SITIVA	SUMAEVI TACIONC OGNITIV A
H de Kruskal- Wallis	.654	1.981	3.316	.444	2.249
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	.721	.371	.190	.801	.325
a. Prueba de Kruskal Wallis					
b. Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE					
No existen diferencias significativas en relación con el tipo de tratamiento					

Comparación en la Imagen Corporal y Afrontamiento en función al estadio del cáncer.

Se analizaron los 4 estadios del cáncer. Referente a la imagen corporal el rango promedio mayor fue para el estadio I con 22.50, en tanto el menor fue para el estadio IV con un rango promedio de 12.54, considerando que los pacientes en el estadio I presentan mayor problemática con su imagen corporal. En cuanto al afrontamiento el rango promedio mayor fue para el estadio I con 21.50 y el rango promedio menor fue para el estadio IV con 11.29. Por lo tanto, los pacientes con estadio I en el cáncer hacen más uso de sus estilos de afrontamiento. No se encontró diferencias significativas en cuanto al estadio del cáncer.

Tabla 11

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al estadio del cáncer

Rangos			
	ESTAPA DELESTADIO DE PACIENTE	N	Rango promedio
SUMAI C33	I	2	22.50
	II	4	21.13
	III	10	16.00
	IV	14	12.54
	Total	30	
SUMAA F33	I	2	21.50
	II	4	20.50
	III	10	18.20
	IV	14	11.29
	Total	30	

Estadísticos de prueba^{a,b}		
	SUMAI C33	SUMAA F33
H de Kruskal- Wallis	4.566	6.380
gl	3	3
Sig. asintótica	.206	.095
a. Prueba de Kruskal Wallis		
b. Variable de agrupación: ESTAPA DELESTADIO DE PACIENTE		

Nota. No existen diferencias significativas en relación con el estadio del cáncer

Comparación de los 5 estilos de Afrontamiento en función al estadio del cáncer

De acuerdo con los 5 estilos de afrontamiento en función al estadio del cáncer, se muestra que en el estadio I hay un mayor rango promedio a comparación de los estadios II, III y IV en los estilos de preocupación ansiosa con 19.00, desesperanza/desamparo con 22.00 y evitación cognitiva con 24.25. En cuanto al estadio II existe un mayor rango promedio en el estilo de actitud positiva con 20.63. En el estadio III se encuentra un mayor rango promedio en el estilo de espíritu de lucha con 18.40 y por último en el estadio IV no presento mayor rango promedio en ninguno de los 5 estilos de afrontamiento. En esta comparación se muestra que no existen diferencias significativas entre los 5 estilos de afrontamiento y el estadio del cáncer en el que se encuentra el paciente.

Tabla 12

Comparación en la imagen corporal y afrontamiento en función al estadio del cáncer

Rangos			
	ESTAPA DELESTADIO DE PACIENTE	N	Rango promedio
SUMAESPIRITUDE LUCHA	I	2	14.75
	II	4	16.50
	III	10	18.40
	IV	14	13.25
	Total	30	
SUMAPREOCUPAC IONANSIOSA	I	2	19.00
	II	4	17.13
	III	10	16.65
	IV	14	13.71
	Total	30	
SUMADESAMPAR ODESESPERANZA	I	2	22.00
	II	4	20.38
	III	10	18.30
	IV	14	11.18
	Total	30	
SUMAACTITUDPO SITIVA	I	2	7.25
	II	4	20.63
	III	10	17.30
	IV	14	13.93
	Total	30	
SUMAEVITACION COGNITIVA	I	2	24.25
	II	4	18.63
	III	10	16.50
	IV	14	12.64
	Total	30	

Estadísticos de prueba^{a,b}					
	SUMAESP IRITUDEL UCHA	SUMAPRE OCUPACI ONANSIO SA	SUMADE SAMPAR ODESESP ERANZA	SUMAAC TITUDPO SITIVA	SUMAEVI TACIONC OGNITIV A
H de Kruskal- Wallis	2.148	1.213	6.847	4.375	4.267
gl	3	3	3	3	3
Sig. asintótica	.542	.750	.077	.224	.234

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ESTAPA DELESTADIO DE PACIENTE

Nota. No existen diferencias significativas en relación con el estadio del cáncer

Discusión

Este estudio tuvo el propósito de estudiar las posibles diferencias de la imagen corporal y los estilos de afrontamiento entre la zona rural y urbana específicamente de pacientes diagnosticados con cáncer gastrointestinal. De igual forma se estudió las diferencias de la imagen corporal y el afrontamiento en función a variables médicas (tiempo desde la cirugía, estadio del cáncer y tipo de cirugía).

En cuanto al primer objetivo de comparar la imagen corporal de pacientes provenientes de una zona rural versus una zona urbana, con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratados con cirugía no existe literatura sobre las diferencias entre la zona rural y urbana, en cuanto a la imagen corporal, solo se menciona que los pacientes intervenidos a cirugía con el diagnóstico de cáncer presentan ciertas alteraciones hacia su imagen corporal (Sobanko et al., 2015). En estos resultados se muestra que la población de la zona urbana y pacientes con ileostomía presenta mayor problemática en cuanto a la imagen corporal. No presentan diferencias significativas.

Respecto al segundo objetivo de comprar los estilos de afrontamiento de pacientes que provienen de una zona rural versus una zona urbana, con diagnóstico de cáncer gastrointestinal tratados con cirugía. Fingeret et al. en el 2015 menciona que en los pacientes diagnosticados con cáncer sometidos a cirugía presentan la estrategia de afrontamiento de evitación, donde evitan la humillación y la vergüenza de las cicatrices, desfiguraciones o dificultades de la funcionalidad. Rodríguez (2016) y Trigos (2012) muestran diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento ya que los pacientes de la zona urbana reconocen y aceptan con mayor disposición la enfermedad a diferencia de los de la zona rural, con la estrategia de afrontamiento de espíritu de

lucha, aceptación y reinterpretación positiva. En este estudio dio como resultado la contradicción de estos autores ya que en la zona urbana presenta el estilo de afrontamiento de preocupación ansiosa, observándose una diferencia significativa.

De acuerdo con el último objetivo de observar si existían diferencias en la imagen corporal y afrontamiento en función de variables médicas (intervención quirúrgica, tiempo transcurrido desde la cirugía y estadio del cáncer), Fingeret et al. (2010) y Fingeret et al. (2011) menciona que existe problemática en la imagen corporal desde que el paciente tuvo la cirugía hasta un año después, entre mayor tiempo desde la cirugía los pacientes se encuentran estables con su imagen corporal. Así que los resultados de este estudio no concuerdan con los autores anteriormente mencionados ya que los pacientes con más de 1 año con la cirugía presentan mayores problemáticas con su imagen corporal. Núñez et al. (2018), menciona que existe homogeneidad en los resultados de la imagen corporal según el estadio del cáncer, por lo cual en estos resultados se muestra que los pacientes con estadio I presentan mayor problemática en la imagen corporal, estando de acuerdo con el autor porque no se presenta diferencias significativas.

Referente al afrontamiento hacia la enfermedad del cáncer, Núñez et al. (2018), identifico que los estilos de afrontamiento no varían según el estadio del cáncer ni en función al tiempo de diagnóstico y tampoco según la intervención quirúrgica. Estos resultados coinciden con los autores ya que los pacientes con menos de 1 año desde la cirugía presentan mayor uso de los estilos de afrontamiento en especial el estilo de espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, actitud positiva y evitación cognitiva, así también en el estadio I presentan mayor uso de sus estilos de afrontamiento en especial el estilo de preocupación ansiosa, desamparo/desesperanza y evitación cognitiva y no presentan diferencias significativas. Referente a la intervención quirúrgica también no muestra diferencias significativas, en la gastrectomía con sonda de alimentación que puede

llegar a ser permanente o no, se hace uso específicamente del estilo de afrontamiento de espíritu de lucha, actitud positiva y evitación cognitiva.

Cabe destacar que referente a la imagen corporal y los estilos de afrontamiento existen diferencias, pero solo se obtuvieron diferencias significativas estadísticamente en el estilo de afrontamiento de preocupación ansiosa.

Conclusión

Los pacientes con cáncer gastrointestinal tratados con cirugía en cuanto a la imagen corporal y las variables médicas (tiempo desde la cirugía, estadio del cáncer y tipo de cirugía) no presentan diferencias significativas.

De acuerdo con el afrontamiento se encontró diferencias significativas en los pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a cirugía de la zona urbana ya que ponen en uso el estilo de afrontamiento de preocupación ansiosa a comparación de los pacientes de la zona rural.

En este estilo de afrontamiento los pacientes ven el diagnóstico de la enfermedad como una amenaza mayor, el pronóstico como incierto y existe incertidumbre acerca del control que pueda ejercerse. Están presentes respuestas de afrontamiento conductual como la búsqueda compulsiva de tranquilización.

Mediante esta investigación se pudo generar información sobre la imagen corporal y los estilos de afrontamiento que son usados específicamente en pacientes con cáncer gastrointestinal, el cual no es frecuentemente estudiado y tomado en cuenta la zona geográfica de donde provienen los pacientes.

De esta investigación puede surgir el interés de conocer más sobre las necesidades y dificultades psicológicas, biológicas y sociales de los pacientes con cáncer gastrointestinal, también poder conocer el contexto cultural y social de cada paciente, tomando en cuenta los pacientes que en su lugar de origen no cuentan con el tratamiento necesario y acuden a otro lugar para recibirlo y poder brindar un tratamiento más completo y de calidad.

Limitaciones

Las limitaciones que presentó la investigación es con respecto a la muestra ya que debido a la pandemia por COVID – 19, en el momento de realizar la recolección de datos se restringió la entrada a las instituciones hospitalarias y el apoyo que podrían brindar. Tiempo después se obtuvieron los permisos necesarios para el acceso a la muestra, pero con las medidas de salud pertinentes, siendo la aplicación de los instrumentos de forma presencial.

De igual manera se presentó como problemática el espacio donde los participantes respondían dichos instrumentos el cual era en la sala de espera y estaban expuestos a diversas distracciones.

Más adelante para mejor protección de los pacientes por COVID – 19 y la zona de residencia, se aplicaron los instrumentos por vía Google Forms las limitaciones fueron que ciertos participantes no usan las aplicaciones necesarias para responder y/o también presentan problemas técnicos que no les permite avanzar en su proceso de responderlos. Otra cuestión para tomar en cuenta es que ciertos participantes tienen algunas dudas y no se está presente al instante para solucionarlas. Con lo anterior se concluye que la recolección de los datos para esta investigación fue con retraso y dificultades.

Por otro lado, los resultados no son concluyentes respecto a que no se obtuvieron diferencias significativas entre las dos muestras en las variables, a excepción del estilo de afrontamiento de preocupación ansiosa. Otro punto importante sería la realización de un estudio con muestras más grandes para ser concluyentes los resultados o en dado caso para confirmar lo obtenido en la presente investigación, de igual manera podría existir datos que nos indiquen diferencias en otros aspectos.

Referencias

- Aguilar, M. J., Neri, M., Mur, N., & Gómez, E. (2013). *Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama*. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1453-1457. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6517>
- American Society of Colon and Rectal Surgeons (2020). *Ostomía*. Recuperado en 25 de junio de 2022 de <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia>
- Asociación Médica Mundial (AMM) (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* (informe 64ª) AMM, Fortaleza, Brasil. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Avis, N., Crawford, S., Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13 (5) 295-308. <https://doi.org/10.1002/pon.744>
- Barroilhet, S., Forjaz, M., y Garrido, E. (2014). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas Psiquiatría*, 33 (6). https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Barroilhet/publication/242755347_Conceptos_teorias_y_factores_psicosociales_en_la_adaptacion_al_cancer/links/00b49532b28ce44785000000.pdf
- Barsotti Santosi, D., & Meloni Vieirall, E. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 16(5), 2511-2522. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>
- Bergin, R. J., Emery, J., Bollard, R. C., Falborg, A. Z., Jensen, H., Weller, D., Menon, U., Vedsted, P., Thomas, R., Whitfield, K. y White, V. (2018). Rural– Urban Disparities in Time to Diagnosis and Treatment for Colorectal and Breast Cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 27 (9), 1036 – 1046. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-18-0210>
- Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., y Pérez, C. (2015). Cultural Competence in health: an urgent need for health workers. *Revista médica de Chile*, 143 (3), 401 – 401. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300018>
- Briceño, G., Céspedes, J., Leal, M., y Vargas, S. (2018). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en escolares de un área rural y de una urbana en Colombia. *Biomédica*, 38 (4), 545 – 554. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.4223>
- Borrás, A. y Serrano, B. (2016). *Intervenciones para el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer* (tesis de maestría). Universitat Jaume I. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/165428>
- Blanco, L., Moreno, B., Boada, M., Rodríguez, R. y Garrosa, E. (2018). Regulación Emocional Y Afecto Positivo: El Efecto mediador Del Sentido De La Coherencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 27 (3), 403-412. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1079>
- Cabrera, Y., López, E., López, E., y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7 (2) 115-127.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S222124342017000200007&script=sci_arttext&tlng=pt

Caldwell-Sacerdoti, R. C., Laganà, L., &Koopman, C. (2010). Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: How can psychologists help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 533-540. <https://doi.org/10.1037/a0021428>.

Cash, T. (2011). cognitive – behavioral perspective on body image. En T. Cash y L.

Smolak. (Ed.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2 ed., Vo. 1, pp. 39 – 46). Guilford Press.

Cash, T. F., y Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-

Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment* 64(3), 466–477. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6403_6

Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental (1979). Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (informe n°I). National Institutes of Health. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

Cohen, S., Cook, S., Kelley, L., Foutz, J., y Sando, T. (2017). A Closer Look at Rural-

Urban Health Disparities: Associations Between Obesity and Rurality Vary by Geospatial and Sociodemographic Factors. *The Journal of Rural Health*, 33 (2), 167 - 179. <https://doi.org/10.1111/jrh.12207>

Dalton, J., Naisbitt, V., Classen, C., Grumann, M., Gronskaya, O., Zarcone, J., ... Spiegel, D. (2009). Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): A new measure for breast cancer patients. *The Breast Journal*, 15(3), 287-290. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2009.00718.x>

Decker, C., Pais, S., Miller, K., Goulet, R., & Fifea, B. (2012). A brief intervention to minimize psychosexual morbidity in dyads coping with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 176-185. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.176-185>

Fadaei, S., Janighorban, M., Mehrabi, T., Ahmadi, S. A., Mokaryan, F., &Gukizade, A. (2011). Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(8) 1047–1054. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22279481/>

Fernández A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en

la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicosociología*, 1(2-3) 1047 - 1054. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psiconcologia/numero2_3_voll/capitulo14.pdf

Fingeret, M. C. (2010). Body image and disfigurement en Duffy J. y Valentine A. (ed.) *MD Anderson manual of psychosocial oncology* (pp. 271-288). McGraw Hill. <https://hemonc.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1764§ionid=11920835>

7

Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Reece, G. P., Gillenwater, A. M., &Gritz, E. R. (2010).

- Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. *Head & neck*, 32(3), 301-309. <https://doi.org/10.1002/hed.21181>
- Fingeret, M. C., Nipomnick, S. W., Crosby, M. A., & Reece, G. P. (2013). Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer treatment reviews*, 39(6), 673-681. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2012.12.010>
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633 – 641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Goettsch, K. (2015). Body image: a critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer. *Current oncology reports*, 17(1), 422. <https://doi.org/10.1007/s11912-014-0422-0>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress in the coping process: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Gobierno de México. (20 mayo 2020). *El cáncer en el mundo y México. infocancer*. <https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales>
- Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Hernández-Lloreda, M. J., & Sánchez-Bernardos, M. L. (2015). The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 473-481. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2383-0>
- González, M. (2015). CAEPO: *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos*. Tea Ediciones.
- Harrington, J. M., Jones, E. G., & Badger, T. (2009). Body image perceptions in men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 167–72. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.167-172>
- Held, J.L., Osborne, D.M., Volpe, H., & Waldman, A.R. (1994). Cancer of the prostate: Treatment and nursing implications. *Oncology Nursing Forum*, 21(9), 1517–1529. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7816678/>
- Hernández, D., García, B., Aguilar, S., Ochoa-Carrillo, F., González-Cardín, V., & Oñate-Ocaña, L. (2015). Alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer de nariz sometidos a rinectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.06.006>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2013). *Metodología de la Investigación (6ta Edición)*. McGraw Hill.
- Holland, J. (1989). Gastrointestinal Cancer en J. Holland y J. Rowland (Ed.), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (1 ed., Vol. 1, pp. 208-217). Oxford university press.
- Hueso, C., Candela Bonill, C., Miriam Celdrán, M., Sandra Milena Hernández, S.,

Amezcuca, M. & Morales, J. (2016). Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos. *Latino-Americana Enfermagem*, 24 (2) 2-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1276.2840>

Hunter, M. S., Grunfeld, E. A., Mittal, S., Sikka, P., Ramirez, A. J., Fentiman, I., & Hamed, H. (2004). Menopausal symptoms in women with breast cancer: prevalence and treatment preferences. *PsychoOncology*, 13(11), 769-778. <https://doi.org/10.1002/pon.793>

IBM Corp. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp [Computer software].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *población. Inegi México*; [fecha de acceso: 05/03/2018]. <http://www.inegi.org.mx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *población. Inegi México*; [fecha de acceso: 27/09/2018]. http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P

Irarrázaval, M., Kleinman, P., Silva, F., Fernández, L., Torres, C., Fritis, M., Barriga, C., y Waintrub, H. (2016). Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista médica de Chile*, 44 (12), 1567-1576. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008>

Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizinczyk, S., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). Psychological resilience as a protective factor for the body image in post-mastectomy women with breast cancer. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1181. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061181>

Juárez, D. & Landero, R. (2012). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova scientia*, 4 (7) 17 -34. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100002

Krouse JH, Krouse HJ, Fabian RL (1998). Adaptation to surgery for head and neck cancer. *Laryngoscope*. 1989; 99(8)789-94. <https://doi.org/10.1288/00005537-198908000-00004>.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Martínez Roca.

Ley General de Salud [LGS]. Art. 96. 7 de febrero de 1984(México).

Ley General de Salud [LGS]. Art. 97. 7 de febrero de 1984(México).

Ley General de Salud [LGS]. Art. 98. 7 de febrero de 1984(México).

Ley General de Salud [LGS]. Art. 100. 7 de febrero de 1984(México).

Ley General de Salud [LGS]. Art. 101. 7 de febrero de 1984(México).

Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [LGS]. Art. 17. 02 de abril de 2014(México).

Lewis-Smith, H., Diedrichs, P., Rumsey, N., & Harcourt, D. (2018). Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2687–2699. <https://doi.org/10.1002/pon.4870>

- Londoño, Y. y Salgado, L. (2015). *Evaluación de estrategias de afrontamiento del paciente oncológico* (tesis de pregrado). Universidad de Córdoba, Montería, Córdoba.
- López-Pérez, M., Polaino-Lorente, A. & Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 423-428. <http://hdl.handle.net/10637/1969>
- Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S. y Granados, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *Sociedad mexicana de oncología, a.c.*, 10 (3) 156-16. <http://www.gamo-smeo.com/temp/GAMO%20V10%20No%203%20mayo-junio%202011.pdf#page=40>
- Lugo, Z. (2018 - 2019). *diferenciador: Salamanca: 7graus*.
<https://www.diferenciador.com/zona-rural-y-zona-urbana/>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2011). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, vol. 30 (1) 125- 145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Manier, K. K., Rowe, L. S., Welsh, J., & Armstrong, T. S. (2018). The impact and incidence of altered body image in patients with head and neck tumors: a systematic review. *Neuro-Oncology Practice*, 5(4), 204–213. <https://doi.org/10.1093/nop/npy018>
- McLafferty, S. (2019). Rural-Urban Disparities in Breast Cancer: Six Suppositions and Future Directions. En Berrigan, D. y Berger, N. (Ed.), *Geospatial Approaches to Energy Balance and Breast Cancer* (1 ed., vol. 15, pp. 379-398). https://doi.org/10.1007/978-3-030-18408-7_16
- Martinez, M., Marin J. y Giraldo, M. (2017). Testing invariance between web and paper students satisfaction surveys. A case study. *Intangible Capital*, 13(5), 879-902. <https://doi.org/10.3926/ic.1049>
- Núñez, C., Navarro, A., Cortés, S., López, J., Aguirre-Loaiza, H., & Trujillo, C. (2018). Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico-quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 36(2), 59-69. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000200059>
- Osborne RH, Elsworth GR, Kissane DW, Burke SA, Hopper JL(1999). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychol Med*. 29(6):1335-45. <https://doi:10.1017/s0033291799001142>. PMID: 10616939.
- ONU-Hábitat (2019). *Distinciones entre lo rural y lo urbano. México: ONU-Hábitat México por un mejor futuro urbano*.
<https://www.onuhabitat.org.mx/index.php/distinciones-entre-lo-rural-y-lo-urbano>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Cáncer.OMS*.
<https://www.who.int/topics/cancer/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (febrero 2020). *Perfiles de país sobre cáncer*, 2020. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15716:country-cancer-profiles-2020&Itemid=72576&lang=es
- Osorio, M., May, B. & López, A. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17 (4) 266-270. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es&tlng=es.
- Park, C. y Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1 (2), 115 - 144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Paterson, C., Lengacher, C., Donovan, K., Kip, K., & Tofthagen, C. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*, 39(1), 39 – 58. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>
- Peña N. (2019). *La adolescencia de la tercera edad*. España: Expocoaching. <https://www.expocoaching.net/articulos/articulos-area-bienestar/la-adolescencia-la-tercera-edad/>
- Paiva, C. E., Paiva, B. S., de Castro, R. A., Souza, C. de P., de Paiva Maia, Y. C., Ayres, J. A., & Michelin, O. C. (2013). A pilot study addressing the impact of religious practice on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. *Journal of Religion Health*, 52(1), 184-193. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9468-6>
- Pérez, F., Pérez, M., Sánchez, I., Montero, J. Siquier-coll, J. y Muñoz, D. (2018). Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad Infantil en Entorno Rural y Urbano de Cáceres y Salamanca. *Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte*, 17(1) 2-9. <http://revistakronos.info/articulo/prevalencia-de-sobrepeso-y-obesidad-infantil-en-entorno-rural-y-urbano-de-caceres-y-salamanca-2442-sa-V5b5b2cf77ba64/>
- Pérez, P., González, A., Mielles, I. y Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15 (2) 41-52. <https://doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase>
- Pulgar, M., Garrido, S., Muela, J. y Reyes, G. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (iseac). *Psicooncología*, 6 (1) 167-190. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2993847>
- Raich R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericanavol*, 22 (1) 15-27. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Rezaei, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M., & Hamzehgardeshi, Z. (2016). Factors influencing body image in women with breast cancer: A comprehensive literature review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(10), e39465. <https://doi.org/10.5812/ircmj.39465>
- Rivero, A., y Berríos, R. (2016). El cáncer de próstata y la construcción social de la

masculinidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1) 164-190.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/309>

- Rincón Rojas, S. y Villalobos Gaona, E. (2019). *Calidad de vida y afrontamiento de pacientes enfermos crónicos en áreas rurales vs áreas urbanas* (tesis de pregrado). Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Colombia.
- Robert, V., Álvarez C. y Valdivieso F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24 (4), 677 – 684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Rodríguez, C. (2016). *Afrontamiento Y CVRS En Pacientes Migrantes Con Cancer De Mama* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rhoten, B. A., Murphy, B., & Ridner, S. H. (2013). Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. *Oral oncology*, 49(8), 753-760. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.04.005>
- Rosen, J. C. (1995). The natural of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive – behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 2, 143 -166. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80008-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80008-2)
- Secretaría de salud del estado de Tamaulipas. (19 de octubre del 2018). Tamaulipas Es Líder Nacional En Prevención Y Diagnóstico Del Cáncer De Mama. <https://www.tamaulipas.gob.mx/salud/2018/10/tamaulipas-es-lider-nacional-en-prevencion-y-diagnostico-del-cancer-de-mama/#:~:text=Inform%C3%B3%20que%20cada%20a%C3%B1o%2C%20230,e s%20decir%2C18%20cada%20mes.>
- Sebastián, J., & Valentin, V. (2003). Repercusiones psicosociales de los tratamientos oncológicos. *Oncología y Atención Primaria. Novartis*. 2, (1)785-792 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5197058>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud*, 18(2), 137-161. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002
- Sobanko, J. F., Sarwer, D. B., Zvargulis, Z., & Miller, C. J. (2015). Importance of physical appearance in patients with skin cancer. *Dermatologic Surgery*, 41(2), 183 - 188. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000253>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Thompson J. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: pergamon press. <https://psycnet.apa.org/record/1990-97598-000>
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Tzelepis, F., Paul, C. L., Sanson-Fisher, R. W., Campbell, H. S., Bradstock, K., Carey, M. L., y Williamson, A. (2018). Unmet supportive care needs of haematological cancer survivors: rural versus urban residents. *Annals of hematology*, 97(7), 1283–1292. <https://doi.org/10.1007/s00277-018-3285-x>
- Vázquez, O. G. (2019). *Escala de Afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en*

población mexicana. *Psicooncología*, 16(1), 61.
<https://doi.org/10.5209/PSIC.63648>

Viana de Bragança Menezes, P. (2016). *Imagen corporal en mujeres con cáncer de mamas sometidas a tratamiento quirúrgico: una revisión sistemática= Body image in women with breast cancer undergoing surgical treatment: a systematic review* (tesis de maestría).

Universidad de León.
<https://cdam.unsis.edu.mx/revista/index.php/saludyadmon/article/download/42/39>

Vilchez, N. y Villegas, L. (2016). *Afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de callista roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del hospital nacional almanzor aguinaga asenjo*. (Tesis de Pregrado). Universidad Señor Sipan, Pimentel.

VF, F. L., y Neme, B. (2016). Experiencias De Danzaterapia De Mujeres Que Han

Sufrido Cáncer De Mama: Un Estudio Fenomenológico. *Psicooncologia. Spanish Association Of Anglo-american Studies*, 13 (1), 151 - 163.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52494

White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology*, 9(3), 183-192. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-l)

Wang, S., Kou, C., Liu, Y., Li, B., Tao, Y., D'Arcy, C., Shi, J., Wu, Y., Liu, J., Zhu, Y. y Yu,

Y. (2015). Rural–urban differences in the prevalence of chronic disease in northeast China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(4), 394–406.
<https://doi.org/10.1177/1010539514551200>

Zahnd, E., James, A., Jenkins, W., Izadi, S., Fogleman, A., Steward, D., Colditz, G. y Brard, L. (2018). Rural–urban differences in cancer incidence and trends in the United States. *Biomarcadores de Epidemiol de Cáncer Prev*, 27 (11), 1265 - 1274.
<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0430>

Zucchetti, G., Bellini, S., Bertolotti, M., Bona, F., Biasin, E., Bertorello, N., Tirtei, E. y Fagioli, F. (2017). Body image discomfort of adolescent and young adult hematologic cancer survivors. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 6(2). <https://doi.org/10.1089/jayao.2016.0067>

Zhang, Y., Bu, Y., y Gao, H. (2018). Rural–urban disparities of breast cancer patients in

China. *Medical Oncology*, 30 (1), 3- 7. <https://doi.org/10.1007/s12032-012-0387-5>

Cronograma De Actividades

Núm m	Actividad	Semestres					
		Primero Ago – Dic 2019	Segundo Ene – Junio 2020	Tercero Julio – Dic 2020	Cuarto Ene – Jun 2021	Jul - Ago 2021	Ene – Junio 2022
1	Identificación de la problemática	X					
2	Definición del problema	X					
3	Revisión bibliográfica y documental	X					
4	Diseño de la investigación	X					
5	Presentación de Protocolo	X					
6	Diseño de instrumentos		X				
7	Pilotaje		X	X			
8	Trabajo de campo				X	X	
9	Presentación del Primer Avance de Tesis	X					
10	Análisis de la Información					X	X
11	Discusión de Resultados						X
12	Presentación del Segundo Avance de Tesis		X		X		
13	Conclusiones y Recomendaciones						X
14	Presentación del Tercer Avance de Tesis			X			
15	Integración del documento final						X
16	Revisión del documento final						X
17	Presentación y Defensa de la Tesis						X

Nombre y Firma del Alumno

Apéndice

APENDICE A

Cd. Victoria Tamaulipas a _____ de _____ del _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me invitó a participar en el proyecto de investigación intitulado “**Diferencias Urbano - Rural en el Afrontamiento e Imagen Corporal en Pacientes con Cáncer Gastrointestinal sometidos a cirugía**”, el cual será conducida por la Lic. Psic. Kalia Sahile Walle Huerta alumna de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y tiene como objetivo lo siguiente:

- Conocer el Afrontamiento e Imagen Corporal en los Pacientes oncologicos

Yo, _____ una vez informado (a) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos y evaluación que se llevará a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a la Lic. Psic. Kalia Sahile Walle Huerta, investigadora responsable, para la realización del siguiente procedimiento:

1. Cedula sociodemográfica
2. Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC-M)
3. Body Image Scale (S-BIS)

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento sin que esto me perjudique de alguna manera.
- Si tengo alguna duda comentario o preocupación sobre la presente investigación o sobre los instrumentos aplicados, estaré libre de preguntar en cualquier momento y poder comunicarme con la investigadora responsable al siguiente número telefónico (834) 2671118. Así también si algunas de las preguntas me parecen incómodas, tengo el derecho de hacerlo saber o bien, de abstenerme de responder.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación e intervención de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. El archivo del estudio se guardará bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como

empleadores, organizaciones gubernamentales u otras instituciones. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

- Al aceptar la participación se entregará una copia de este documento que se firmará.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Nombre y Firma
Participante

Nombre y Firma
Investigador

APENDICE B

Cedula Sociodemográfica.

N° _____

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos) Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre: ___ Mujer: ___ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____

Localidad _____ Zona: Urbana ___ Rural _____

Estado civil:

Soltera (o): _____

Casada (o): _____

Divorciada (o): _____

Viuda (o): _____

Unión libre _____

Otro _____

Escolaridad:

No tiene estudios: _____

Primaria: _____

Secundaria: _____

Bachillerato: _____

Técnico: _____

Universidad: _____

Otro _____

Empleo:

Estudiante de tiempo completo _____

Estudiante con actividad laboral _____

Sin empleo: _____

Con empleo estable: _____

Con empleo ocasional: _____

El hogar _____

Pensionado _____

Otro _____

Estrato económico (ingreso mensual)

- A/B Nivel Alto (+ de 100 mil pesos) _____
- C+ Medio Alto (entre 45 y 50 mil pesos) _____
- C Medio Típico (entre 30 y 40 mil pesos) _____
- C- Nivel Medio Emergente y D+ Nivel Bajo Típico (9 y 18 mil pesos) _____
- D Nivel Bajo extremo (entre 4, 500 y 9 mil pesos) _____
- E Nivel Bajo Muy Extremo (- 4 mil pesos) _____

Religión

- Ateo _____
- Cristianismo-protestante _____
- Santería _____
- Santa Muerte _____
- Católico _____
- Testigo de Jehová _____
- Mormón _____
- Adventista _____
- Evangelista _____
- Otro _____

Diagnóstico Médico: _____

Etapa: _____

Marque si le han realizado una cirugía y escriba cuanto tiempo ha pasado de este tratamiento, de igual manera marque si ha recibido radioterapia y/o quimioterapia y desde hace cuánto le realizaron la primera aplicación.

Tipo de tratamiento:

Tiempo

- Cirugía _____
- Radioterapia _____
- Quimioterapia _____

AAPENDICE C

Servicio de Psicooncología INCan MAC-M

A continuación, encontrará una serie de enunciados que describen algunas reacciones de personas que tienen cáncer. A la derecha de cada enunciado, encontrará las opciones de respuesta, **por favor tache la opción con la que usted se identifica en este momento**. Por ejemplo, si usted no se identifica con la situación, escoja la opción: “definitivamente no se aplica a mi” **marcando con una X** en el recuadro correspondiente.

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
1. Siento que no puedo hacer nada para alegrarme o sentirme mejor.				
2. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
3. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud.				
4. No tengo ninguna duda de que mejoraré				
5. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiarán las cosas.				
6. Pienso que mi vida no tiene sentido.				
7. Desde que me diagnosticaron el cáncer valoro mucho más mi vida y trato de sacar el mayor provecho de ella.				
8. Tengo planes para el futuro (por ejemplo, tener vacaciones o trabajo).				
9. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o empeore.				
10. Creo que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.				
11. Intento seguir viviendo como siempre lo he hecho.				
12. Estoy decidido(a) a enfrentar de todo.				
13. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				
14. Creo que no puedo controlar lo que me ocurra.				

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
15. Trato de tener una actitud muy positiva.				
16. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo para pensar en el cáncer.				
17. Veo mi enfermedad como un desafío.				
18. No sé lo que debo de hacer.				
19. Estoy muy enfadado(a) por lo que me está ocurriendo.				
20. En realidad, yo no creo que tenga cáncer.				
21. Me concentro en los aspectos buenos que tengo.				
22. Intento luchar contra la enfermedad.				

APENDICE D

Escala de Imagen Corporal (S-BIS)

Versión original (BIS): P. Hopwood, I. Fletcher, A. Lee and S. Al Ghazal (2001)

Versión española (S-BIS): P. Gómez-Campelo y C. Bragado-Álvarez (2007)

En este cuestionario se le preguntará sobre cómo se siente acerca de su aspecto físico y de los cambios que puedan haberle ocurrido como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento recibido.

Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque la respuesta que mejor se ajuste a cómo se ha sentido desde que se realizó la cirugía.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido avergonzada(o) o tímida(o) por su aspecto físico?	0	1	2	3
2. ¿Se ha sentido físicamente menos atractiva(o) a consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento?	0	1	2	3
3. ¿Se ha sentido descontenta(o) con su aspecto cuando está vestida(o)?	0	1	2	3
4. ¿Se ha sentido menos femenina/ masculino como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
5. ¿Le resulta difícil mirarse cuando está desnuda(o)?	0	1	2	3
6. ¿Se ha sentido menos atractiva(o) sexualmente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
7. ¿Ha evitado a alguien debido al modo en que se sentía en relación a su aspecto?	0	1	2	3
8. ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo "menos completo"?	0	1	2	3
9. ¿Se ha sentido insatisfecha(o) con su cuerpo?	0	1	2	3
10. ¿Se ha sentido insatisfecha(o) con el aspecto de su cicatriz?	0	1	2	3

Diferencias Urbano - Rural en el Afrontamiento e Imagen Corporal en Pacientes con Cáncer Gastrointestinal sometidos a cirugía

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%
ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unicordoba.edu.co Internet	391 palabras — 2%
2	hdl.handle.net Internet	326 palabras — 1%
3	docplayer.es Internet	325 palabras — 1%
4	revfinlay.sld.cu Internet	288 palabras — 1%
5	www.elsevier.es Internet	228 palabras — 1%
6	repositorio.uss.edu.pe Internet	166 palabras — 1%
7	link.springer.com Internet	163 palabras — 1%
8	doctorado.fccf.uach.mx Internet	147 palabras — 1%
9	www.scribd.com Internet	133 palabras — 1%

10	www.researchgate.net Internet	122 palabras — 1%
11	buleria.unileon.es Internet	116 palabras — 1%
12	imgbiblio.vaneduc.edu.ar Internet	116 palabras — 1%
13	revistas.ucm.es Internet	111 palabras — < 1%
14	tesis.pucp.edu.pe Internet	89 palabras — < 1%
15	repositorio.ucss.edu.pe Internet	75 palabras — < 1%
16	ri.uaemex.mx Internet	71 palabras — < 1%
17	www.eumed.net Internet	70 palabras — < 1%
18	ri.uaq.mx Internet	68 palabras — < 1%
19	who.int Internet	67 palabras — < 1%
20	www.aporrea.org Internet	57 palabras — < 1%
21	eprints.uanl.mx Internet	50 palabras — < 1%

22	catarina.udlap.mx <small>Internet</small>	49 palabras — < 1%
23	repositorio.udem.edu.mx <small>Internet</small>	47 palabras — < 1%
24	www.bnptctg.org <small>Internet</small>	47 palabras — < 1%
25	www.bdigital.unal.edu.co <small>Internet</small>	46 palabras — < 1%
26	www.diferenciador.com <small>Internet</small>	45 palabras — < 1%
27	mafiadoc.com <small>Internet</small>	43 palabras — < 1%
28	www.cibiogem.gob.mx <small>Internet</small>	43 palabras — < 1%
29	elevangelistamexicano.org <small>Internet</small>	41 palabras — < 1%
30	cronica.diputados.gob.mx <small>Internet</small>	40 palabras — < 1%
31	pdfs.semanticscholar.org <small>Internet</small>	39 palabras — < 1%
32	repositorio.xoc.uam.mx <small>Internet</small>	34 palabras — < 1%
33	repositorio.autonoma.edu.co <small>Internet</small>	31 palabras — < 1%

www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar

34	Internet	30 palabras — < 1%
35	ri.ues.edu.sv Internet	29 palabras — < 1%
36	www.acc.org.co Internet	29 palabras — < 1%
37	core.ac.uk Internet	28 palabras — < 1%
38	cybertesis.uach.cl Internet	27 palabras — < 1%
39	www.eulabor.org Internet	27 palabras — < 1%
40	es.scribd.com Internet	26 palabras — < 1%
41	www.scielo.br Internet	26 palabras — < 1%
42	issuu.com Internet	25 palabras — < 1%
43	www.clubensayos.com Internet	24 palabras — < 1%
44	repository.udistrital.edu.co Internet	23 palabras — < 1%
45	www.critica.com.mx Internet	22 palabras — < 1%
46	repositorio.puce.edu.ec	

	Internet	19 palabras — < 1%
47	www.uat.edu.mx Internet	19 palabras — < 1%
48	dspace.utb.edu.ec Internet	16 palabras — < 1%
49	www.scielo.org.co Internet	16 palabras — < 1%
50	repositorio.unheval.edu.pe Internet	15 palabras — < 1%
51	repositorio.unp.edu.pe Internet	15 palabras — < 1%

EXCLUIR CITAS

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

DESACTIVADO

EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA

ACTIVADO

EXCLUIR COINCIDENCIAS

< 15 PALABRAS



VERDAD, BELLEZA, PROBIIDAD

UAT

Unidad Académica de
Trabajo Social y Ciencias
para el Desarrollo Humano

112

Cd. Victoria, Tamaulipas a 26 de mayo del 2021.
Oficio No.0660/2021 UATSCDH.


Dr. Martín Segura Chico
Subdirector de Enseñanza del
Hospital General Victoria "Norberto Treviño Zapata"
P r e s e n t e.


El Comité Académico de Posgrado e Investigación de la U.A.T.S.C.D.H., avala el trabajo de la Licenciada en Psicología **Kalia Sahile Walle Huerta**, con número de matrícula **2113310288**, alumna de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud (Becaria CONACYT).

En su protocolo de tesis (número de registro 001) "Diferencias Urbano-Rural en el Afrontamiento e Imagen Corporal en Pacientes con Cáncer Gastrointestinal sometidos a cirugía" se contemplan los artículo 49, 50, 52, 69, 74 y 76 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Por lo anterior solicitamos, sea tan amable de brindar el acceso a la institución y a los datos personales como son: el número telefónico y correo electrónico de los pacientes que atienden en la Institución.

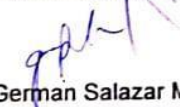
Sin otro particular, agradecemos su fina atención, esperando vernos favorecidos con su respuesta. Quedamos a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE
Verdad, Belleza, Probiidad


Dra. Yasmín Álvarez Joch
División de Estudios de Posgrado e Inv.


Dr. Hugo Tirado Medina
Coordinador de la Maestría


Dra. Luz Adriana Orozco Ramírez
Líder del Cuerpo Académico de Psicología


Dr. German Salazar Mendivil
Responsable de Investigación

ACT. 26/02/2021

VER. 7 R-AP-02-01-01



Tam
GOBIERNO DEL ESTADO

MEMORANDUM DGCES/1111/2021.
COMISIÓN ESTATAL DE INVESTIGACIÓN.
ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO.

113

Ciudad Victoria Tamaulipas a 31 de Agosto del 2021.

LIC. KALIA SAHILE WALLE HUERTA.
PRESENTE.

La Comisión Estatal de Investigación del Estado de Tamaulipas informa que el Protocolo de Investigación titulado "Diferencias Urbano - Rural en el Afrontamiento e Imagen Corporal en Pacientes con Cáncer Gastrointestinal sometidos a Cirugía" que fue sometido a evaluación fue **Aceptado** para su ejecución en las Instalaciones de Salud Estatales.

El proceso de registro y de evaluación se hará por parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Civil Victoria.

Sin otro en particular me despido enviándole un cordial y afectuoso saludo.



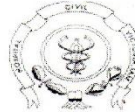
ATENTAMENTE

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE EDUCACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DRA. DANIEL OLIDEN MERCADO CÁRDENAS.
DIRECTOR DE CALIDAD DE EDUCACIÓN EN SALUD Y
PRESIDENTE COMISIÓN ESTATAL DE INVESTIGACIÓN.

SECRETARÍA DE SALUD

AVE. FRANCISCO I. MADERO N° 414
ZONA CENTRO, C.P. 87000
Ciudad, Tamaulipas, México

TEL: (834)31 86300
EXT. 20604, 20612



HOSPITAL CIVIL "JOSE MACIAS HERNANDEZ"

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION

SOLICITUD DE REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

114

Marcar la opción con una X	
<input type="checkbox"/> Medico Interno de Pregrado <input type="checkbox"/> Pasante del Servicio Social <input checked="" type="checkbox"/> Otro	
Título del proyecto	DIFERENCIAS URBANO- RURAL EN EL AFRONTAMIENTO E IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON CANCER GASTROINTESTINAL SOMETIDOS A CIRUGIA
Año cursado	EGRESADA
Autor (s)	1.Autor responsable:LIC. PSIC. KALIA SAHILE WALLE HUERTA
	FOLIO COMITÉ DE ENSEÑANZA: M25-21
	FOLIO DE COMITÉ ETICA:018-21
	FOLIO RENAPI: 388AB3D453D1A5BC86FD41E5F85F93
Correo electrónico	sahile.kwhmail.com
Núm. Celular	8342671118
Duración del protocolo	Fecha de inicio Agosto 2019
	Fecha de termino Diciembre 2021
Nivel del riesgo de la investigación	<input checked="" type="checkbox"/> Sin riesgo <input type="checkbox"/> Riesgo bajo <input type="checkbox"/> Riesgo mínimo <input type="checkbox"/> Riesgo mayor que el mínimo
Asesor del protocolo	Dr. Jose Luis Ybarra Sagarduy

FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE

