

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
SEGÚN EL ESTADÍO DEL CÁNCER, EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA
UNIDAD ONCOLÓGICA DE LA I.P.S COOEMSSANAR EN EL MUNICIPIO
DE PASTO**

**AMANDA VIVIANA PANTOJA CÓRDOBA
PAMELA SAÑUDO VÉLEZ**

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto, 2010**

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
SEGÚN EL ESTADÍO DEL CÁNCER, EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA
UNIDAD ONCOLÓGICA DE LA I.P.S COOEMSSANAR EN EL MUNICIPIO
DE PASTO**

**AMANDA VIVIANA PANTOJA CÓRDOBA
PAMELA SAÑUDO VÉLEZ**

**ASESOR
ARSENIO HIDALGO TROYA**

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto, 2010**

NOTA DE ACEPTACION

ASESOR

JURADO A

JURADO B

Mil agradecimientos a mi madre por su apoyo, amor y sacrificio.

A mi amiga y excelente compañera Sonia Milena Fuertes por su ejemplar forma de ser como mujer y profesional y quien donde quiera que este me brindó su apoyo y amistad que Dios te bendiga...

A mis amigos y compañeros quienes hicieron inolvidable esta etapa de mi vida.

Al Gran Padre Celestial Dios quien siempre está presente en mi camino.

A aquellas personas significativas en mi vida quien con su amor y buenos deseos acompañaron este logro.

Dedicatoria...

A Jesucristo... Mi refugio y fortaleza

A mi familia... La más grande bendición

A Juan Pablo... El compañero incondicional

A Sonia Milena... La mejor amiga

Gracias Padre, por ser la luz en mi camino, sin tí nada sería posible...

AGRADECIMIENTOS

Al docente Freddy Villalobos por creer en nuestra idea de investigación y brindarnos las bases necesarias para su desarrollo.

A los Investigadores Martha Restrepo y Juan Carlos Espinosa por facilitarnos sus estudios y las herramientas psicométricas utilizadas en la presente investigación.

A la Entidad I.P.S COOEMSSANAR del Municipio de Pasto por abrirnos las puertas y permitir el acercamiento con los pacientes, quienes con su colaboración hicieron posible llevar a cabo el proceso investigativo.

A los jurados María Fernanda Enríquez y Leonidas Ortiz, quienes con sus aportes y acompañamiento enriquecieron este trabajo y la formación de las investigadoras.

A nuestra compañera Sonia Milena Fuertes quien fue la inspiración y el impulso para alcanzar este logro.

A nuestro asesor Arsenio Hidalgo Troya por haber creído en nosotros y apoyarnos incondicionalmente, sin sus valiosos conocimientos, amistad y dedicación no hubiera sido posible culminar esta etapa.

A la Universidad de Nariño y el Programa de Psicología por habernos formado como profesionales y personas al servicio de la comunidad.

RESUMEN

La investigación realizada planteó como objetivo develar la relación existente entre afrontamiento y calidad de vida en los diferentes estadios del cáncer con pacientes que asisten a la Unidad de Oncología COOEMSANAR I.P.S del Municipio de Pasto, para lo que fue necesario identificar las características de afrontamiento y calidad de vida, determinar la relación existente entre afrontamiento y calidad de vida y por ultimo identificar cómo se presenta la relación entre las variables de estudio en los diferentes estadios del cáncer; la muestra de estudio se conformo por 120 pacientes, de los cuales 97 fueron mujeres y 23 hombres.

Se observó que el tipo de afrontamiento más adoptado fue “actitud positiva” seguido de “orientación positiva” y los menos adoptados fueron “preocupación ansiosa” y “sin esperanza”. En cuanto a la calidad de vida se evidencia que es favorable para esta población.

De acuerdo al estadio de la enfermedad la relación entre calidad de vida y afrontamiento es diferente en cada grupo de pacientes; para el caso de los pacientes en estadio I y II existe una relación lineal directa, de donde deduce que a mejor afrontamiento mayor calidad de vida. En la comparación de este grupo con el de pacientes ya tratados, quienes han superado la enfermedad, se encuentra similar comportamiento en la relación. Sin embargo, en el grupo de pacientes del estadio III y IV no se encontró relación entre las variables de estudio.

Con base en los hallazgos fruto de la investigación se entrevé la importancia de formular intervenciones que permitan a los pacientes más afectados por la enfermedad adoptar mejores estrategias de afrontamiento y por ende mejorar su calidad de vida

Palabras clave: Cáncer, afrontamiento, calidad de vida, estadio del cáncer

ABSTRACT

The research done had as an objective to reveal the existing relationship between facing and quality of life in the different stages of cancer with patients who attend the Unit of Oncology COOEMSSANAR I.P.S in the town of Pasto, for this was necessary identifying the characteristics of facing and quality of life, determining the existing relationship between facing and quality of life and finally identifying how the relationship between the variables of study in the different stages of cancer appears. The population was conformed by 120 patients, from which 97 were women and 23 men.

It was observed that the most adopted facing type was “positive attitude” followed by “positive direction” and the least ones adopted were “anxious preoccupation” and “hopeless”. As far as the quality of life it can be seen that it is favorable for this population.

According to the stage of the disease the relationship between quality of life and facing is different in each group of patients. For the case of the patients in stage I and II a direct linear relation exists. From this it can be deduced that the better facing, the greater quality of life. In comparison with the case of patients already treated, who have surpassed the disease, a similar behavior can be found. Nevertheless, in the group of patients of stage III and IV it is possible to assure that no relation between the study variables exists.

Based on the findings of the investigation it can be established the importance of formulating interventions that allow, the most affected patients by the disease, to adopt better strategies of facing and thus improving their quality of life.

. Key words: Cancer, facing, quality of life, stage of the cancer

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	14
Salud.....	17
Psicología de la salud.....	18
Cáncer.....	19
Aspectos psicológicos del cáncer.....	20
Afrontamiento.....	21
Afrontamiento al cáncer.....	22
Modelo esquema de supervivencia de Moorey y Greer.....	24
Funciones y efectividad del afrontamiento al cáncer.....	25
Concepto de calidad de vida.....	27
Dimensiones de calidad de vida en pacientes con cáncer.....	28
Dimensiones SF-36.....	29
MÉTODO.....	30
Tipo de estudio.....	30
Diseño y plan de análisis de datos.....	30
Población y muestra.....	31
Instrumentos.....	31
Procedimiento.....	35
Consideraciones éticas.....	37
RESULTADOS.....	38
Características Sociodemográficas.....	38
Tipo de cáncer y diagnóstico.....	39
Tipos de afrontamiento.....	40
Dimensiones calidad de vida.....	42
Análisis de la correlación entre afrontamiento y calidad de vida.....	43
Asociación entre afrontamiento y calidad de vida según estadio del cáncer.....	45
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	56

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	64
Anexo 2. Instrumento MAC	65
Anexo 3. Claves MAC	67
Anexo 4. Rangos calificación MAC	68
Anexo 5. Instrumento SF-36	69
Anexo 6. Puntajes SF-36	72
Anexo 7. Calificación SF-36	75

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los 120 pacientes	
Participantes	38
Tabla 2. Grupos de pacientes según estadio	40
Tabla 3. Tipos de afrontamiento	40
Tabla 4. Tabla estadística dimensiones calidad de vida	42
Tabla 5. Correlaciones canónicas	43
Tabla 6. Coeficientes para las variables canónicas de calidad de vida	44
Tabla 7. Correlaciones canónicas estadios I y II	46
Tabla 8. Coeficientes para las variables canónicas de la primera serie estadios I y II	46
Tabla 9. Correlaciones Canónicas estadios III y IV	48
Tabla 10. Coeficientes para las Variables Canónicas de la Primera serie estadios III y IV	48
Tabla 11. Correlaciones Canónicas pacientes control	49
Tabla 12. Coeficientes para las Variables Canónicas de la Primera serie Control	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de cáncer	39
Figura 2. Correlación afrontamiento y calidad de vida	45
Figura 3. Correlación afrontamiento y calidad de vida estadio I y II	47
Figura 4. Análisis de correlación grupo de pacientes en control	50

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el cáncer es una enfermedad catalogada por la OMS (2010), como la principal causa de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndose a dicha enfermedad 7,9 (72%) millones de muertes en 2007, con un (72%) registradas en países de ingresos bajos y medianos como Colombia. Se estima que dicha problemática va en aumento llegando a 12 millones en 2030. Cabe anotar que aproximadamente un 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles. A nivel nacional el Instituto Nacional de Cancerología (2007) informa que para el periodo 1995-1999, se estimaron 61.641 casos nuevos de cáncer en promedio por año, de los cuales 28.137 son hombres y 33.504 son mujeres. En ese mismo período en el Departamento de Nariño se encontró una incidencia estimada anual de 300,5 por 100.000 habitantes y de mortalidad de 163,7 por 100.000 habitantes, cifra preocupante que afecta de manera significativa éste contexto.

Estas cifras aumentan cada vez más y el impacto que genera a promovido el interés por parte de los investigadores en indagar desde el ámbito psicológico la problemática del cáncer en la región; muestra de ello son investigaciones de cáncer relacionadas con depresión, enfermedad, afrontamiento, locus de control, expectativas, aspectos sociodemográficos y psicosociales, lo que evidencia un avance en el estudio y conocimiento de las variables psicológicas en la enfermedad oncológica.

Sin embargo, no se encontró investigaciones concernientes a la relación entre afrontamiento y calidad de vida en éstos pacientes durante el proceso de enfermedad (estadios del cáncer); por ello la presente investigación se centra en dar da a conocer cómo estas variables se encuentran relacionadas con la enfermedad oncológica en cada uno de los estadios. De acuerdo a Arraras et al. (2004) a partir de los años 90 ha aumentado el interés por evaluar debidamente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida teniendo en cuenta que el objetivo principal de la evaluación en el cáncer es la de contribuir a ofrecer intervenciones más adecuadas a los pacientes.

En consecuencia con lo anterior el conocimiento del comportamiento de estas variables en el ámbito hospitalario permitirá orientar la intervención desde una visión

integral, de tal forma que el tratamiento no solo se enfatizara en los síntomas fisiológicos sino también en los aspectos psicológicos de la enfermedad.

Para el presente estudio fue de gran importancia conocer los recursos con los que cuentan los pacientes a nivel de afrontamiento, calidad de vida y el impacto que genera el cáncer en esta población, teniendo en cuenta que los estigmas culturales relacionados con el imaginario de dolor, muerte, repercusiones físicas y psicológicas, que exigen al sujeto un grado de aceptación y adaptación. Tales aspectos son abordados por la Psicología de la Salud, disciplina que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, como se interpreta, afronta y asume el proceso de enfermedad y con qué recursos cuenta a nivel personal (cognitivo, comportamental, psicofisiológico) y social (grupo de apoyo, recursos socioeconómicos). Así mismo, esta área de investigación permite conocer y establecer bases para intervenir en la calidad de vida de los pacientes oncológicos considerando que:

El cáncer es una de las enfermedades más temibles para un gran porcentaje de la población, y socialmente se ha asociado con tratamientos dolorosos y muerte inminente. Para quienes padecen la enfermedad ésta no solo representa dificultades físicas, sino también emocionales y sociales (Universidad Nacional 2007).

Los aportes mencionados permitirán que futuros investigadores puedan realizar estudios e intervenciones con base a las necesidades específicas encontradas en los pacientes oncológicos, disminuyendo el impacto de la enfermedad a partir de la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas que influyan positivamente en la calidad de vida, el restablecimiento de la salud mental y el bienestar.

La investigación proporciona a quienes deseen conocer sobre el tema un acercamiento a la problemática del cáncer en la región, gracias a la validez de la información, suministrada por la rigurosidad de la metodología de investigación.

En concordancia con lo anterior y para efectos del estudio, se encontró respaldo investigativo y teórico a través de Baréz (2002) quien realiza una importante investigación denominada “Relación entre percepción del control y adaptación a la

enfermedad en pacientes con cáncer de mama”, encontrando que en dichos pacientes predominan actitudes y estrategias de afrontamiento adaptativas.

De forma similar la investigación “Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis” desarrollada por Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez V. (2007) fue de gran importancia ya que tuvo como propósito observar los estilos de afrontamiento en el grupo pacientes con IRC, utilizando los instrumentos sf-36 y CAE. Se observó un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. El afrontamiento se vio focalizado en la solución de problemas y tuvo correlación positiva con salud mental; mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) con su investigación “Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico”, evidenciaron una calidad de vida favorable en las dimensiones funcionales y de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva, fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, como la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer.

En otro contexto se encuentra a Suárez, Baquero, Londoño, y Low (2005), que realizan una investigación sobre “Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio en la ciudad de Bogotá”. En ella determinaron a través de una entrevista semiestructurada y la Escala de Estilos Conductuales de Miller (1987), que la estrategia y estilo conductual más adoptados por los pacientes fueron “espíritu de lucha” y “monitoring” (búsqueda activa de información) respectivamente; también encontraron que estas variables son independientes y por lo tanto no existe relación entre las mismas.

Otra investigación importante sobre afrontamiento y calidad de vida en pacientes crónicos fue la desarrollada por Vinaccia, Fernández, Escobar, Calle,

Andrade y Contreras (2006) denominada “Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II”. Su propósito era estudiar la calidad de vida y la conducta de enfermedad en personas con diabetes y observar si existía relación entre ellas. Para ello se aplicó el cuestionario SF-36 y el IBQ que evidenciaron deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes, principalmente en aquellos componentes relacionados con la salud física.

Restrepo M. (2005) por su parte trae a la investigación un aporte significativo con el estudio “Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos”, ya que facilita una herramienta precisa a la hora de evaluar los tipos de afrontamiento en la enfermedad oncológica, teniendo en cuenta que existen instrumentos de evaluación del afrontamiento pero no específicos para la enfermedad oncológica, y más aun que se ajusten a la población Colombiana, resaltando un alto índice de validez y fiabilidad.

La importancia de los estudios se vio acompañada de conceptos teóricos que permitieran sustentar la investigación. A continuación se presentan los conceptos que sirvieron de base para el desarrollo de la investigación.

Salud

En un principio se consideró la salud humana como la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, sin embargo a partir de la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud en (1974, citada por Simón, 1999) se habla que además de la ausencia de enfermedad y de malestar o sufrimiento, la salud implica diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección hacia los posibles riesgos de enfermedad, de desarrollo personal, entre otros; en síntesis se define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo cual, a partir de éste momento, empiezan a surgir nuevas concepciones sobre salud y enfermedad.

Para autores como Labiano (Citado por Oblitas 2004), el concepto de salud va mucho más allá del sistema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es por tanto, la ausencia de alteraciones y enfermedad, sino más bien un concepto positivo en donde se hace referencia a los diferentes grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo del sujeto. Actualmente se

reconoce la complejidad de la salud y la enfermedad con la aceptación de que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual hace que el individuo sea vulnerable ante los procesos patológicos; por ello las creencias, actitudes y hábitos cotidianos definen el comportamiento y a la vez constituyen aspectos centrales en la problemática de salud y enfermedad (Labiano, 1979 citado por Oblitas, 2004). Es por ello que la experiencia de enfermedad ha de ser enmarcada dentro de un enfoque biopsicosocial, en el cual según Gegel (1977, citado por Morrison y Bennet 2008) las enfermedades y los síntomas pueden ser explicados a través de la combinación de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos, ofreciendo la posibilidad de explicar de forma compleja e integral la experiencia humana de enfermedad.

Psicología de la salud

La Psicología de la Salud surge de una perspectiva sistémica e integrativa a partir de diferentes áreas psicológicas, donde el comportamiento es crucial para mantener la salud y el bienestar o para generar enfermedad. Es así como la labor de la psicología de la salud se centra en la investigación de factores comportamentales que promueven el desarrollo de estrategias para evaluación y control o modificación del comportamiento con base a la promoción de la salud física y mental y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las mismas. La Psicología de la Salud integra así subespecialidades como, la psicología clínica, interesada en el abordaje de los trastornos psicológicos a nivel individual; la psicología comunitaria, interesada en la prevención de trastornos actuando a nivel supraindividual; las contribuciones específicas de la psicología a la medicina conductual, la cual se interesa en los aspectos comportamentales en los trastornos biomédicos y en la ayuda a los profesionales de salud que los atienden (Godoy, 1999).

Autores como Matarazzo (1980, citado por Oblitas, 2004. Pág. 15), la psicología de la salud permite la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Autores como Taylor (1986, citado por Latorre y Beneit, 1994) habla del intento de la psicología comprender la influencia de las variables psicológicas sobre

el estado de salud, el proceso por el cual llega éste, y cómo responde una persona cuando está enferma.

La psicología de la salud se ve proyectada en sus principales áreas de aplicación, tales como la promoción y acrecentamiento de la salud, la prevención basada fundamentalmente en el control de variables actitud-motivacionales y afectivo-emocionales de riesgo, la evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, el análisis y mejora del sistema y atención sanitarios y otras que están dirigidas principalmente a la formación de profesionales y paraprofesionales y tareas de gestión (Godoy, 1999).

Cáncer

El National Cancer Institute (2007), explica el cáncer como una patología que tiene origen en las células, unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo; es así que tales células en estado normal pueden convertirse en células cancerosas. Las células crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo, en ocasiones éste proceso ordenado de división de células se descontrola y las células nuevas se siguen formando aún cuando el cuerpo no las necesita; las células viejas no mueren y al acumularse forman una masa de tejido llamada tumor, que en el caso de la enfermedad oncológica resulta ser maligno y por ende canceroso, las células en estos tumores pueden invadir el tejido a su alrededor y diseminarse a otros órganos del cuerpo.

La causa de esta enfermedad se atribuye a diversos factores de riesgo como envejecimiento, el consumo de tabaco y alcohol, la exposición a rayos solares, radiación y ciertos productos químicos, otras sustancias, algunos virus y bacterias, problemas hormonales, antecedentes familiares, dieta deficiente, falta de actividad física, sobrepeso, entre otros (National Cancer Institute, 2007). Una vez establecido el diagnóstico definitivo del cáncer, se lleva a cabo la evaluación de la extensión de la enfermedad a través del estadio, puesto que el pronóstico y el tratamiento adecuado dependen de éste. De acuerdo con la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2007) el sistema más utilizado para la clasificación del estadio se llama TNM. T hace referencia al tamaño tumoral, N al estado de los ganglios y M a la

presencia de metástasis a distancia. Según esta clasificación se establecen cuatro estadíos (I, II, III y IV).

Aspectos psicológicos del cáncer

De acuerdo con Rivero (2008), sólo hasta mediados de los 70 inicia el interés por los aspectos psicológicos en la enfermedad del cáncer a nivel internacional. Existen diversos factores que contribuyeron al desarrollo de un mayor interés en los aspectos psicológicos del cáncer. En primera instancia se produjo un cambio en la actitud hacia el cáncer debido a que ya no se veía como una enfermedad necesariamente terminal; al mejorar el pronóstico aumentó la esperanza en la población y permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado con mayor frecuencia. En segundo lugar, se realizaron algunos esfuerzos para ofrecer un cuidado más humano y espiritual a las personas con cáncer terminal y, en tercer lugar, se comenzó a examinar que determinadas variables psicológicas y del estilo de vida de las personas constituían factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer.

A partir de éste momento se comenzó a reconocer que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que ésta se desenvuelve y por lo tanto influyen en el proceso de la enfermedad, en la prevención de los trastornos y enfermedades y al mismo tiempo en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud (Rivero, 2008).

Para Bayés (2000), el cáncer puede generar un gran impacto psicológico y emocional, donde su intensidad, duración y consecuencias han de verse implicados en sentido negativo o positivo por la estrategia de afrontamiento del paciente, grado de eficacia o ineficacia y percepción subjetiva de control del individuo. En la percepción individual existe un intenso condicionamiento cultural que fortalece el vínculo entre una amplia variedad de estímulos y una consecuencia terriblemente aversiva para la persona, originándose estrés por ejemplo cuando se percibe una expresión negativa o de preocupación en el médico, la forma y contenido del mensaje al comunicar el diagnóstico, algunos efectos del tratamiento, la reacción de amigos y familiares, fallos técnicos en el tratamiento, la idea de posibles mutilaciones debidas a la enfermedad y su tratamiento e implicaciones económicas y laborales.

De acuerdo con Senescu (1963, citado por Sanz y Modolell, 2004) las dificultades y el malestar psicológico se hace evidente cuando : a) las reacciones emocionales del paciente le impiden buscar tratamiento, cooperar en el tratamiento o interferir con este, b) el comportamiento del paciente provoca más dolor y malestar que la propia enfermedad, o incrementa innecesariamente el dolor o malestar producidos por ella, c) sus reacciones emocionales perturban actividades de su vida diaria a nivel individual y social, llegando a prescindir de varias de sus fuentes habituales de gratificación, y d) hay manifestación de reacciones emocionales en forma de síntomas psiquiátricos. La reacción del sujeto depende en gran medida de su historia personal.

Afrontamiento

Según Reeve (1994, citado por Suarez, Baquero y Low 2005), el afrontamiento llega a ser un método que abarca cualquier esfuerzo consciente o inconsciente que tiene como propósito prevenir, eliminar o debilitar un acontecimiento estresante, en este caso la enfermedad oncológica y su tratamiento. De esta forma, se puede entender por afrontamiento cualquier acción que lleva a cabo el individuo a nivel cognoscitivo y nivel conductual, para enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del sujeto están conformados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, entre otros, que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con Fierro (1997, citado por Arjona y Guerrero, 2004), el afrontamiento es un aspecto de gran importancia puesto que hace parte de los recursos psicológicos del individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico. El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta el control de las emociones originadas por el evento estresante.

Un importante aporte al afrontamiento viene dado por Lazarus y Folkman (1984, citados por Bravo, 2001) quienes describen el afrontamiento como aquellos

procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo. Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados.

Lo que diferencia el modelo interaccional de las otras aproximaciones teóricas es la gran relevancia que se le asigna a la evaluación cognitiva. En gran medida es la principal responsable de que la situación potencialmente estresante, llegue o no a producir estrés en el sujeto, y considera al individuo como parte activa en el proceso, interactuando con el medio ecológico.

El proceso de afrontamiento incluiría un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación y, de acuerdo al análisis de Klinger (citado por Bravo, 2001) la fase de retirada representa un importante recurso natural de prevenir temporalmente el desmoronamiento. Según Shontz (citado por Bravo, 2001) cuando el proceso de afrontamiento se ha completado satisfactoriamente, los ciclos se dan con menos frecuencia y prácticamente desaparecen. El proceso de afrontamiento descrito es considerado como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado de propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad (Lazarus y Folkman 1996, citados por Bravo, 2001).

Afrontamiento al Cáncer

Las reacciones psicológicas de los pacientes respecto al cáncer son universales, por ello ha sido posible para Watson y Greer (1972, citados en Oblitas, 2004) encontrar una asociación significativa entre la evolución de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación, fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza o indefensión.

Espíritu de Lucha

Es una respuesta de afrontamiento activo, en la cual el paciente acepta el diagnóstico y adopta una actitud optimista, determinada por el deseo de luchar contra la enfermedad y querer participar en decisiones concernientes al tratamiento. Además, el paciente ve el diagnóstico como un reto, tiene una visión optimista del

futuro y cree posible ejercer el control sobre la enfermedad. Se presentan respuestas de afrontamiento confrontativo (Watson *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Evitación

El paciente tiende a rechazar el diagnóstico de cáncer, o más comúnmente, tiende a minimizar la seriedad de la enfermedad evitando pensar sobre esta. El paciente ve el diagnóstico como una amenaza mínima y toma una visión positiva del pronóstico. El aspecto del control es irrelevante (Watson, *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Para Martín *et al.*, (1997, citados por Forero *et al.*, 2005), éste concepto se fundamenta en intentar evitar o huir de la situación y / o sus consecuencias, se da una relación muy estrecha con la negación y la desconexión comportamental; negación representa la no aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración de ese problema en el momento de su valoración, teniendo en cuenta que la desconexión comportamental implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema.

Fatalismo

El paciente acepta el diagnóstico, pero en una forma de resignación, que está acompañada de una actitud fatalista. El paciente ve el diagnóstico como una amenaza menor, el resultado será aceptado con ecuanimidad y no es posible ejercer ningún control sobre el cáncer. Están ausentes estrategias confrontativas de afrontamiento y se muestra una actitud de aceptación pasiva (Watson *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Preocupación ansiosa

El paciente está constantemente preocupado por el cáncer, habitualmente refleja temor hacia el dolor y padecimiento en el desarrollo de la enfermedad, y frecuentemente busca aliento. El diagnóstico es visto como una preocupación 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 (Watson, *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Desesperanza o indefensión

El paciente es desesperanzado por el diagnóstico de cáncer, siente que ya no puede hacer nada, adopta una actitud totalmente pesimista, y pierde cualquier esperanza. La enfermedad es vista como una pérdida y el paciente considera el pronóstico como un resultado inevitable, negativo. Piensa que es imposible ejercer algún control sobre la enfermedad. Están ausentes estrategias activas de lucha contra la enfermedad (Watson, *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, han sido también asociados con el origen del cáncer o con un peor pronóstico (Ruíz *et al.*, citado por Suarez, 2005).

Ahora bien, el afrontamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una única estrategia de afrontamiento, ya que dicha estrategia pudiese cambiar a lo largo del tiempo en conjunto con el proceso de la enfermedad. (Cano *et al.* 1998 citado por Suarez, 2005).

Modelo Esquema de supervivencia de Moorey y Greer

Moreey y Greer (1989, citados por Bárez, 2002), plantean un modelo basado en el significado personal del paciente con cáncer teniendo en cuenta la interpretación del sujeto ante la situación y aquellas estrategias de afrontamiento que pone a funcionar en el proceso de adaptación.

Este modelo tiene como base el modelo teórico de adaptación de Lazarus y Folkman en el que se habla especialmente de un modelo de afrontamiento cimentado en la evaluación cognitiva del sujeto y principalmente en su proceso de afrontamiento como respuestas cognitivas y comportamentales que el sujeto ha puesto en marcha ante la situación estresante. Entonces, en la misma línea, Moorey y Greer proponen una evaluación cognitiva a través de la cual el paciente con cáncer atribuye un significado al diagnóstico de la enfermedad, evaluando la situación como un reto potencialmente superable, como una amenaza insuperable, como daño o pérdida o como ausencia de amenaza. La actuación y resultado emocional obedecerá entonces al significado inicial de la valoración que el paciente realice con respecto a sus mecanismos de afrontamiento y control percibido.

Moorey y Greer (1989, citados por Báñez, 2002) hablan entonces de un esquema de supervivencia o triada cognitiva conformada (véase tabla 1) por: a) visión del diagnóstico, b) percepción del control y c) visión del pronóstico, los cuales determinan cinco tipos de afrontamiento: a) preocupación ansiosa correlacionada con depresión y ansiedad, b) fatalismo y desamparo/desesperanza se correlaciona también con depresión, c) espíritu de lucha como el tipo de afrontamiento que permite una mejor adaptación, ya que protege al paciente de sufrir una alteración emocional y correlaciona con un mejor pronóstico; de ésta forma el tipo de afrontamiento puede determinar la morbilidad psicológica de los pacientes oncológicos.

La manera de afrontar el cáncer es una de las variables fundamentales a la hora de determinar el bienestar ante la enfermedad. De acuerdo a la revisión teórica realizada por Báñez (2002), las estrategias activas de afrontamiento concebidas como los esfuerzos cognitivos y pautas conductuales, que la persona pone en ejecución para controlar y reducir, tanto el malestar emocional como la interferencia de la enfermedad y el tratamiento en la vida cotidiana, serán útiles para que el paciente logre niveles mejores de bienestar; en cambio las estrategias pasivas contribuirán a que las personas perciban niveles altos de malestar, teniendo en cuenta como estrategias pasivas las relacionadas con aceptación estoica, indefensión y fatalismo frente a la enfermedad.

Funciones y efectividad del afrontamiento ante el cáncer

El afrontamiento, conforme a Soriano (2002), además de considerarse como un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial.

El aspecto preventivo afecta al impacto emocional sufrido. La negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de paz mental. En el presente inmediato un paciente represivo no tendrá que afrontar las emociones displacenteras. Otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles.

El aspecto intermediario o también llamado buffering es probablemente el más importante. Pese a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio,

su influencia posterior se encuentra compensada. Nuevamente la búsqueda de atención (ej. por el otro miembro de la pareja) reducirá la amenaza de un futuro incierto; la capacidad para distraer la atención de los efectos asociados a la quimioterapia aportará un alivio considerable, permitiendo retomar el control de la situación abordándola desde un punto de vista racional.

El afrontamiento también resulta importante en cuanto a la obtención del equilibrio. A largo plazo el coping permite al individuo recuperar lo perdido, bien sea a nivel intrapsíquico, de relaciones sociales o de obligaciones del entorno familiar o próximo.

Por otra parte, al abordar la efectividad de las diferentes estrategias de afrontamiento se debe tener en cuenta ante todo la disposición por parte del individuo de determinados recursos. En primer lugar, el primer recurso necesario es el económico y/o el poder acceder a una atención médica. A continuación, aparece la necesidad de convivir y de ajustarse y adaptarse a la enfermedad. Aquí intervienen los recursos personales y sociales. Al respecto hay que considerar que los individuos difieren en su repertorio de respuestas de afrontamiento. Difieren sobre las creencias, sobre qué respuestas serán más adecuadas para el problema y difieren sobre la creencia de su capacidad y habilidades para poner en práctica determinado tipo de estrategias de afrontamiento.

En cuanto a la relación que existe entre la enfermedad y el afrontamiento, Lipowski (citado por Zaider *et al.*, 2005) plantea que las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto. Los significados de la enfermedad reflejan las experiencias personales previas, el grado de conocimientos, el bagaje cultural y las creencias del enfermo, actuando como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento.

Como indica Heim (1991, citado por Soriano, 2002) la efectividad o no del afrontamiento depende de la perspectiva que se considere. Podemos destacar tres puntos de vista importantes: el paciente, la familia y la red social del paciente y los profesionales de la salud, de tal manera que: a) el enfermo, su prioridad reside en

mantener un equilibrio interno y psicosocial, b) la familia, quiere ver al paciente como un miembro de la red social que puede desenvolverse con normalidad, c) los médicos, esperan la máxima cooperación teniendo en cuenta la dificultad y, en ocasiones, los métodos invasivos utilizados.

Concepto de Calidad de Vida

Desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto que se refiere básicamente al tipo de respuesta individual y social frente a un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. De ésta forma aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los aspectos y procesos que llevan a esa satisfacción y los elementos que integran ésta. El juicio o concepto del personal de salud no es suficiente para evaluar la calidad de vida, por ello es necesario contar con la evaluación de los sujetos (Slevin, Plant y Linch, 1998, citados por Oblitas, 2004). Schwartzmann (2003, citado por Vinaccia y Orozco, 2005) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo y se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. De acuerdo a Montes *et al.* (2006), no existe una definición única para calidad de vida, no obstante, se halla un consenso en cuanto a su carácter multidimensional y subjetivo. La calidad de vida es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida. Según Padilla (2005) es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia, la percepción y apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración. 7.7 margen 95% de confiabilidad

La forma de afrontar los sucesos como la enfermedad crónica no sólo está mediada por la interpretación que hace el individuo, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, lo que ha de favorecer

la adaptación a dicho acontecimiento vital (Moreno y Ximénez, 1996). En conclusión la calidad de vida es un concepto multidimensional influenciado por factores personales y ambientales, rico en su definición teniendo en cuenta que lo compone la ciencia, la cultura, la investigación y la expresión del individuo desde lo objetivo y subjetivo, pero compartiendo desde las diferentes perspectivas una idea en común que es la de bienestar, influenciado por factores personales y ambientales.

Dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer

Montes *et al.* (2006), afirman que el cáncer y su afección podría variar de acuerdo al tipo de cáncer y en concordancia a ello afectar la calidad de vida en diferentes dimensiones tales como:

Dimensión sexual

El cáncer puede afectar de forma significativa el aspecto sexual; ésta dimensión se ve afectada principalmente por el tratamiento utilizado, teniendo en cuenta las consecuencias negativas que cada tipo de tratamiento se encuentran, a) ausencia o falta de libido, b) disconformidad con la vida sexual, b) pareja con libido disminuido, d) dificultades para el reinicio de la vida sexual, e) temor e inseguridad en las relaciones sexuales, f) alteraciones significativas de la autoimagen y el autoconcepto.

Dimensión psicológica

En la etapa inicial, la aceptación del diagnóstico, su tratamiento y los posibles efectos secundarios son un componente fundamental para generar habilidades y estrategias de afrontamiento. Una actitud realista, determinante y una participación activa en el proceso de tratamiento permite, a algunos pacientes, enfrentar el diagnóstico, los procedimientos desagradables y los efectos secundarios con menor estrés. Entre las preocupaciones de los pacientes con cáncer se encuentran a) el apoyo social, b) el estrés general, c) el bienestar familiar, d) la vida sexual y de pareja y e) los síntomas físicos asociados al tratamiento.

Dimensión social

En el paciente con cáncer se genera un estigma social debido a que la enfermedad se encuentra relacionada con muerte, indefensión, deterioro físico, mutilación lo que desencadena el estigma y por ende una conducta de aislamiento

que lleva a la depresión y despierta sentimientos de rabia, vergüenza negación, entre otros. El apoyo social es un factor clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad, pues al no existir una red de apoyo social, puede contribuir al uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas.

Dimensión física

Las alteraciones físicas se encuentran de la mano con el tipo de tratamiento recibido por el paciente con cáncer, estos tratamientos generan síntomas o efectos secundarios que alteran de manera significativa el bienestar físico a corto y largo plazo, los cuales provocan un deterioro de la función social y en general de la calidad de vida hasta veinte años post tratamiento.

En la calidad de vida para los pacientes con cáncer existen factores predictores de la disminución de calidad de vida: a) menor edad del paciente, b) estadio avanzado de la enfermedad, c) la modalidad de tratamiento particularmente la radioterapia, d) mayor número de procedimientos y tratamientos recibidos, e) menor apoyo social, f) mayor preocupación relacionada con temas reproductivos, g) estrategias ineficaces de afrontamiento, h) salud mental deteriorada, i) vida espiritual empobrecida o no existente.

Dimensiones calidad de vida SF-36

A principios de los noventa la Medical Outcomes StudyMOS, como resultado de sus estudios en salud crea un instrumento llamado SF-36, el cual sintetiza la calidad de vida en dimensiones claras y precisas que se aplican al momento de evaluar la calidad de vida en relación a la salud. Alonso, Prieto y Anto (2002, Vilagut *et al.* 2005) realizan la versión española del SF36 de la cual se toma en cuenta las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud y mental.

MÉTODO

Tipo de Estudio

La investigación parte de un enfoque empírico analítico y paradigma cuantitativo, se realiza un estudio de tipo correlacional, pues tuvo como propósito medir el grado de relación entre las variables Afrontamiento y Calidad de Vida en la problemática del cáncer en un contexto particular. El análisis de la correlación permitió saber el comportamiento de las otras variables relacionadas.

Diseño y Plan de Análisis de Datos

Se aplicó un diseño no experimental buscando analizar y describir el comportamiento de las variables ya mencionadas, sin manipular ninguna de ellas, limitándose a observarlas en un ambiente natural en su contexto real.

Para efectos de la investigación se aplicó el diseño transeccional o transversal en el cual se pretende recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un instante dado; la recolección de la información se obtuvo con única aplicación de los instrumentos.

El diseño empleado transeccional correlacional buscará describir las relaciones entre las variables implicadas en un momento determinado. (Hernández, Fernández y Baptista 2007).

En un primer momento se realizó un análisis univariado utilizando dos programas, Excel para la construcción de la base de datos y SSPS para el procesamiento de datos. El análisis univariado es el análisis básico, primario, donde las características o propiedades de las variables han de medirse una a una. De ésta forma se obtienen estadísticas que permiten caracterizar y describir el comportamiento de cada una de las variables de forma individual, tales como media, mínimo, máximo, frecuencias, tendencia central y variabilidad. Una vez medidas las variables de modo univariado se procede a relacionarlas en la interpretación.

Posteriormente mediante el análisis multivariado se estableció la correlación entre dos grupos de variables, (dimensiones o dominios) que conforman la calidad de vida y el afrontamiento, mediante el modelo de correlación canónica.

La correlación canónica identifica la estructura óptima o la dimensionalidad de cada conjunto de variables que maximiza la relación entre los conjuntos de variables dependientes e independientes. La clasificación de las variables como dependientes e independientes tiene poca importancia en la estimación estadística de las funciones canónicas ya que éste análisis pondera ambos valores teóricos para maximizar la correlación y no establece ningún énfasis en particular en alguno de los valores teóricos.

Por último, se toma en cuenta los resultados del análisis canónico realizado para posteriormente hacer un nuevo análisis estratificando los diferentes estadios de la enfermedad conformados en tres grupos así: grupo 1 (pacientes estadios I y II), grupo 2 (pacientes estadios III y IV) y grupo 3 (pacientes ya tratados que asisten a control). De manera que se observe las diferencias en las relaciones por grupo de estadios.

Población y Muestra

Para efectos del presente estudio se trabajó con pacientes que asistían a la Unidad Oncológica de la I.P.S COOEMSANNAR en el Municipio de Pasto, cuya población está compuesta por 477 pacientes. Con un margen de error del 7.7% y un nivel de confiabilidad del 95%, se obtuvo un tamaño de muestra de 120 pacientes; los cuales 97 fueron mujeres y 23 hombres con un rango de edad que osciló entre los 22 y 80 años de edad. Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta como criterios de selección a). haber asistido en los meses de junio y julio de 2010, b) participación voluntaria expresada a través del consentimiento informado, c) no asistir por primera vez a consulta.

Instrumentos

Para el desarrollo del estudio se utilizaron dos herramientas de medición descritas a continuación.

Escala de ajuste mental al cáncer MAC (Validación colombiana Restrepo 2005)

Tiene como propósito evaluar respuestas específicas de afrontamiento en cualquier paciente oncológico adulto. La escala original consta de 40 ítems y evalúa cinco dimensiones específicas: a) espíritu de lucha, b) desesperanza/indefensión, c)

preocupación ansiosa, d) fatalismo, y e) evitación negación. A partir de dichas dimensiones se pretende medir el grado en que los pacientes adoptan estas respuestas en su ajuste al diagnóstico y tratamiento del cáncer (Restrepo *et al.* 2005). Sin embargo, la adaptación a la población colombiana del instrumento realizada por Restrepo en 2005, elimina los factores evitación/negación y fatalismo, ya que el análisis factorial demostró que tales dimensiones se aplican a la población colombiana debido a las diferencias culturales. La autora reduce el instrumento a 27 ítems que reclasifica en cuatro dimensiones: a) actitud positiva, b) orientación positiva, c) preocupación ansiosa y d) sin esperanza. Cabe anotar que las dos primeras dimensiones corresponden a una división del factor espíritu de lucha. De acuerdo a lo anterior, el análisis se realizará respecto a la validación colombiana y no al instrumento original. Estos cuatro factores fueron independientes y su consistencia interna y estabilidad fueron satisfactorias. La validez de constructo fue examinada por la congruencia de la estructura factorial colombiana con la estructura inglesa original y con estructuras alternativas. En lo que concierne a la fiabilidad del instrumento es bastante relevante ya que para todos los factores se encuentra entre 0,74 y 0,79.

La calificación en cada dimensión del instrumento se establece mediante la sumatoria de los puntajes obtenidos en los ítems que corresponden a cada dimensión, dónde los ítems positivos puntúan directamente y los negativos puntúan a la inversa; la calificación va en una escala de 1 a 4; es decir que “Definitivamente no se me aplica” corresponde a un puntaje de 1, “No se me aplica” corresponde a un puntaje de 2, “Se me aplica” corresponde a 3 puntos y “Definitivamente se me aplica” corresponde a 4 puntos y en sentido negativo puntúan de forma contraria.

Dimensiones MAC población Colombiana

Actitud positiva. El paciente acepta el diagnóstico y adopta una actitud optimista, determinada por el deseo de luchar contra la enfermedad.

Orientación positiva. Es una respuesta de afrontamiento activo, el paciente ve el diagnóstico como un reto y desea participar en las decisiones concernientes con el tratamiento, tiene una visión optimista del futuro y cree posible ejercer control sobre la enfermedad.

Preocupación ansiosa. El paciente está constantemente preocupado por el

cáncer, habitualmente refleja temor hacia el dolor y padecimiento en el desarrollo de la enfermedad, y frecuentemente busca aliento. El diagnóstico es visto como una preocupación 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 (Watson, *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Sin esperanza. El paciente es desesperanzado por el diagnóstico de cáncer, siente que ya no puede hacer nada, adopta una actitud totalmente pesimista, y pierde cualquier esperanza. La enfermedad es vista como una pérdida y el paciente considera el pronóstico como un resultado inevitable, negativo. Piensa que es imposible ejercer algún control sobre la enfermedad. Están ausentes estrategias activas de lucha contra la enfermedad (Watson, *et al.*, 1998, citados por Forero *et al.*, 2005).

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, han sido también asociados con el origen del cáncer o con un peor pronóstico (Ruíz *et al.*, citado por Suarez, 2005).

Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36
(Adaptación Colombiana Contreras F., Esguerra g., Espinoza J. y Gómez V., 2006)

El cuestionario es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, permite evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los estados positivos y negativos de salud, beneficios producidos por diferentes tratamientos, además de permitir explorar la salud física y la salud mental; su contenido se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. La versión utilizada es una adaptación colombiana.

El cuestionario consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones: a) función física, b) rol físico, c) dolor corporal, d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y h) salud mental. Para su calificación se estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. La calificación de cada ítem depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta; los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente

proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud. Se transforma el puntaje a escala de 0 a 100. Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de los ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Según Vilagut *et al.* (2005) el contenido y propiedades métricas, modelo de medida, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento, se describe que en sus características métricas el 96% de las escalas del cuestionario superaron el estándar propuesto de fiabilidad α de Cronbach de 0,7. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metaanálisis fueron superiores a 0,7 en todos los casos. El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de calidad de vida relacionada con salud.

La validez de constructo fue evaluada mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en calidad de vida relacionada con salud, y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios calidad de vida relacionada con salud. Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente α de Cronbach de cada escala a partir de todos los estudios, se llevó a cabo un metaanálisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α de Cronbach fueron $\geq 0,9$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

Dimensiones SF-36 población Colombiana

Función Física. Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

Rol físico. Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.

Dolor corporal. Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

Salud General. Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad. Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social. Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol Emocional. Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

Salud mental. Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

Procedimiento

Fase 1: Recolección de información y de proyecto de investigación

En esta fase se realizó una revisión teórica exhaustiva con el objetivo de profundizar en los aspectos más importantes del tema abordado. Lo cual estableció las bases y la pertinencia de la investigación, teniendo en cuenta la relevancia de las variables estudiadas para el contexto específico de estudio.

Fase 2: Establecimiento de contacto con la institución objeto de estudio

Se presentó la solicitud a través de oficio a la I.P.S COOEMSSANNAR para obtener la autorización necesaria que permitiera el desarrollo de la investigación, dónde se especificaron los objetivos, la importancia y alcance del estudio. Una vez obtenida la autorización, se procedió a realizar las entrevistas con los pacientes para aplicar los instrumentos y obtener los datos requeridos, previo consentimiento informado.

Fase 3: Sistematización de la información obtenida

Para llevar a cabo esta fase fue necesario utilizar el programa Excel 2007, para construir la base de datos. El programa SSPS 15.0 útil en el análisis univariado y Statgraphics para el análisis multivariado de correlación canónica.

Para obtener los puntajes de los instrumentos se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros.

Para el análisis de correlación canónica en el caso del instrumento MAC, fue necesario transformar los puntajes de forma inversa en las dimensiones Preocupación ansiosa y Sin esperanza, para que de sentido negativo pasaran a sentido positivo y las puntuaciones quedaran como las de las otras dos dimensiones.

Actitud positiva. Puntuación máxima 12, puntuación mínima 3, puntuación media $=/+ 9$ Actitud positiva y $=/- 8$ Sin Actitud positiva.

Orientación positiva. Puntuación máxima 40, puntuación mínima 10, puntuación media $=/+ 30$ Orientación positiva y $=/- 29$ Sin orientación positiva.

Sin esperanza. Puntuación máxima 24, puntuación mínima 6, puntuación media $=/+ 12$ Sin esperanza y $=/- 11$ Con esperanza. (Para el análisis multivariado se invierten las puntuaciones y la puntuación media se toma así: $=/+ 12$ Con esperanza y $=/- 11$ Sin esperanza)

Preocupación ansiosa. Puntuación máxima 32, puntuación mínima 8, puntuación media $=/+ 24$ Preocupación ansiosa y $=/- 23$ Sin preocupación ansiosa. (Para el análisis multivariado se invierten las puntuaciones y la puntuación media se toma así: $=/+ 24$ Sin Preocupación ansiosa y $=/- 23$ Preocupación ansiosa).

Para el SF-36 se tienen en cuenta los siguientes criterios.

Función física. Puntuación 0 a 100, mínimo 25,00 “Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud”, máximo 100,00 “Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud”.

Rol físico. Puntuación 0 a 100, mínimo ,00 “Problemas para el desarrollo de actividades diarias debido a la salud física”, máximo: 56,25 “Ningún problema con las actividades diarias debido a la salud física”

Dolor corporal. Puntuación 0 a 100, mínimo ,00 “Dolor muy intenso y extremadamente limitante”, máximo 100,00 “Ningún dolor ni limitaciones”.

Salud general. Puntuación 0 a 100, mínimo 37,00 “Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore”, máximo 100,00: “Evalúa la propia salud como excelente”.

Vitalidad. Puntuación 0 a 100, mínimo 31,25 “Se siente cansado y exhausto todo el tiempo”, máximo 87,50 “Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo”.

Función social. Puntuación 0 a 100, mínimo 25,00, “Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales” máximo 100,00 “Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales”.

Rol emocional. Puntuación 0 a 100, mínimo 8,33 “Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales”, máximo 83,33 “Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales”.

Salud mental. Puntuación 0 a 100, mínimo 50,00 “Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo”, máximo 106,25 “Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo”

Fase 4: Interpretación de resultados y/o construcción de informe final

Una vez asignados los puntajes a cada uno de los participantes en las variables de cada instrumento, se da lectura e interpretación de la información.

Consideraciones Éticas

La investigación, según sus características, se registrará de acuerdo al Ministerio de Salud de la República de Colombia, según Resolución N° 008430 DE 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y el código deontológico para psicólogos (Ley 10 de 1990).

En el desarrollo de la investigación prevaleció el criterio de respeto a la dignidad de los pacientes y la protección de sus derechos y su bienestar. Se actuó bajo consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación. Se dio a conocer a participantes los objetivos de la investigación reiterando la libertad de retirar su consentimiento informado si así lo desearan.

Con el uso del consentimiento informado y las normas éticas que rigen la investigación en seres humanos se protegerá la privacidad de los participantes, respetando el principio de confidencialidad.

La investigación desarrollada no implicó ningún riesgo para los pacientes, ya que estaba dirigida únicamente a la recolección de información y no hubo necesidad de intervenir o modificar intencionalmente las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través del análisis univariado, en la tabla 1 se indica algunos aspectos sociodemográficos de los pacientes, además de las características de las variables de estudio afrontamiento y de calidad de vida.

Características sociodemográficas

Tabla 1

Características Sociodemográficas de los 120 pacientes participantes

			Frecuencia (%)		Frecuencia (%)	
Sexo			Edad			
			22 a 30	9	(7.5%)	
	Mujeres	97 (80.8%)	31 a 40	21	(17.5%)	
			41 a 50	33	(27.5%)	
	Hombres	23 (19.2%)	51 a 60	29	(24.2%)	
			Más de 60	28	(23.3 %)	
Escolaridad			Procedencia			
	Sin estudios	17 (14.2%)	Amazonia	6	(5%)	
	Primaria	71 (59.2%)	Centro	47	(38.3%)	
	Bachillerato	24 (20%)	Centro occidente	16	(13.3%)	
	Técnico	2 (1.7%)	Costa Pacifica	7	(5.8%)	
	Universitario	6 (5%)	Norte	17	(14.2%)	
			Sur	27	(22.5%)	

En el análisis se tuvieron en cuenta aspectos sociodemográficos como sexo, edad, escolaridad y procedencia. Respecto al sexo se encontró que el 80,2% de los pacientes pertenecen al sexo femenino, mientras que el 19,2% corresponde al sexo masculino.

En cuanto a la edad se encontró una media de 50.56 con un valor de desviación estándar de 13.63 lo que significaría la que la mayor parte de pacientes se encuentra en el rango de 36 a 64 años, entendiendo que el mínimo de edad corresponde a 22 años y el máximo a 80 años, por lo tanto la minoría de la población estaría en un rango de edad de 22 a 35 años y de 65 a 80 años respectivamente.

En lo relacionado a la escolaridad se demuestra que el 59,2% de los pacientes tuvieron acceso a educación primaria aunque no fuera en su totalidad; el 20% corresponde a las personas que cursaron grados de educación secundaria, lo cual se contrasta con el bajo porcentaje de pacientes con educación superior que se relaciona con el 5%. Cabe destacar que en tercer lugar se encuentran aquellos que no han tenido acceso a ningún tipo de educación representados con un 14,2%.

Teniendo en cuenta que los pacientes objeto de estudio provenían de diferentes lugares del Departamento de Nariño y de algunas zonas del Departamento del Putumayo, se puede observar que la mayoría de los pacientes con el 38,3% provienen de la Zona Centro del Departamento, seguida por la Zona Sur con el 22,5% y la Zona Norte con 14,2%, las cuales se muestran más significativas.

Tipo de cáncer y diagnóstico

Dentro de las características de los pacientes objeto de estudio se observaron dos aspectos de gran importancia a la enfermedad como son el tipo de cáncer y el estadio. En la figura 1 se puede observa que la mayoría de pacientes pertenece al sexo femenino, donde un alto porcentaje de pacientes fue diagnosticado con cáncer de seno con el 28,3%; seguido de cáncer de cérvix con un 25% y cáncer de ovario con el 8,3%.

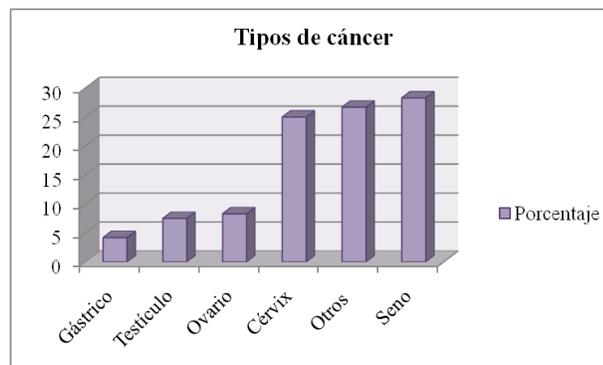


Figura 1. Tipos de cáncer

Para efectos de la investigación se formaron tres grupos como se muestran en la tabla 2. Los pacientes del grupo que asiste a control es de un 31,7%, es decir que su patología ya ha sido tratada y en el momento no padecen la enfermedad. Para los estadíos III, II y IV se encuentra el 25%, el 20,8% y el 14,2% respectivamente y por último se muestra que el 8,3% corresponde al estadio I de la enfermedad.

Tabla 2

Grupos de pacientes según estadío

Pacientes en estadío I y II	35 Pacientes	29,1%
Pacientes en estadío III y IV	47 Pacientes	39,2%
Pacientes que asisten a Control	38 Pacientes	31,7%
Total	120	100%

Tipos de afrontamiento

Como se indica en la tabla 3, la mayor parte de la población con el 91,7% responde a la enfermedad oncológica con el tipo de afrontamiento actitud positiva, mientras el 8,3% se ubica en la clasificación sin actitud positiva, lo cual indica que gran parte de los pacientes han asumido una respuesta de afrontamiento activa, en la que ya se ha aceptado el diagnóstico adoptando una actitud optimista. En cuanto a la orientación positiva el 51,7% tiende a ubicarse en éste tipo de afrontamiento, mientras que el 48,3% corresponde a no tener orientación positiva frente a la enfermedad; se observa que entre estos tipos de afrontamiento no se halla una diferencia significativa en los porcentajes.

Tabla 3

Tipos de afrontamiento

Actitud positiva	Frecuencia	Porcentaje
Sin actitud positiva	10	8,3
Con actitud positiva	110	91,7
Total	120	100,0
Orientación positiva	Frecuencia	Porcentaje
Sin Orientación positiva	58	48,3
Orientación positiva	62	51,7

Total	120	100,0
Preocupación ansiosa	Frecuencia	Porcentaje
Preocupación ansiosa	9	7,5
Sin preocupación ansiosa	111	92,5
Total	120	100,0
Sin esperanza	Frecuencia	Porcentaje
Sin esperanza	4	3,3
Con esperanza	116	95,9
Total	120	100,0

Se puede observar que el 92.5% presenta un tipo de afrontamiento sin preocupación ansiosa, de igual manera un 95,9% se sitúa en el tipo de afrontamiento con esperanza. Lo cual confirma que gran porcentaje de los pacientes ha adoptado un adecuado afrontamiento frente a la enfermedad, teniendo en cuenta que si la mayoría ha asumido una actitud positiva frente al cáncer esto indica que tienen esperanza y a su vez evidencian ausencia de preocupación ansiosa.

En los dos primeros tipos de afrontamiento se puede observar que si bien el 91.7% de los pacientes tienen “actitud positiva”, no necesariamente todos se ubican en el tipo de afrontamiento “orientación positiva” ya que solo se encuentra en esta dimensión el 51.7% de los sujetos, teniendo en cuenta que el tipo de afrontamiento “actitud positiva” se relaciona principalmente con los recursos a nivel cognitivo frente al diagnóstico y el proceso de la enfermedad, mientras que la “orientación positiva” implica no solo el componente cognitivo sino también el conductual, donde se ponen en marcha acciones que permiten al paciente actuar frente al tratamiento y los efectos de la enfermedad.

Los pacientes que se ubican en los porcentajes más bajos, 8.3% “sin actitud positiva”, 7.5% “preocupación ansiosa” y 3,3 “sin esperanza” son aquellos que han adoptado un tipo de afrontamiento inadecuado, por lo cual se deduce que existe la posibilidad de que estén incluidos en “sin orientación positiva”.

Dimensiones calidad de vida

Respecto a la calidad de vida representada en la tabla 4, se encontró que “función física” y función social” tienen un comportamiento similar con puntuaciones medias más altas de 81.3 y 81.0 respectivamente, con desviaciones estándar bajas que indican homogeneidad en las puntuaciones; con lo que se puede deducir que éstas dimensiones se encuentran preservadas en los pacientes, esto indica que su grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, y hacer esfuerzos moderados e intensos no se ha visto afectado significativamente, de igual forma que la función social no se ha reducido de manera importante.

Las dimensiones “salud general”, “salud mental” y “vitalidad” evidencian similitudes, presentando puntuaciones medias altas de 64.1, 64.0 y 64,8 respectivamente con desviaciones estándar bajas que indican homogeneidad de los puntajes. Se evidencia entonces que las dimensiones “salud general”, que evalúa la valoración personal de la salud y “salud mental”, que se relaciona con depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general, se encuentran preservadas en los pacientes al igual que “vitalidad”, la cual implica sentimientos de energía y dinamismo, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Tabla 4

Tabla estadística dimensiones calidad de vida

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general
Media	81.3	45.0	62.1	64.1
Desviación estándar	15.9	43.4	30.1	15.9
Mínimo	30.0	0.0	0.0	33.3
Máximo	100.0	100.0	100.0	95.8
	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media	63.8	81.0	58.3	64.0
Desviación estándar	21.8	26.6	43.5	21.5
Mínimo	10.0	0.0	0.0	16.0
Máximo	100.0	100.0	100.0	100.0

Los puntajes medios de las dimensiones “rol físico”, “rol emocional” y “dolor corporal” son bajos teniendo en cuenta que sus desviaciones estándar son amplias; por ende los puntajes están dispersos y se presentan de forma heterogénea. De ésta forma, es posible que la salud física interfiera y dificulte en cierta medida en el rendimiento de las actividades habituales. También se encuentra que la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual es considerable, así como el grado de interferencia de los problemas emocionales en sus actividades diarias.

Análisis de la correlación entre afrontamiento y calidad de vida

En un segundo momento de la fase de análisis de datos, se procede a aplicar el método de análisis multivariado de correlación canónica, con el cual se presentan los resultados frente a la relación entre tipos de afrontamiento y dimensiones de calidad de vida como indica la tabla 5.

Como se anotó anteriormente, la correlación canónica compara el conjunto de subvariables de la variable conceptual 1 (Calidad de vida) con el conjunto de subvariables que corresponden a la variable 2 (Afrontamiento); a partir de la conformación de variables canónicas mediante combinaciones lineales entre los componentes de cada conjunto de variables. Se han conformado cuatro grupos de variables canónicas (mínimo de componentes de los dos grupos de variables).

Tabla 5

Correlaciones canónicas

Serie	Auto valor	Canónica correlación	Wilks lambda	Chi- Cuadrado	G.L	p-valor
1	0.327385	0.572176	692.011	69,2011	32	0.0001
2	0.128877	0.358994	245.856	24,5856	21	0.2656
3	0.0508432	0.225484	90.638	9,0638	12	0.6975
4	0.0279866	0.167292	31.934	3,1934	5	0.6702

Nota: los valores marcados con *, señalan los coeficientes con mayor ponderación.

La correlación estimada entre cada grupo de variables canónicas, donde el nivel de significación o p-valor indica que un coeficiente de correlación es

estadísticamente significativo, siempre y cuando sea igual o menor 0.05; en este caso se encuentra que la primera serie de combinaciones lineales tiene un p-valor de 0.0001. Como se observa, la primera serie de variables canónicas, presenta una correlación igual a 0,572176 evidenciando un resultado altamente significativo, teniendo en cuenta que las correlaciones canónicas de los cuatro grupos de pares de variables canónicas, con sus respectivos coeficientes de correlación y los valores de significancia (p-valor) fueron alcanzados a través de sus estadísticos de prueba Chi-cuadrado.

En el procedimiento es posible hallar las ponderaciones de los componentes de las variables canónicas con más alta correlación entre las cuatro series de pares de variables, como se presentan en la tabla 6. Se evidencia que los componentes con mayor incidencia en la primera serie para la correlación son “salud mental” y “salud general” y para la segunda serie son “preocupación ansiosa” y “sin esperanza”, teniendo en cuenta que las ponderaciones de esas dimensiones son las más altas.

Tabla 6

Coeficientes para las variables canónicas de calidad de vida

Salud mental	-1.0493*	-0.330283	-0.429015	-0.542345
Salud general	-0.54169*	0.53366	0.998868	-0.089523
Dolor corporal	0.267437	0.353785	-0.073624	0.770899
Rol emocional	0.217737	0.121672	-0.183184	0.0147402
Rol físico	0.183966	0.0660849	-0.046556	-0.863811
Función social	0.104339	-0.466883	-0.065409	0.162852
Función física	-0.025848	0.906667	-0.617221	0.0797802
Vitalidad	-0.002616	-0.826392	0.146702	0.715225
Coeficientes para las variables canónicas de afrontamiento				
Preocupación ansiosa	0.717897*	0.689546	-0.196132	-0.115946
Sin esperanza	0.555938*	-0.460485	0.695835	0.160827
Aptitud positiva	-0.153291	0.704484	0.382366	0.844248
Orientación positiva	-0.182993	-0.123127	0.55229	-1.02522

Para cada serie de combinaciones lineales las variables han sido estandarizadas, primero substrayendo sus medias y luego dividiendo por sus desviaciones típicas. Debido a que no es posible correlacionar 8 dimensiones de una variable con 4 de otra éste análisis utiliza los coeficientes de correlación canónica expuestos en la tabla 6, los cuales sirven para calcular el índice para cada conjunto de variables canónicas, es decir que permite arrojar un solo resultado de cada instrumento para cada sujeto, como se refleja en la figura 2. Éste gráfico evidencia que la relación entre tipos de afrontamiento y calidad de vida es directa, es decir, a mayor afrontamiento mayor es la calidad de vida.

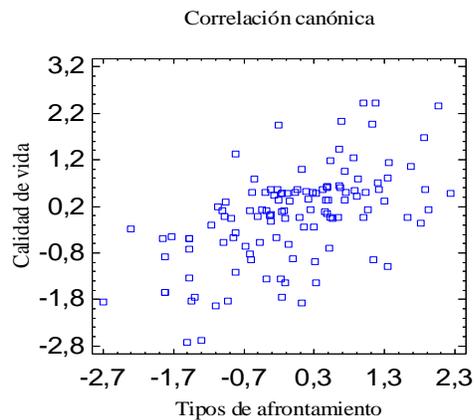


Figura 2. Correlación canónica afrontamiento y calidad de vida

Asociación entre afrontamiento y calidad de vida según el estadio del cáncer

Los resultados de un análisis de correlación canónica estratificado por estadio permite identificar como se presenta la relación afrontamiento y calidad de vida en los diferentes estadios del cáncer, teniendo en cuenta que para el análisis se conformaron tres grupos: pacientes estadio I y II, pacientes estadio III y IV, y pacientes ya tratados que asisten a control. Como se observa en la tabla 7, el p-valor de las dos primeras series es menor a 0.05, es decir que las correlaciones son estadísticamente significativas al 99.9% y al 95% de nivel de confianza respectivamente. Sin embargo, para efectos del análisis se tomará únicamente la

primera serie considerando que tiene menor probabilidad de de error y presenta una correlación de 0.873123 que supera el 0.55 esperado.

Tabla 7

Correlaciones canónicas estadíos I y II

Serie	Autovalor	Canónica	Wilks	Chi-cuadrado	G.L	p-valor
		correlación	lambda			
1	0.762344	0.873123	0.0717541	72.449	32	0.0001
2	0.604642	0.777587	0.301924	32.9335	21	0.047
3	0.166395	0.407915	0.763672	7.41447	12	0.8291
4	0.083893	0.289642	0.916107	2.40959	5	0.79

Además, en el análisis multivariado general se encuentra que la correlación canónica en el grupo de pacientes de estadío I y II es significativamente alta, es decir que la correlación entre las variables es más fuerte.

Respecto a los coeficientes para las variables canónicas en el estadío I y II indicados en la tabla 8, se observa que los componentes de mayor incidencia para la primera serie son “salud mental”, “salud general”, “dolor corporal” y “función social” y para la segunda serie los que inciden principalmente son “sin esperanza”, “orientación positiva” y “actitud positiva”.

Tabla 8

Coeficientes para las variables canónicas de la primera serie estadíos I y II

SM	-0.941075	-0.207439	-0.40919	0.558047
SG	-0.797968	0.678297	0.255008	-0.767171
DC	0.679735	0.964655	-0.229237	-0.898999
FS	0.608312	0.370697	-1.21845	0.0587781
V	0.245153	-0.41917	-0.487034	1.16376
RE	-0.454468	-1.71479	1.17812	-0.139469
FF	-0.36451	0.698336	1.09128	0.143933
RF	0.360001	-0.397893	-0.790355	-0.206636

Coeficientes para las Variables Canónicas de la Segunda serie estadíos I y II

SE	1.11058	0.448226	0.130337	-0.581413
----	---------	----------	----------	-----------

OP	0.727383	0.924226	-0.889257	0.0704229
AP	-0.562131	0.45897	1.25885	-0.342103
PA	0.377038	0.341572	1.20826	0.448416

En torno a esto se puede afirmar que la correlación entre calidad de vida y afrontamiento para este grupo de pacientes es más fuerte, debido a que en cada una de las series que se muestran en la tabla 8 los coeficientes poseen cargas más altas y por tanto el índice que resulta para cada instrumento abarca mayor número de variables canónicas.

En la figura 3 se puede evidenciar que existe una la relación lineal y directa entre calidad de vida y afrontamiento a partir de sus variables correspondientes.

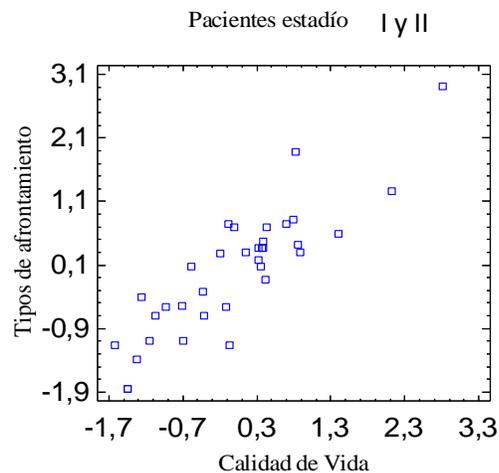


Figura 3. Correlación canónica estadios I y II

Para el grupo de pacientes con estadios III y IV se presentan los siguientes resultados. Como se observa en la tabla 9, el P-valor de las primera serie es mayor a 0.05, es decir que las correlaciones no son estadísticamente significativas. Por lo tanto, no se encuentra la existencia de correlación entre calidad de vida y afrontamiento en este grupo de pacientes, es decir que no se observó influencia de la una sobre la otra.

Tabla 9

Correlaciones Canónicas estadíos III y IV

Serie	Autovalor	Canónica		Chi-		
		correlación	Wilks lambda	Cuadrado	G.L	P-valor
1	0.354267	0.595203	0.371696	39.0923	32	0.1813
2	0.329091	0.573665	0.575619	21.8162	21	0.4102
3	0.097482	0.312221	0.85797	6.05086	12	0.9135
4	0.04936	0.222171	0.95064	1.99949	5	0.8492

Los coeficientes que se muestran en la tabla 10 indican que la mayoría de cargas son significativamente bajas, por ello no es posible establecer correlación entre las variables, ya que para obtener el índice en cada conjunto de variables es necesario que el mayor número de dimensiones posean cargas significativas.

En el grupo de pacientes que ya han sido tratados que asisten a control, se encontraron los siguientes resultados.

Tabla 10

Coeficientes para las Variables Canónicas de la Primera serie estadíos III y IV

SM	-1.06776	0.454718	-0.0334329	-0.587248
RF	0.535454	0.345929	0.494243	-0.391948
FS	0.24731	-0.116287	0.442377	0.138641
DC	-0.173274	-0.0719022	-0.297237	1.13983
SG	-0.142691	0.196409	-0.182251	-0.120218
RE	0.138543	0.495263	0.0559228	0.291627
V	-0.062024	-1.33008	0.371849	-0.099201
FF	0.043346	0.371774	0.241004	0.107012
Coeficientes para las Variables Canónicas de la Segunda serie estadíos III y IV				
OP	0.09677	0.319002	0.455507	-0.999744
PA	0.799305	0.540161	-0.222128	0.239244
SE	0.445808	-0.732007	0.537785	0.113359
AP	-0.324066	0.147795	0.599509	0.923645

Como se observa en la tabla 11, el P-valor de la primera serie es menor a 0.05, es decir que la correlaciones es estadísticamente significativas al 97% aproximadamente de nivel de confianza. Para efectos del análisis se tomará la primera serie considerando que tiene menor probabilidad de de error y presenta una correlación de 0.7229 que supera el 0.55 esperado. En comparación con el análisis multivariado general se encuentra que la correlación canónica en éste grupo es significativamente alta, es decir que la correlación entre las variables es fuerte.

Tabla 11

Correlaciones Canónicas pacientes control

Serie	Autovalor	Canónica correlación	Wilks lambda	Chi- Cuadrado	G.I.	P-valor
1	0.522584	0.7229	0.194861	49.8818	32	0.0229
2	0.396041	0.629318	0.408158	27.3311	21	0.1602
3	0.238291	0.488151	0.675805	11.9515	12	0.4496
4	0.112778	0.335825	0.887222	3.64964	5	0.6009

En cuanto a los coeficientes para las variables canónicas del grupo de pacientes en control indicados en la tabla 12, se observa que los componentes de mayor incidencia para la primera serie son “salud mental”, “salud general”, “vitalidad” y para la segunda serie inciden “orientación positiva” y “actitud positiva”.

Tabla 12

Coeficientes para las Variables Canónicas de la Primera serie control

SG	-0.768121	0.537185	-0.312291	0.748702
V	0.711204	-0.854587	-0.30043	0.789544
SM	-0.595957	-0.289871	-0.507463	-0.529927
DC	0.397396	0.723334	0.263101	0.245613
FS	-0.393741	-0.469068	-0.580135	-0.458558
RF	-0.302418	-0.0857013	0.633236	-0.574957
RE	-0.262352	0.0107685	0.480538	-0.208645
FF	0.244658	-0.184534	0.936534	0.385963

Coeficientes para las Variables Canónicas de la Segunda serie control

OP	-1.00728	0.608394	0.0276094	-0.464792
AP	0.519578	0.121346	0.12005	1.14749
SE	0.482449	0.492085	-0.765979	-0.040449
PA	0.414215	0.439977	0.80077	-0.208154

En torno a esto se puede afirmar que la correlación entre calidad de vida y afrontamiento para este grupo de pacientes es fuerte, debido a que en cada una de las series que se muestran los coeficientes poseen cargas significativas y por tanto el índice que resulta para cada instrumento abarca un número considerable de variables canónicas.

En la figura 4 se puede observar que para este grupo existe una relación lineal directa, similar a la correlación encontrada en los pacientes de estadio I y II, que está da por el nivel de confianza y el P-valor para cada grupo, lo que evidencia la magnitud de la correlación entre las variables de estudio en estos dos grupos.

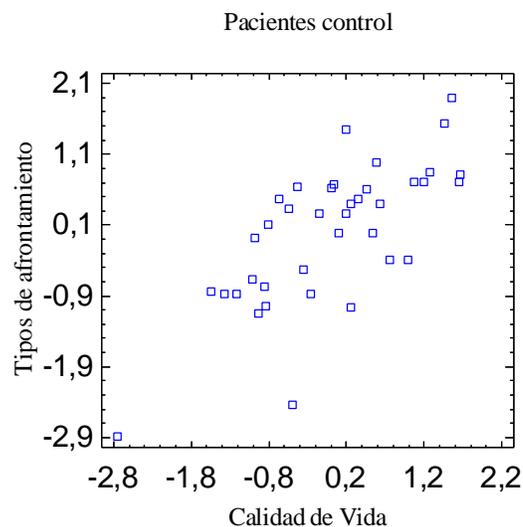


Figura 4. Análisis de correlación grupo de pacientes en control

DISCUSIÓN

La investigación parte del supuesto teórico de esquema de supervivencia de los autores Moorey y Greer (1989), en el que se destaca la importancia de la evaluación cognitiva a través de la cual el paciente con cáncer atribuye un significado al diagnóstico de la enfermedad en términos de reto, amenaza, daño o pérdida o ausencia de amenaza; de esta forma la valoración que hace el paciente definirá el tipo de afrontamiento que va a adoptar para hacer frente a la enfermedad. En el análisis univariado se encontró que un gran porcentaje de los pacientes se ubican en tipos de afrontamiento adaptativos “actitud positiva” y un porcentaje importante también se encuentra ubicado en “orientación positiva”, esto indica que la toma de decisiones y ejecución de acciones dirigidas a conservar la salud y combatir la enfermedad oncológica están presentes. Lo cual según Cano (1998 citado por Suarez et al., 1997), implica que el afrontamiento del cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento, sino que puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad. De igual manera, una persona puede estar empleando diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo.

Los resultados hallados son similares a los reportados en el estudio con pacientes oncológicos realizado por Suárez A., Baquero L., Londoño C., Low C. (2007) en el que se observa que el 63% de los pacientes se ubicaron en “espíritu de lucha” que para nuestro caso equivale a los tipos afrontamiento “actitud positiva” y “orientación positiva”; además es evidente que para “preocupación ansiosa” el porcentaje es considerablemente bajo, resultado coherente con los hallazgos del presente estudio. Lo mismo ocurre con el estudio de Contreras F., Esguerra G., Espinosa J. y Gómez V. (2007) quienes evalúan el afrontamiento a través del cuestionario de afrontamiento del estrés CAE a pacientes con insuficiencia renal crónica. En la investigación se indica que hay mayor tendencia de los sujetos a asumir tipos de afrontamiento adaptativos tales como “focalización del problema” y “reevaluación positiva”, de manera que los resultados hallados en estudios con pacientes crónicos son similares a los encontrados en la presente investigación.

Los tipos de afrontamiento “sin esperanza” y “preocupación ansiosa”, son los menos adoptados por la población y a su vez indican que en esa minoría hay ausencia

de estrategias de confrontación a la enfermedad, percepción de amenaza y ausencia de control frente a la patología. Tomando como referencia otro contexto, el estudio de Baréz M, (2002) en España se encontró que la dimensión espíritu de lucha, que en nuestro caso se relaciona con “actitud positiva y “orientación positiva”, abarca un alto porcentaje de la población estudiada al igual que en la presente investigación y respecto a esperanza e indefensión que aquí se denomina “sin esperanza” el porcentaje de pacientes que adoptan el tipo de afrontamiento es mínimo.

Si bien es importante analizar el afrontamiento de los pacientes a la enfermedad, también es necesario abordar la calidad de vida definida como la valoración que realiza la persona de acuerdo a sus propios criterios sobre su estado de salud, grado de funcionamiento y sobre todo de bienestar, más aun para aquellas personas que se encuentran atravesando un proceso de enfermedad y tratamiento (Contreras F., Esguerra G., Espinoza J. y Gómez V. 2007).

En base a lo anterior, la investigación presenta resultados que permiten evaluar la calidad de vida en las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Para empezar a describir como se encuentra la calidad de vida de los pacientes se tuvieron en cuenta las altas puntuaciones medias en las dimensiones “función física” y “función social”, que resultan ser para los pacientes las que mejor se han preservado. Siendo éstas las puntuaciones más altas con respecto a las demás dimensiones, se afirma bajo grado de limitación en la realización de las actividades físicas como el autocuidado, desplazamiento y esfuerzos varios, además de una mínima interferencia de los problemas de salud física o emocional en la vida social habitual. En cuanto a “función social” los resultados obtenidos se asemejan a lo presentado en el estudio de calidad de vida con pacientes que sufren insuficiencia renal crónica, realizado por Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, (2006), en el que la dimensión “función social” obtuvo una puntuación media de 81.1, lo que implica entonces que los pacientes pese a su condición, no perciben que sus problemas de salud física o emocional interfieren de manera significativa en su vida social. Tal hallazgo es importante ya que de acuerdo a Montes *et al.* (2006)

significa que los pacientes cuentan con el apoyo de la familia o amigos, factor clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad.

Para las dimensiones “salud mental”, “salud general” y “vitalidad”, las puntuaciones medias se presentan en un nivel medio, con lo que se puede afirmar que dichas dimensiones no se encuentran significativamente afectadas. De acuerdo a Montes *et al.* (2006), habría que tener en cuenta que los tratamientos para la enfermedad oncológica resultan tener para la mayoría de los pacientes fuertes efectos secundarios, lo cual afecta a corto y largo plazo su bienestar; sin embargo, de acuerdo a los resultados se observa que existe una valoración positiva de la salud, que incluye la salud actual y las perspectivas de salud a futuro y pese a los efectos de la enfermedad y el tratamiento se manifiesta en cierta medida sentimientos de energía y vitalidad. Respecto a la “salud mental”, si bien la enfermedad oncológica implica deterioro de la salud mental general, se observa que los niveles de depresión y ansiedad no son significativos en este grupo de pacientes, esto debido a que el 91,7% de ellos han adoptado el tipo de afrontamiento Actitud Positiva, el cual les ha permitido sobrellevar la enfermedad a pesar de sus efectos tanto físicos como emocionales.

Las dimensiones “rol físico” y “rol emocional”, son las menos preservadas, demostrando que existe interferencia de la salud física en el trabajo u otras actividades diarias, viéndose afectado en cierta medida el rendimiento de ellas; esto sumado a la interferencia de los problemas emocionales, relacionados con el impacto y ajuste a la enfermedad, en las actividades habituales de los pacientes. La dimensión “dolor corporal” también se ve afectada lo cual indica que el dolor causado por la enfermedad oncológica tiene efectos en las labores diarias.

En la revisión teórica de los conceptos calidad de vida y afrontamiento, desarrollada para la propuesta de investigación, se encontró que si bien existen investigaciones que estudian variables relacionadas con estos conceptos, en ellas no se aborda la relación que existe entre afrontamiento y calidad vida en general, sino de acuerdo a los componentes de cada variable según el instrumento utilizado. Buscando dar respuesta a éste vacío de conocimiento se encontró el estudio de validación para población colombiana MAC realizado por Restrepo (2005), en el que

propone la necesidad de examinar las relaciones que se dan entre formas de afrontamiento y otras variables como calidad de vida o ansiedad y depresión. El siguiente paso fue buscar un instrumento psicométrico que evalúe la calidad de vida relacionada con la salud y que además esté adaptado a la población colombiana como el SF-36, el cual fue estudiado y adaptado por Contreras F., Esguerra G., Espinosa J. y Gómez V.(2007).

Llevado a cabo el proceso de revisión se evidencia que los estudios explorados además de no estudiar la relación entre calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer, no aplican en conjunto los instrumentos psicométricos utilizados para ésta investigación, por lo tanto se da respuesta a un vacío de conocimiento frente al abordaje de la asociación de calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer según los estadios de la enfermedad.

Para el estudio de la asociación entre las variables afrontamiento y calidad de vida se toma como referente lo propuesto por Fierro (1997, citado por Arjona y Guerrero, 2004) quien afirma que el afrontamiento es un aspecto de gran importancia ya que hace parte de los recursos psicológicos del paciente, de tal manera que puede considerarse como una de las variables personales declaradas como intervinientes en los niveles de calidad de vida percibida. Tal afirmación es coherente con lo hallado en el análisis, donde se observó que existe una relación lineal directa entre calidad de vida y afrontamiento, establecida por el coeficiente de correlación estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 99.9%; lo que permite afirmar para la muestra estudiada que a mejor afrontamiento adopten mayor será la calidad de vida o viceversa.

En el análisis de asociación entre calidad de vida y afrontamiento según el estadio del cáncer, se observa que para los grupos de pacientes en estadio I-II y control (ya tratados) resultaron coeficientes de correlación estadísticamente significativos, lo que indica que existe relación lineal directa entre las dos variables de estudio, llegando a la misma conclusión encontrada en el análisis de correlación canónica a nivel general.

El resultado del análisis con respecto al grupo de pacientes en estadio III y IV, demostró que al encontrar un coeficiente de correlación no significativo, se deduce

que es inexistente la relación entre las variables de estudio. Por tanto, se puede suponer que dichas variables se comportan de manera independiente.

De acuerdo a Forero (2005), en el campo de investigación sobre el proceso salud-enfermedad en la patología oncológica, el concepto de afrontamiento ha resultado ser de particular importancia, ya que la comprensión acerca de cómo los pacientes afrontan las demandas impuestas por el cáncer, permite el desarrollo de intervenciones orientadas a proporcionar recursos y estrategias que minimicen el impacto de la enfermedad, sus secuelas psicológicas y sociales de manera que se influya positivamente en la calidad de vida de los pacientes; los resultados encontrados en la presente investigación en cuanto a la relación existente entre calidad de vida y afrontamiento dan soporte a lo propuesto por la autora referida anteriormente.

La recurrencia de tipos de afrontamiento adaptativos en la población, podrán permitir la investigación de estos repertorios, además de su promoción para lograr una mejor calidad de vida en los pacientes.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

La investigación deja como aporte principal una base teórica que responde al vacío de conocimiento en cuanto a la relación calidad de vida y afrontamiento según el estadio de la enfermedad en esta población específica. Lo cual permitirá orientar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y el afrontamiento, con el propósito de atender las necesidades de la minoría de pacientes que evidencian un afrontamiento inadecuado y baja calidad de vida.

El aporte de la investigación a la psicología como ciencia es el uso de nuevas metodologías, teniendo en cuenta que se aplicó un análisis que no se ha empleado en otras investigaciones realizadas en el programa de psicología. Los resultados obtenidos con ésta metodología permiten ampliar el conocimiento sobre el impacto psicológico de la enfermedad oncológica al ofrecer información sobre los recursos psicológicos con los que cuentan estos pacientes para hacer frente a la enfermedad, lo cual es de gran relevancia para fortalecer las propuestas teóricas en los campos de la psicología de la salud y psicooncología. Además, investigar más a fondo en el repertorio cognitivo conductual de estos pacientes permitirá ampliar el conocimiento de nuevos códigos de comportamiento, “esquemas, respuestas y alternativas para el manejo del cáncer y aquellos factores que habitualmente inciden negativamente en el afrontamiento de la enfermedad” (Chaves 2010).

Los hallazgos del estudio realizado enriquecen el trabajo investigativo con visión social propuesto por el programa de psicología, además posibilita a las nuevas generaciones de profesionales abrir nuevos campos de intervención tanto en el ámbito de la psicología de la salud como en la psicooncología, de manera que se formulen nuevas propuestas en la investigación, evaluación y tratamiento en pacientes oncológicos y crónicos.

Los resultados de la investigación fueron satisfactorios en la medida en que se logro cumplir con los objetivos, con lo cual es posible plantear posteriores investigaciones dirigidas a establecer el afrontamiento y la calidad de vida a largo de la evolución de la enfermedad oncológica, definiendo una población homogénea en los aspectos tipo de cáncer, estadio, género y edad; lo que permitiría develar

diferencias y similitudes en el comportamiento de la relación entre calidad de vida y afrontamiento.

Cabe resaltar que los datos encontrados en esta muestra aplican solo para la misma, y por lo tanto, no pueden ser generalizados a otras poblaciones. Dado que no se encontró relación entre calidad de vida y afrontamiento en el grupo de pacientes con estadio III y IV, es importante estudiar más a fondo las características de estos pacientes con respecto a las variables, de manera que sea posible intervenir de forma eficaz frente a las necesidades específicas que pudiese presentar este grupo poblacional. Se cree conveniente para estudios posteriores manejar a esta población de forma independiente, analizando a profundidad las características sociodemográficas, el tipo de cáncer, afrontamiento y calidad de vida, además manejar otros instrumentos o metodologías que ayudarían a enriquecer el conocimiento en esta temática.

En cuanto a los instrumentos utilizados en la investigación se resalta que son pruebas psicométricas adaptadas a la población colombiana, lo cual las convierte en herramientas valiosas para futuras intervenciones e investigaciones en el contexto. En el documento se anexa toda la información necesaria para su aplicación, debido a la dificultad para obtener este material.

Es importante tener en cuenta la restricción que existe por parte de algunas instituciones para el acceso a la población, lo que afecta el estudio de muestras amplias que permitan enriquecer el conocimiento sobre estos pacientes.

Una limitación considerable en la investigación fue el no haber encontrado en el tiempo de estudio homogeneidad en la población, respecto al número de pacientes para cada estadio, por lo que se recurrió a conformar grupos en los que se organizó por estadios incluyendo pacientes ya tratados que asisten a control, lo que fue positivo en el sentido de que permitió hacer comparación entre pacientes que se encuentran en el proceso de enfermedad y aquellos que recibieron tratamiento y han superado el cáncer.

Teniendo en cuenta la riqueza de la información se prevé un análisis más a profundidad sobre las variables esperando como resultado conocer el comportamiento

de estas con respecto al los tipos de cáncer, la relación entre genero, edad y tipo de cáncer.

Se recomienda además ahondar en el estudio de las variables en el grupo estadio III y IV, con nuevas aplicaciones de los instrumentos, realizando así una estandarización de los mismos.

REFERENTES

Arjona, J. y Guerrero, S. (publicado 15 agosto, 2001). Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria. *Sitio: PsicologíaCientífica.com*. Recuperado en mayo 13, 2009. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-182-un-estudio-sobre-los-estilos-y-las-estrategias-de-afrontamiento-y-su-relacion-co.pdf>

Arraras J., Martínez M., Manterota A. y Laínez N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC*. *Revista Psicooncología No. (1) (pp. 87- 98)*. Recuperado en abril 5, 2009. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705529>

Baréz, M. (2002). Relación entre percepción del control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado en febrero 9, 2009. Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0522103-210619//mbv1de4.pdf

Bayés, R. (2000). *Psicología Oncológica*. Madrid: Ediciones Martínez Roca S.A.

Bravo, P. (2001). Descripción en una muestra de pacientes chilenos que reciben atención en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, de factores que inciden en afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica. Tesis Doctoral. Recuperado en junio 12, 2009. Disponible en: http://aniorte.eresmas.com/archivos/tesis_doct_afrent_estress_enf_oncolog.pd

Castiblanco, A. y Delgado, C. (2001). La mente importa: Afrontamiento y evolución del cáncer. *Boletín de Psicología, No.(1).(pp.383- 399)*. Recuperado en junio 12, 2009. Disponible en: http://www.fuden.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=30&ID_INV_NURE_INI=1&paginacion=4

RE_INI=1&paginacion=4

Contreras F. y Vinaccia S. (2007). *Cómo redactar informes de investigación en psicología y ciencias sociales*. Universidad Santo Tomás.

Contreras F., Esguerra G., Espinoza J. y Gómez V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*. (pp. 16-179).

Crespo, M. y Labrador, F. (2001). Intervención psicológica y salud del estrés: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykinson.

García, M. (2004). Utilidad de la metodología grupal en pacientes laringectomizados para mejorar su calidad de vida: Un ensayo clínico. *Revista de Enfermería Nure Investigaciones No.(7)*. Recuperado en agosto 10, 2009. Disponible en:http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=30&FilaInicio=21

Gaviria, A., Vinaccia a., Riveros M. y Quiceno J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Revista Psicología desde el Caribe No. (20).(pp.50-75)*. Recuperado en septiembre 2, 2009 Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/20/3_Calidad%20de%20vida.pdf

Godoy, J.F. (1999) *Psicología de la Salud: delimitación conceptual. Manual de psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Hair J., Anderson R., Tatham R. y Black W. (1999). *Análisis Multivariante*. España: Prentice Hall.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, L. (2007) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Latorre, P. y Beneit, P. (1994) *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Colección Psicología.

Lazarus, K. y Folkman S. (1996). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Rocca; 1996

Montes, L., Mullins M. y Urrutia M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cervico uterino. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología No. (71). (pp.129-134)*. Recuperado en mayo 15,2009. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art10.pdf>

Morrison, V. y Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación S.A.

Munuera, J. (2004). *Psicología para las Ciencias de la Salud estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España: McGraw Hill.

National Cancer Institute (2007). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado en: junio 20, 2009. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>

<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page8>

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson Editores.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Cáncer: Nota descriptiva No. (297)*. Centro de Prensa. Recuperado en: febrero 5, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Padilla, G. (2005). Calidad de vida panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología. No. (14) (pp.80- 88)*. Recuperado en junio 7, 2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401408.pdf>

Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual No.(2). (pp. 107- 120)*. Recuperado en septiembre 20, 2009. Disponible en: <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncologica.pdf>

Restrepo, M., Forero F., y Bernal, G., (2005). Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Revista Avances en Medición No.(3).(pp. 135-152)*. Correo electrónico enviado por Martha Restrepo agosto 27, 2009.

Rivero, R., Piqueras, J., Ramos V., García, L., Martínez, A., y Oblitas, L. Psicología y Cáncer. *Revista Suma Psicológica, No (1),(pp. 171- 198)*. Recuperado en agosto 11, 2009. Disponible en: <http://openjournal.fukl.edu/index.php/sumapsi/article/view/21/7>

Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un Modelo de Interacción. *Revista Psicooncología. No.(1).(pp. 3-12)*. Recuperado en marzo 23,

2009. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulo/PSIC0404110003A.PDF>

Schalock, R. y Verdugo, M. (2002). *Calidad de Vida*. New York: Print Ourt.

Schwartzmann, L. (2003) Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería No. (.2).* (pp.9-21). Recuperado en: agosto 20, 2009. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>

Sociedad Española de Oncología Médica SEOM (21 de febrero 2007). Estadios del tumor. Recuperado en octubre 20, 2009. Disponible en:
<http://www.seom.org/es/infopublico/info-tipos-cancer/tumores-orl/orl/1133-estadiaje>

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología No. (75).* (pp. 73- 85). Recuperado en abril 20, 2009 Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletín/previos/N75-4.pdf>

Suárez, A., Baquero, L., Londoño, Ch. y Low, C. (2005). Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Trabajo de grado: Universidad El Bosque. Recuperado en abril 8, 2009. Disponible en:
<http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf>
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401408.pdf>

Universidad Nacional. (2007). Investigación en psicooncología. Publicación. Recuperado en abril 24, 2009. Disponible en:
<http://www.humanas.unal.edu.co/po/>

Vinaccia, S. y Orozco L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Revista Diversitas No. (2)* (pp. 125- 137). Recuperado en mayo 4,2009. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/679/67910202.pdf>

Vinaccia S., Quiceno J., Fernández H., Contreras F., Bedoya M., Tobón S. *et al.* (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Revista Psicología y Salud No. (2).* (pp.207-220). Recuperado en mayo 4, 2009. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29115205>

Vilagut G, Ferrer M., Rajmil L., Rebolledo P., Permanyer-Miralda G., Quintana J. *et al.* (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Revista Gaceta Sanitaria*. No. (2). (pp. 135-150). Recuperado en agosto 24, 2009. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200001&script=sci_arttext

Zaider, G., Triviño, V. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan* No. (5). (pp.20-31). Recuperado en febrero 29, 2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74150103.pdf>

ANEXO 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



San Juan de Pasto, ____/____/2010

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación realizada por Amanda Pantoja Córdoba y Pamela Sañudo Vélez, Egresadas del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño, en conjunto con la I.P.S COOEMSSANAR del Municipio de Pasto.

El objetivo del estudio es conocer las características del afrontamiento y la calidad de vida y las relaciones que entre estos puedan existir, después de haber sido diagnosticado de cáncer.

Para el desarrollo de la investigación ofreceré la información necesaria que será recolectada a través de dos cuestionarios aplicados en un mismo momento.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales con la seguridad de no ser identificado. Además puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento de la investigación si así lo deseo.

Está claro que no recibiré dinero ni otras retribuciones por mi colaboración.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo para fines de la presente investigación.

En cualquier momento las investigadoras responderán a mis dudas y preguntas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Firma del Paciente

Firma del investigador

Firma del representante legal

Si fuere el caso.

ANEXO 2: ESCALA DE AJUSTE MENTAL AL CANCER

Adaptación Restrepo, Forero y Bernal (2005)

Instrucciones:

Las frases que va a leer a continuación describen reacciones de las personas que tienen cáncer. Por favor, marque con una X en la escala que aparece a la derecha de cada frase, indicando en qué medida cada una de ellas se aplica a usted en este momento. Por ejemplo, si la frase definitivamente no se le aplica, deberá colocar entonces una X en el número 1 de la primera columna.

	DEFINITIVAMENTE NO SE ME APLICA	NO SE ME APLICA	SE ME APLICA	DEFINITIVAMENTE SE ME APLICA
1. Siento que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros.				
2. Creo que mi actitud positiva beneficiará a mi salud.				
3. Creo firmemente que mejoraré.				
4. Siento que nada de lo que haga va a cambiar las cosas.				
5. Siento que en la vida no hay esperanza.				
6. Por mi diagnóstico de cáncer, ahora me doy cuenta de lo valiosa que es la vida, e intento sacarle el mejor provecho.				
7. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o que empeore.				
8. He vivido bien y lo que me queda es adicional.				
9. Siento que no puedo hacer nada para superar esto.				
10. Me gustaría hacer contacto con otros que se encuentren en la misma situación.				
11. Estoy decidido/a a dejar todo en el pasado.				
12. Me cuesta trabajo creer que esto me sucedió a mí.				
13. Sufro una gran angustia por esto.				
14. No tengo mucha esperanza en el futuro.				
15. Por el momento, solo me dedico a un día a la vez.				
16. Otras personas se preocupan por mí más de lo que yo lo hago.				

	DEFINITIVAMENTE <u>NO</u> SE ME APLICA	<u>NO</u> SE ME APLICA	SE ME APLICA	DEFINITIVAMENTE SE ME APLICA
17. Pienso en otras personas que están peor que yo.				
18. Estoy intentando conseguir tanta información como pueda sobre el cáncer.				
19. Siento que no puedo controlar lo que está sucediendo.				
20. Intento tener una actitud muy positiva.				
21. Me mantengo bastante ocupado/a para no tener tiempo de pensar en esto.				
22. Evito averiguar más acerca de esto.				
23. Siento que estoy resignado frente a esto.				
24. No tengo ni la menor idea de qué debo hacer.				
25. Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido.				
26. Reconozco mis fortalezas.				
27. Intento luchar contra la enfermedad.				

Anexo 3. Claves calificación MAC Adaptación Restrepo, Forero y Bernal (2005)

ÍTEMES	CLAVE
1. Siento que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros.	P. ANSIOSA
2. Creo que mi actitud positiva beneficiará a mi salud.	A. POSITIVA
3. Creo firmemente que mejoraré.	A. POSITIVA
4. Siento que nada de lo que haga va a cambiar las cosas.	S. ESPERANZA
5. Siento que en la vida no hay esperanza.	S. ESPERANZA
6. Por mi diagnóstico de cáncer, ahora me doy cuenta de lo valiosa que es la vida, e intento sacarle el mejor provecho.	O. POSITIVA
7. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o que empeore.	P. ANSIOSA
8. He vivido bien y lo que me queda es adicional.	O. POSITIVA
9. Siento que no puedo hacer nada para superar esto.	S. ESPERANZA
10. Me gustaría hacer contacto con otros que se encuentren en la misma situación.	O. POSITIVA
11. Estoy decidido/a a dejar todo en el pasado.	O. POSITIVA
12. Me cuesta trabajo creer que esto me sucedió a mí.	P. ANSIOSA
13. Sufro una gran angustia por esto.	P. ANSIOSA
14. No tengo mucha esperanza en el futuro.	S. ESPERANZA
15. Por el momento, solo me dedico a un día a la vez.	P. ANSIOSA
16. Otras personas se preocupan por mí más de lo que yo lo hago.	O. POSITIVA
17. Pienso en otras personas que están peor que yo.	O. POSITIVA
18. Estoy intentando conseguir tanta información como pueda sobre el cáncer.	O. POSITIVA
19. Siento que no puedo controlar lo que está sucediendo.	P. ANSIOSA
20. Intento tener una actitud muy positiva.	A. POSITIVA
21. Me mantengo bastante ocupado/a para no tener tiempo de pensar en esto.	O. POSITIVA
22. Evito averiguar más acerca de esto.	S. ESPERANZA
23. Siento que estoy resignado frente a esto.	S. ESPERANZA
24. No tengo ni la menor idea de qué debo hacer.	P. ANSIOSA
25. Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido.	P. ANSIOSA
26. Reconozco mis fortalezas.	O. POSITIVA
27. Intento luchar contra la enfermedad.	O. POSITIVA

Anexo 4. Rangos de calificación MAC

Actitud positiva	P. máxima: 12 P. mínima: 3 P. media: =/+ 9 Actitud positiva =/- 8 Sin Actitud positiva
Orientación positiva	P. máxima: 40 P. mínima: 10 P. media: =/+ 30 Orientación positiva =/- 29 Sin orientación positiva
Sin esperanza	P. máxima: 24 P. mínima: 6 P. media: =/+ 18 Sin esperanza =/- 17 Con esperanza
Preocupación ansiosa	P. máxima: 32 P. mínima: 8 P. media: =/+ 24 Preocupación ansiosa =/- 23 Sin preocupación ansiosa

Anexo 5. Cuestionario de Salud SF-36

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust.

Adaptación colombiana de Juan C. Espinosa, Françoise V. Contreras & Gustavo A. Esguerra

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas partirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>1. En general, usted diría que su salud es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala <p>2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año 3. Mas o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año 5. Mucho peor ahora que hace un año <p>3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco | <p>3. No, no me limita nada</p> <p>5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de las compras?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>9. Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho | <p>2. Si, me limita un poco</p> <p>3. No, no me limita nada</p> <p>10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos cien metros)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si, me limita mucho 2. Si, me limita un poco 3. No, no me limita nada <p>13. Durante las <u>4 últimas semanas</u>, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>14. Durante las <u>4 últimas semanas</u>, ¿hizo menos de lo</p> |
|--|--|--|

hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costo más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Si
2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como

estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy pocos
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo algunas veces
6. Nunca

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente verdadero

2. Bastante verdadero
3. No lo sé
4. Bastante falso
5. Totalmente falso

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente verdadero
2. Bastante verdadero
3. No lo sé
4. Bastante falso
5. Totalmente falso

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente verdadero
2. Bastante verdadero
3. No lo sé
4. Bastante falso
5. Totalmente falso

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente verdadero
2. Bastante verdadero
3. No lo sé
4. Bastante falso
5. Totalmente falso

Gracias por su colaboración

Anexo 6. Puntajes calificación SF-36

Función física	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 Mínimo: 25,00: Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud. Máximo: 100,00: Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud. Media: 78,6508 Desviación típica: 4,48069
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 13,14,15,16, Mínimo: ,00: Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física. Máximo: 56,25: Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física. Media: 23,9583 Desviación típica: 17,23693
Dolor corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 21,22 Mínimo: ,00: Dolor muy intenso y extremadamente limitante. Máximo: 100,00: Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.

		Media: 67,7143 Desviación típica: 29,90865
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 1, 33,34,35,36 Mínimo: 37,00: Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore. Máximo: 100,00: Evalúa la propia salud como excelente. Media: 66,8889 Desviación típica: 22,12286
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 23,27,29,31 Mínimo: 31,25: Se siente cansado y exhausto todo el tiempo. Máximo: 87,50: Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo. Media: 55,0595 Desviación típica: 16,43904
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 20,32 Mínimo: 25,00: Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales. Máximo: 100,00: Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.

		Media: 81,2500 Desviación típica: 25,35801
Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 17,18,19 Mínimo: 8,33: Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales. Máximo: 83,33: Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales. Media: 48,0769 Desviación típica: 23,85184
Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.	Puntuación: 0 A 100 Ítems: 24,25,26,28, 30 Mínimo: 50,00: Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo Máximo: 106,25: Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo. Media: 75,2500 Desviación típica: 16,14603

Anexo 7. Calificación por ítem SF-36

ÍTEM	1	2	3	4	5	6
1	100	75	50	25	0	
2	100	75	50	25	0	
3	0	50	100			
4	0	50	100			
5	0	50	100			
6	0	50	100			
7	0	50	100			
8	0	50	100			
9	0	50	100			
10	0	50	100			
11	0	50	100			
12	0	50	100			
13	0	100				
14	0	100				
15	0	100				
16	0	100				
17	0	100				
18	0	100				
19	0	100				
20	100	75	50	25	0	
21	100	80	60	40	20	0
22	100	75	50	25	0	
23	100	80	60	40	20	0
24	0	20	40	60	80	100
25	0	20	40	60	80	100
26	100	80	60	40	20	0
27	100	80	60	40	20	0

Afrontamiento y Calidad de Vida 76

28	0	20	40	60	80	100
29	0	20	40	60	80	100
30	100	80	60	40	20	0
31	0	20	40	60	80	100
32	0	20	40	60	80	100
33	0	25	50	75	100	
34	100	75	50	25	0	
35	0	25	50	75	100	
36	100	75	50	25	0	