

**DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, LOCUS DE CONTROL Y  
EXPECTATIVAS TOMANDO EN CUENTA LA EDAD Y EL ESTADIO DE  
LA ENFERMEDAD DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX EN  
TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E**

**(Trabajo de Grado para optar al Título de Psicóloga)**

**SANDRA PATRICIA LUCANO INSUASTY**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
PASTO (NARIÑO)**

**2007**

**DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, LOCUS DE CONTROL Y  
EXPECTATIVAS TOMANDO EN CUENTA LA EDAD Y EL ESTADIO DE  
LA ENFERMEDAD DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX EN  
TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E**

**(Trabajo de Grado para optar al Título de Psicóloga)**

**SANDRA PATRICIA LUCANO INSUASTY**

**Asesora**

**CLAUDIA MERCEDES CALVACHE CABRERA**

**PSICÓLOGA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
PASTO (NARIÑO)**

**2007**

“Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son responsabilidad exclusiva de su autor.”

Artículo 1° del acuerdo N° 32 de octubre 11 de 1966 , emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

ASESOR

---

JURADO A

---

JURADO B

San Juan de Pasto, Agosto de 2007

## *Dedicatoria*

*A Dios por regalarme la familia y los amigos que tengo.*

*A mis Padres Miriam y Manuel y a mi hermano Luís Carlos  
por luchar a mi lado para alcanzar el sueño que hoy se hace realidad.*

*A William por su amor y constante apoyo.*

*A mi Familia y Amigos por sus palabras de aliento y su compañía.*

*Sandra Patricia*

## *Agradecimientos*

*Al Doctor Hernán Erazo y al Comité de Ética del Hospital Universitario Departamental de Nariño por permitir la realización de este trabajo.*

*Al Doctor Miguel Rosero por su apoyo en el desarrollo de la investigación y su contribución en mi formación profesional.*

*A la Psicóloga Claudia Calvache por su asesoría, orientación y apoyo en las diferentes fases del trabajo y en mi formación profesional.*

*A los Psicólogos Margarita Cháves y Leonidas Ortiz, quienes con sus observaciones enriquecieron esta investigación.*

*A la Psicóloga Carolina Cabrera por sus valiosos aportes en el proceso de validación de los instrumentos.*

*A Mariela Rosero y al personal de la Unidad de Oncología por su colaboración en el desarrollo de la propuesta.*

*A las mujeres que participaron en la investigación por compartir conmigo sus vivencias.*

*Sandra Patricia*

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN.....	8
Tema.....	8
Titulo.....	8
Descripción del Problema.....	8
Formulación del Problema.....	14
Sistematización del Problema.....	14
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Justificación.....	18
MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	22
Psicología de la Salud.....	22
Áreas de Aplicación.....	22
Objetivos de la Psicología de la Salud.....	24
Psicooncología.....	26
Áreas de Investigación.....	26
Objetivos de la Psicooncología.....	26
Funciones del Psicooncólogo.....	27
Funciones de Evaluación.....	27
Funciones de Intervención Terapéutica.....	27

Funciones de Asesoramiento.....	27
Funciones de Investigación.....	28
Funciones de Docencia.....	28
Ámbitos de Intervención del Psicooncólogo.....	28
Momentos de Intervención durante la Enfermedad.....	28
Dentro del Equipo Sanitario.....	28
Cáncer.....	29
Cáncer de Cérvix.....	29
Factores Predisponentes.....	29
Etapas Clínicas.....	29
Tratamiento del Cáncer de Cérvix.....	30
Cirugía.....	31
Quimioterapia.....	32
Radioterapia.....	32
Afrontamiento.....	33
Etapas del Afrontamiento.....	34
Funciones del Afrontamiento.....	35
Afrontamiento Dirigido al Problema.....	35
Afrontamiento Dirigido a la Emoción.....	35
Recursos del Afrontamiento.....	36
Afrontamiento y Enfermedad.....	37
Afrontamiento y Salud.....	38
Tipos de Afrontamiento.....	39
Estilos de Afrontamiento.....	39

Estrategias de Afrontamiento.....	39
Locus de Control.....	42
Dimensiones de Locus de Control.....	44
Clasificación de Rotter.....	44
Clasificación de Levenson.....	45
Clasificación de O'Brien.....	45
Clasificación de Wallston.....	46
Locus de Control, Salud y Enfermedad.....	46
Locus de Control y Lesión Medular.....	47
Locus de Control y Artritis.....	47
Locus de Control y Enfermedad Coronaria.....	47
Locus de Control y Diabetes.....	48
Locus de Control y VIH SIDA.....	48
Locus de Control y Dolor Crónico.....	48
Locus de Control y Cáncer.....	49
Expectativas.....	50
Tipologías de Expectativas.....	51
Tipología de Heckhausen.....	51
Tipología de Sappington y Rusell.....	52
Tipología de Bandura.....	52
Influencia de las Expectativas.....	55
Expectativas y Comportamiento Humano.....	56
Expectativas y Ámbito Laboral.....	56
Expectativas y Contexto Educativo.....	57

Expectativas y Ámbito Sanitario.....	57
Expectativas y comportamientos saludables.....	57
Expectativas y cefalea.....	58
Expectativas y fatiga.....	58
Expectativas y trastornos fóbicos.....	59
Expectativas y regulación del dolor.....	59
Expectativas y cáncer.....	59
Expectativas, Estrategias de Afrontamiento y Locus de Control.....	60
Locus de Control y Estrategias de Afrontamiento.....	60
Estrategias de Afrontamiento y Expectativas.....	62
Locus de Control y Expectativas.....	63
Consideraciones Éticas.....	63
Parámetros Éticos concernientes al Respeto de los Derechos.....	64
Aspectos Éticos sobre la Información.....	64
Aspectos Éticos sobre el Consentimiento Informado.....	65
METODOLOGÍA.....	67
Paradigma de Investigación.....	67
Enfoque de Estudio.....	68
Modelo de Enfoque Dominante.....	68
Tipo de Estudio.....	68
Diseño Metodológico.....	69
Participantes.....	69
Procedimiento.....	70
Instrumentos.....	73

Cuestionario de Modos de Afrontamiento.....	73
Escala de Locus de Control de Rotter.....	74
Entrevista Semiestructurada sobre Expectativas.....	75
Formato de Presentación de la Investigación.....	76
Consentimiento Informado de la Paciente.....	76
Variables.....	76
Definición de las Variables de Estudio.....	76
Valores de las Variables.....	78
Hipótesis.....	79
Plan de Análisis de Datos.....	83
RESULTADOS.....	87
Caracterización Poblacional.....	87
Descripción de las Estrategias de Afrontamiento.....	92
Descripción del Tipo de Locus de Control.....	97
Descripción de las Características de las Expectativas.....	99
Análisis de Relaciones y Comprobación de Hipótesis.....	118
Análisis de Relaciones según las Variables de Control.....	119
Relaciones entre Edad y Estrategias de Afrontamiento.....	119
Relaciones entre Estadio y Estrategias de Afrontamiento.....	121
Relaciones entre Edad y Locus de Control.....	122
Relaciones entre Estadio y Locus de Control.....	122
Relaciones entre Edad y Expectativas.....	123
Relaciones entre Estadio y Expectativas.....	123

Análisis de Relaciones entre Estrategias de Afrontamiento, Locus de Control y Expectativas.....	124
Relaciones entre Estrategias de Afrontamiento y Expectativas.....	124
Relaciones entre Locus de Control y Expectativas.....	125
Relaciones entre Locus y Estrategias de Afrontamiento.....	125
DISCUSIÓN.....	128
RECOMENDACIONES.....	140
REFERENCIAS.....	142
ANEXOS.....	153

## Lista de Figuras

Figura No. 1.....	71
Figura No.2.....	88
Figura No.3.....	89
Figura No.4.....	90
Figura No.5.....	90
Figura No.6.....	91
Figura No.7.....	98

## Lista de Tablas

Tabla No. 1.....	92
Tabla No. 2.....	93
Tabla No. 3.....	94
Tabla No. 4.....	98
Tabla No.5.....	100
Tabla No.6.....	102
Tabla No.7 .....	103
Tabla No.8.....	105
Tabla No.9.....	107
Tabla No.10.....	109
Tabla No.11.....	111
Tabla No.12.....	112
Tabla No.13.....	114
Tabla No.14.....	117
Tabla No.15.....	119
Tabla No.16.....	121
Tabla No.17.....	126

## RESUMEN

La finalidad de esta investigación fue identificar las características de las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control, expectativas, edad y estadio de la enfermedad en pacientes oncológicas.

La población estuvo conformada por 15 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix en diferentes estadios clínicos que ingresaron a radioterapia durante los meses de Febrero, Marzo, Abril y Mayo de 2007.

Para realizar el análisis de las relaciones entre las variables se emplearon el coeficiente de correlación de Spearman del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y la categorización de datos.

Como resultado de estos procesos se concluye que las pacientes utilizan con más frecuencia las estrategias reevaluación positiva y escape - evitación y en menor medida confrontación y distanciamiento; tienden a emplear el locus externalizado, poseen expectativas de resultado positivas y de eficacia influenciadas por acciones de otras personas.

También se determinó que existe un patrón característico de relaciones que implica la tendencia a emplear el locus de control externo, estrategia solución - planificación de problemas y expectativas favorables y se establecieron relaciones significativas a nivel de .05 entre la estrategia solución - planificación de problemas y locus de control externo y entre las variables edad y escape - evitación.

Sin embargo, los resultados demostraron que las variables de control edad y estadio del cáncer no son factores determinantes en la elección del tipo de locus de control y expectativas de las pacientes.

## **ABSTRACT**

The purpose of this investigation was to identify the characteristics of the relationships among coping strategies, control locus, expectations, age and stages of the illness in oncological patients.

The population was conformed by 15 women with diagnostic of cervix cancer in different clinical stages that entered to radiotherapy during the months of February, March, April and May of 2007.

To carry out the analysis of the relationships among the variables they were used the correlation coefficient of Spearman of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and the categorization of data.

As a result of these processes your concludes that the patients use with more frequency the strategies positive reappraisal and escape - avoidance and in less proportion they use confrontation and distancing; they spread to use the locus of external control, they possess positive result expectations and of efficacy influenced by other people's actions.

It was also determined that it exists a characteristic pattern of relationships that implies the tendency to use a locus of external control, strategy solution - planning of problems and favorable expectations and significant relationships settled down at level of .05 among the strategy solution - planning of problems and locus of external control and between the variable age and escape - avoidance.

However, the results showed that the variables of control age and stages of the cancer aren't determining factors in the election of the locus of control and expectations of the patients.

**DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, LOCUS DE CONTROL Y  
EXPECTATIVAS TOMANDO EN CUENTA LA EDAD Y EL ESTADIO DE  
LA ENFERMEDAD DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX EN  
TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E**

Esta investigación se enfocó en el estudio de las siguientes variables:

(a) estrategias de afrontamiento, (b) locus de control, (c) expectativas, (d) edad y (e) estadio de la enfermedad.

El interés por investigar estos factores surgió de las experiencias personal y profesional de la práctica desarrollada en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E y de la necesidad de profundizar en los aspectos psicológicos del cáncer; ya que ésta es una de las patologías más frecuentes en el departamento de Nariño según el informe realizado por el Instituto Departamental de Salud y el Registro Poblacional de Cáncer de Pasto.

Para el desarrollo de esta investigación se empleó el tipo de estudio correlacional con diseño transversal correlacional, dado que estos parámetros metodológicos permitieron el cumplimiento de los objetivos planteados que en primera instancia identificaron las características de las estrategias de afrontamiento, el tipo de locus de control y las expectativas de las pacientes; igualmente se estudió las relaciones existentes entre las variables de la investigación con las variables de control edad y estadio de la enfermedad, posteriormente se analizó las relaciones que existían entre estos aspectos psicológicos.

Otra característica relevante de la investigación fue establecer los parámetros metodológicos del estudio a partir del enfoque mixto con modelo dominante cuantitativo, es decir, este trabajo empleo herramientas de los enfoques cuantitativo y cualitativo tanto en la recolección, análisis y establecimiento de conclusiones; como resultado de adoptar esta postura metodológica se enriqueció los hallazgos y aportes tanto teóricos como empíricos, principalmente en la descripción de las características de las expectativas de eficacia y de resultado.

Por otro parte, el fundamento teórico de esta investigación se estructura de la siguiente forma: se presenta la conceptualización de dos subdisciplinas de gran influencia en el estudio de los factores psicológicos asociados a la enfermedad cancerígena; la primera de ellas la Psicología de la Salud desde los planteamientos de Matarazzo (1980), Taylor (1986) y División 38 de la American Psychological Association (APA) y en segundo lugar la Psicooncología, rama de la Oncología que fue descrita por Holland en 1975.

Seguidamente, se expone la conceptualización que realizan Gasque (1990), Zomeño (2000), Guinot (2004), Aguilar, Asensio, Martín, Molina y Sánchez (2005) sobre las características del cáncer, especialmente del cáncer de cérvix ya que ésta es la patología a la que se limitó el estudio.

Sobre la variable estrategias de afrontamiento se profundizó los aspectos teóricos del afrontamiento que han sido abordados en trabajos anteriores realizados con pacientes oncológicos y diabéticos, siendo el marco teórico de esta variable los postulados sobre afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986); estos planteamientos se complementaron con las

conclusiones de Weisman citado por Bayés (1991), de Gómez (2001) y de Sala (2002) sobre vulnerabilidad psicológica y afrontamiento, la influencia del estrés en el sistema inmune y la relación entre afrontamiento y planificación terapéutica respectivamente.

A continuación, se presenta el concepto de estrategias de afrontamiento y se exponen de forma general las tipologías que existen sobre esta variable, haciendo énfasis en la clasificación propuesta por Lazarus y Folkman.

En los párrafos siguientes se exponen los conceptos fundamentales de la teoría del aprendizaje social de Rotter que sustentan teóricamente el concepto de locus de control y se analiza las diferentes clasificaciones sobre este constructo y su influencia en el campo de la salud.

Posteriormente, se dan a conocer las diferentes definiciones sobre la variable expectativas, se destaca el papel que tienen las expectativas en el ámbito educativo (Multon, Brown y Lent, 1991 y Schunk, 1995 citados por Agut, Bresó, Grau, Martínez y Salanova, 2005); en el contexto laboral (Grau, Martínez y Salanova (2005) y en el campo de la salud se analizan las relaciones entre expectativas y comportamientos saludables Salazar y Urdanibia, 2005), expectativas y diferentes enfermedades entre ellas: (a) cefalea (Álvarez y Villamarín, 2004), (b) fatiga (Buscemi, Font y Rodríguez, 2004), trastornos fóbicos y dolor (Bandura, 1987) y cáncer (Prieto, 2004).

Sobre esta misma variable se exponen las tipologías de Heckhausen (1977), Sappington y Rusell (1978) y Bandura (1977); se hace mayor énfasis en la última propuesta ya que esta postura teórica sustentó la construcción de la entrevista semiestructurada dirigida a las pacientes.

Seguidamente se presentan algunas conclusiones de diferentes investigaciones que han comprobado la existencia de relaciones entre las variables del estudio, es así como se analizan las relaciones entre estrategias de afrontamiento y locus de control, estrategias y expectativas, locus de control y expectativas y las relaciones de las tres variables.

Finalmente, se plantean los principales criterios éticos de la investigación, especialmente sobre el manejo de la información, la utilización del consentimiento informado y los parámetros para el desarrollo de investigaciones por profesionales de la psicología; estos aspectos se fundamentaron en el Código de Ética del Psicólogo, los lineamientos éticos de la Asociación Médica Mundial y las disposiciones de la ley 1090 de 2006.

A nivel empírico, se investigó las relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas en las pacientes con cáncer de cérvix que acudieron a radioterapia a la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

La delimitación de la población objeto de estudio a pacientes con estos requisitos se basó en las características del tratamiento, ya que este es un procedimiento que en promedio dura entre 20 a 25 días lo cual permitió un contacto permanente con las pacientes para llevar a cabo las diferentes fases de la investigación como presentación de los parámetros del estudio, la realización del consentimiento informado y la aplicación de cada uno de los instrumentos de evaluación.

Por otro parte, la elección del cáncer de cérvix como patología objeto de investigación estuvo directamente relacionada con los datos estadísticos del informe del año 2003 del Instituto Departamental de Salud y el Registro Poblacional de Cáncer de Pasto en el cual se concluye que el cáncer de cérvix es la patología cancerígena de mayor incidencia, frecuencia y morbilidad en Nariño.

Además esta patología también es la más frecuente en el contexto donde se realizó la investigación, de acuerdo al registro de pacientes de radioterapia del periodo de Julio de 2005 a Julio de 2006 en este tratamiento se atendieron 297 pacientes nuevos de los cuales 68 pertenecían a cáncer de cérvix, 41 a cáncer de mama, 30 a cáncer gástrico, 19 a cáncer de próstata y los 139 restantes corresponden a cánceres de pulmón, pene, vesícula, páncreas, basocelular, endometrio, seminoma, entre otros.

## **ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN**

### **Tema**

Estrategias de Afrontamiento, Locus de Control y Expectativas.

### **Título**

Descripción de las relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas tomando en cuenta la edad y el estadio de la enfermedad de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Problema de Investigación**

#### **Descripción**

Esta investigación analizó las relaciones entre locus de control, estrategias de afrontamiento y expectativas de las pacientes oncológicas teniendo en cuenta su edad y el estadio de su enfermedad.

Los factores que fortalecieron la idea de investigar los aspectos psicológicos asociados al cáncer de cérvix fueron los datos estadísticos provenientes del informe del año 2003 realizado por el Instituto Departamental de Salud y el Registro Poblacional de Cáncer de Pasto en el cual se establece que el cáncer de cérvix es el más frecuente en el departamento de Nariño.

Sumado a estos datos también se consideró las implicaciones que tiene el cáncer de cérvix en las condiciones de vida de las pacientes (National Cancer Institute, 2005).

Es así como a nivel familiar se desarrollan dos tipos de respuesta frente a la enfermedad: el estilo de respuesta centrípeto, en el cual la familia se vuelca excesivamente hacia la paciente y la patología y el estilo de respuesta centrífugo caracterizado por la falta de interés del núcleo familiar hacia la paciente y su enfermedad (Komblit citado por Robledo, 1992).

Socialmente el cáncer tiene efectos negativos sobre las relaciones de las pacientes, el contacto interpersonal tiende a disminuir debido a que las personas creen erróneamente que a través de la interacción se pueden contagiar de esta enfermedad, a su vez este rechazo desencadena en las pacientes sentimientos de discriminación por lo cual se aíslan (Vidal, 1999).

A nivel físico las alteraciones relacionadas con este carcinoma pueden ser de dos tipos: (a) cambios asociados con la enfermedad como el dolor, el sangrado y el olor fétido en la zona genital y (b) modificaciones producidas por los tratamientos, que pueden incluir: edema, fibrosis, disminución de la lubricación vaginal e incremento de reacciones secundarias en los órganos irradiados; estas consecuencias físicas también afectan el área sexual de las pacientes disminuyendo la calidad o frecuencia de las relaciones sexuales (National Cancer Institute, 2003).

Por otra parte, el tercer aspecto hace referencia al papel que el psicólogo tiene dentro del campo de la salud desde ejes fundamentales como la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la adecuada adaptación a la patología y a los tratamientos y la facilitación del proceso de rehabilitación de las secuelas o consecuencias de una enfermedad como el cáncer.

En este sentido y como marco de antecedentes de la labor del psicólogo dentro de este campo en el contexto regional existen intervenciones e investigaciones.

Los procesos de intervención provienen principalmente de las propuestas realizadas por los psicólogos que conformamos en diferentes períodos de práctica la Unidad de Psicología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, como parte de estas propuestas se asesoraba a pacientes y familiares que ingresaron a la Unidad de Oncología, se efectuaba una sesión de psicoeducación donde se explicaba el diagnóstico, las implicaciones de los tratamientos y la relevancia de la adherencia a las prescripciones médicas; en algunas ocasiones debido al estado emocional del paciente o de la familia era necesario continuar un proceso terapéutico.

Otras herramientas utilizadas por las Unidades de Psicología, especialmente la Unidad 2005 - 2006 fueron los programas: *por la vida* y *comprendiendo juntos* dirigidos a pacientes y familiares en los cuales se realizaban conferencias que trataban temáticas como: (a) cáncer y sus características, (b) tratamientos, (c) reacciones emocionales, (d) técnicas para el manejo del dolor y la ansiedad, (e) adherencia al tratamiento y (f) el papel de la familia frente a la enfermedad; es de resaltar que durante el período de práctica comprendido entre Julio de 2005 y Julio de 2006 para el programa *por la vida* se realizaron 33 sesiones siendo beneficiarios de este proceso 251 pacientes y para el programa *comprendiendo juntos* se realizaron 35 sesiones y asistieron 140 familiares (Proyecto de Práctica e Informe Final Unidad de Psicología 2005 - 2006 ).

Por otra parte, las investigaciones a nivel regional han abordado temas como: (a) creencias sobre el cáncer y su incidencia en la calidad de vida (Guerrero, Reina y Rosero, 1998), (b) actitudes hacia el cáncer (Albornoz, Bolaños y Caicedo, 2000 y Castillo y Hernández, 2000), (c) entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para el manejo del dolor (Coral y Erazo, 2001), (d) características de los estilos de afrontamiento (Quiroz y Rodríguez, 2001), (e) significación del cáncer desde la postura psicoanalítica (Chaves y Ortega, 2002) y (f) evolución en aspectos de si mismo del familiar del paciente con cáncer, desde que se entera del diagnóstico (Benavides, 2003).

Por otra parte, era necesario complementar los resultados de estos estudios y profundizar el abordaje de las estrategias de afrontamiento incluyendo el análisis de factores psicológicos como locus de control y expectativas frente al tratamiento, aspectos que están involucrados en los procesos de ajuste al diagnóstico, la realización del tratamiento y la rehabilitación de las secuelas del cáncer y además eran variables que no se habían analizado en pacientes oncológicas en el contexto nariñense.

Aunque existen como referentes de su estudio las investigaciones de Valenzuela (2001) que analizó la variable locus de control dentro de la categoría estilo atribucional en pacientes de las Unidades de Traumatología y Fisioterapia del Hospital Departamental y Benítez y De La Cruz (2006) en correlación con patrones de crianza tomando en cuenta el orden de nacimiento.

Por su parte, la variable expectativa fue estudiada en los trabajos de grado realizados por Leyton y Mora (2004) que identificaron las expectativas

de autorrealización de los hijos desde la perspectiva de los padres y Luna y Rodríguez (2007) que analizaron la influencia de las expectativas de resultados sobre el efecto placebo.

Por lo tanto, estudiar las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas en pacientes con cáncer de cérvix tomando como referente la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño permitió analizar la influencia de estas variables en las diferentes áreas de funcionamiento de las mujeres, contextualizar y enriquecer los aportes de las investigaciones que se han realizado sobre estas variables en el contexto nariñense.

Como conclusiones del proceso investigativo se obtuvieron algunos lineamientos que servirán de base para la construcción de propuestas de intervención encaminadas a fortalecer los tipos de afrontamiento, locus de control y expectativas que están relacionados positivamente con el restablecimiento de la calidad de vida de las mujeres afectadas e igualmente se establecieron algunos factores psicológicos que merecen ser investigados.

Finalmente, para llevar a cabo el proceso investigativo y de análisis de datos se tomó en cuenta las características de las relaciones entre las variables de la investigación y las variables edad y estadio de la enfermedad.

Esta medida garantizó la objetividad en los resultados y permitió esclarecer en el contexto regional las conclusiones discrepantes acerca de las características de estas relaciones.

Se habla de discrepancia ya que existen estudios que concluyen que la edad y el estadio de la enfermedad están asociadas con las variables que se

analizaron en esta investigación, tal es el caso de las investigaciones realizadas por Bliss, Davidson, Greer, Haviland, Watson (citados por Linares, 2001), Báñez (2002), Aguado y Rueda (2003) y Janne, Reynaert y Zdanowicz (2004) que concluyen que a menor edad las personas tienden a utilizar el locus de control externo, mientras que a mayor edad se utiliza el locus de control interno y que en estadios tempranos de la enfermedad existe la tendencia emplear un locus de control más internalizado, estrategias de afrontamiento más activas y poseer expectativas favorables.

Por otra parte, Villaseñor (2002), Borda, Flórez y Pérez (2006) demostraron que existen pacientes en estadios avanzados que se caracterizan por emplear estrategias de afrontamiento activas, locus de control interno y expectativas favorables y otros estudios entre ellos los de Alvarado y Rebolledo (2006) que plantean que estas variables no son relevantes al momento de decidir como afrontar el diagnóstico y el tratamiento.

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son las relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas según la edad y el estadio de la enfermedad de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

### **Sistematización del Problema**

¿Qué tipos de estrategias de afrontamiento utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿Qué tipo de locus de control utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿Qué características tienen las expectativas de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿Existen relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿La edad se relaciona con determinada(s) estrategia(s) de afrontamiento, locus de control y expectativas que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿El estadio de la enfermedad se relaciona con determinada(s) estrategia(s) de afrontamiento, locus de control y expectativas que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir las relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas según la edad y el estadio de la enfermedad de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Objetivos Específicos**

Identificar los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Conocer el tipo de locus de control que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Identificar las características de las expectativas que poseen las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Determinar las relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas de las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Determinar si existen relaciones entre las variables edad, estrategia(s) de afrontamiento, locus de control y expectativas que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Establecer si existen relaciones entre las variables estadio de la enfermedad, estrategia(s) de afrontamiento, locus de control y expectativas que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

## **Justificación**

Según Estapé (1988) la palabra cáncer es una denominación que hace referencia a múltiples enfermedades que poseen características comunes tales como: el crecimiento y el funcionamiento anormal de las células.

Dentro de estas patologías se encuentra el cáncer de cérvix, siendo este uno de los tipos de cáncer más frecuentes en América Latina como lo demuestran los datos del informe sobre la situación del cáncer cervicouterino en las Américas (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2004).

De acuerdo con este informe Colombia es el cuarto país de Latinoamérica con altos índices de mortalidad e incidencia de esta patología; la tasa de mortalidad es de 18.2% con 3.296 casos registrados y la incidencia es de 36.4% por cada 100.000 habitantes con 6.815 casos.

A nivel regional esta perspectiva estadística se mantiene, en Nariño según los datos del informe del año 2003 del Instituto Departamental de Salud y el Registro Poblacional de Cáncer de Pasto el cáncer más frecuente es el de cuello uterino, seguido por los de piel, estómago y glándula mamaria. En cuanto a datos de morbilidad el mayor porcentaje se encuentra en mujeres del grupo de edad comprendido entre los 45 a 49 años.

Cabe aclarar que los datos suministrados por el Instituto Departamental de Salud son los más actuales en el departamento; sin embargo, estos datos no demuestran con total veracidad la situación del cáncer en la región debido al tiempo transcurrido entre este informe y la fecha actual y por las deficiencias

manifestadas por sus autores como la revisión parcial de las instituciones prestadoras de salud o la utilización de la notificación pasiva (información recepcionada por diferentes entidades de municipios que no se han visitado) para realizar el análisis y las conclusiones.

Tomando en cuenta los datos estadísticos del cáncer de cérvix anteriormente expuestos y por el impacto que produce esta enfermedad en los contextos de desarrollo de las pacientes es necesario realizar intervenciones e investigaciones desde diferentes disciplinas con el fin de reducir estos índices y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Desde la disciplina de la Psicología y las subdisciplinas como: la Psicología de la Salud, la Psicología Clínica y la Psicooncología se han realizado investigaciones y trabajos interventivos sobre los aspectos psicológicos asociados al cáncer, al tratamiento y a las consecuencias que puede ocasionar, entre ellas la muerte.

Dentro de estos aspectos psicológicos el afrontamiento al diagnóstico, especialmente las estrategias de afrontamiento han tenido gran relevancia ya que los estudios realizados por diferentes autores, entre ellos Anarte, Esteve, López y Ramírez (2001), Carrobles, Remor y Rodríguez (2003), Sala (2001) y Vásquez (2004) concluyen que la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento producen cambios en mayor o menor medida en las diferentes áreas de funcionamiento del individuo; esta influencia se ha establecido con mayor solidez sobre las estrategias de afrontamiento activas ya que se considera que éstas facilitan la adaptación a la enfermedad, permiten que los pacientes toleren mejor los tratamientos, tengan un mejor bienestar subjetivo e

incrementen la actividad de las células natural killer encargadas de combatir el crecimiento de las células cancerígenas.

Esta investigación analizó esta variable y amplió el trabajo realizado por Quiroz y Rodríguez en el año 2001 sobre la caracterización de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos al complementar los aportes de este trabajo introduciendo la identificación y análisis de relaciones entre estrategias de afrontamiento y dos variables cognitivas como son locus de control y expectativas, variables que no habían sido abordadas en el campo de la salud a nivel regional y que son relevantes en la adaptación a situaciones estresantes que producen las enfermedades.

Sobre la variable locus de control las investigaciones realizadas por Edo y Fernández (citados por Bárez, 2002), Ochoa, Polaina y Repáraz (1997), Ballester (2003) y Monsalve, Soriano y Soucase (2005) en patologías como cáncer, diabetes, VIH - SIDA y dolor crónico establecen que los pacientes que poseen un locus de control internalizado se caracterizan por tener altos niveles de adherencia a las prescripciones médicas, manejar adecuadamente reacciones emocionales como la ansiedad y la depresión, controlar la presentación de síntomas físicos producidos por la enfermedad (principalmente el dolor) y percibir que la enfermedad no es incapacitante.

Por otra parte, las expectativas de los pacientes frente a su tratamiento son factores relevantes al momento de actuar frente a las demandas de la enfermedad cancerígena, es así como influyen en las acciones que el sujeto realiza para afrontar la enfermedad (Bandura, 1987) y median la influencia del estrés sobre el sistema inmune (Prieto, 2004).

Como resultado de este proceso investigativo se logró establecer los fundamentos empíricos a partir de los cuales se pueden plantear investigaciones o propuestas de intervención orientadas a fortalecer el empleo de aquellas estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas que poseen mayor efectividad en los procesos de adaptación y afrontamiento al diagnóstico y que facilitan la ejecución de comportamientos saludables que incrementan los resultados positivos del tratamiento y mejoren la calidad de vida de las pacientes oncológicas.

El proceso de análisis también involucro el estudio de las relaciones de las estrategias de afrontamiento, el locus de control y las expectativas con las variables de control edad de las pacientes y estadio de la enfermedad.

Por otra parte, el desarrollo teórico de esta investigación siguió los lineamientos conceptuales de la Psicología de la Salud, involucrando también planteamientos de la Psicooncología, los postulados de la teoría del aprendizaje social de Rotter que explica la variable locus de control, los fundamentos sobre afrontamiento desde el marco conceptual creado por Lazarus y Folkman, las generalidades de la teoría del aprendizaje social de Bandura donde se enmarcan los conceptos de expectativas de eficacia y de resultados, las características generales de la patología objeto de estudio y los lineamientos éticos de la investigación.

## **MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL**

### **Psicología de la Salud**

Matarazzo define la Psicología de la Salud como:

La suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias (Latorre y Beneit, 1994, p 20).

Esta definición amplía las relaciones entre los aspectos psicológicos y los problemas de salud que fueron estudiados por la psicología médica, la medicina comportamental, la psicología social y la medicina psicosomática, entre otras; ya que no sólo establece la influencia del comportamiento, las emociones y los rasgos de personalidad sobre la salud, sino que involucra conceptos claves como son: prevención, promoción, sistema y políticas de salud que amplían el campo del psicólogo en esta área y que a la vez fortalecen y brindan mayor relevancia a la psicología como ciencia del comportamiento.

### **Áreas de Aplicación de la Psicología de la Salud**

Una vez se hubo conceptualizado la Psicología de la Salud, se procedió a asignarle una serie de campos de aplicación; de acuerdo con Taylor citado por Latorre y Beneit (1994) las áreas de aplicación de la Psicología de la Salud son:

1. Aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud, el psicólogo en esta área emprende acciones que promueven el desarrollo o mantenimiento de conductas y estilos de vida saludables que disminuyan el riesgo de adquirir una patología, por ejemplo contribuye en la adopción de patrones sexuales adecuados, mantenimiento de programas de actividad física regular, consumo de dietas balanceadas, entre otros.

2. Aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, en esta área el psicólogo busca fomentar los comportamientos protectores de la salud, por ejemplo la realización de pruebas preventivas como la citología o el autoexamen de mama para la detección precoz del cáncer; al igual que emprende acciones para fortalecer la adherencia a las prescripciones del médico.

3. Etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, el psicólogo busca establecer los comportamientos que promueven el bienestar del individuo para realizar acciones a su favor; identifica los factores desencadenantes de las patologías para llevar a cabo intervenciones con el fin de disminuir su influencia e incidencia, por ejemplo la identificación del virus del papiloma humano en la incidencia del cáncer de cérvix, ante lo cual se han desarrolla campañas que promueven la realización de la citología y propuestas encaminadas a fortalecer la responsabilidad sobre la vida sexual.

4. Impacto de las instituciones y profesionales de salud sobre el comportamiento de los pacientes, en este campo el psicólogo analiza las influencias de los servicios y acciones emprendidas por diferentes

profesionales de la salud sobre los comportamientos saludables o insaludables de las personas.

5. Recomendaciones en el ámbito de tratamiento y la interacción del paciente con los profesionales y el sistema sanitario, el psicólogo evalúa los factores de la relación paciente - ámbito hospitalario, con el fin modificar o crear interacciones que favorezcan el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad.

### **Objetivos de la Psicología de la Salud**

De acuerdo con Barra (2003) la división 38 de la American Psychological Association (APA) estableció los siguientes objetivos para la Psicología de la Salud:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender como las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender como los métodos y técnicas conductuales y cognitivos pueden ayudar a la persona a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyos objetivos sean crear o incrementar hábitos o estilos de vida saludables.

6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser conscientes del estado y las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como los factores que afectan la adhesión a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en la relación médico - paciente.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan estos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender como las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y controlar las enfermedades crónicas.

Los objetivos propuestos por la APA hacen énfasis en el trabajo interdisciplinario entre las diferentes profesiones que estudian al ser humano. Por ello la Psicología y la Psicología de la Salud unifican sus conceptos y métodos a la medicina en el estudio de las enfermedades, ya sea en el campo de la prevención, el tratamiento o la rehabilitación.

Ejemplo de estos trabajos interdisciplinarios son los estudios que se realizan desde la Psicooncología, subespecialidad que aborda los factores psicológicos asociados a las patologías cancerígenas. Seguidamente se profundiza en este tópico.

## **Psicooncología**

La Psicooncología es una subdisciplina de la oncología iniciada por la doctora Jimmie Holland en 1975, en la cual se abordan dos aspectos del cáncer: (a) las respuestas emocionales del paciente y de su familia en todos los estadios de la enfermedad y (b) los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en el desarrollo de alteraciones emocionales tales como la depresión o la ansiedad (Restrepo y Portillo, 2006).

### **Áreas de Investigación**

Según Restrepo y Portillo (2006) las principales áreas de investigación de la Psicooncología son: (a) los estudios de las consecuencias psicológicas del cáncer y sus tratamientos en el paciente y su familia, (b) el desarrollo y evaluación de las terapias psicológicas diseñadas para reducir la morbilidad psicológica y (c) la investigación del papel que juegan los eventos estresantes, la depresión y las características de personalidad en el desarrollo del cáncer.

### **Objetivos de la Psicooncología**

Al igual que la Psicología de la Salud, la Psicooncología, también posee sus objetivos propuestos por Casalod (2006), estos son:

1. La prevención, la cual esta enfocada en transferir el conocimiento directamente a los usuarios de modo que sean autoprestatarios de servicios; con el fin de: (a) convertirlos en agentes activos de su propia salud, (b) conseguir que promocien la salud en la comunidad en la que viven y (c) capacitarlos en resolución y prevención de problemas.
2. La intervención terapéutica y la rehabilitación, en este objetivo el trabajo del psicooncólogo se enfoca en el manejo de la carga negativa que conlleva la

enfermedad, la información sobre el diagnóstico y los cambios físicos como consecuencia del cáncer.

3. Los cuidados paliativos en el cual se aborda el manejo del sufrimiento de enfermos terminales para proporcionarles una muerte digna.

### **Funciones del Psicooncólogo**

De acuerdo con Espasa, Estapé, Gondón y Martín (2003) las principales funciones del psicooncólogo son la evaluación, la intervención terapéutica, el asesoramiento, la investigación y la docencia.

#### **Funciones de Evaluación**

El psicooncólogo debe identificar a los pacientes oncológicos y familiares con riesgo de sufrir alteraciones psicológicas como reacciones de ansiedad, angustia o depresión; esta evaluación se realiza en todas las fases de la enfermedad.

#### **Funciones de Intervención Terapéutica**

El psicooncólogo interviene con el fin de proporcionar apoyo al paciente, familiares y equipo sanitario para el afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento en sus diferentes fases; al igual que facilita recursos e instrumentos a los profesionales de la salud para mejorar su relación con los enfermos.

#### **Funciones de Asesoramiento**

En esta área asesora a profesionales de la salud respecto al manejo de estados emocionales y características de personalidad del paciente.

### **Funciones de Investigación**

Se Incluyen la investigación en las distintas áreas de los aspectos psicológicos y de calidad de vida del enfermo con cáncer.

### **Funciones de Docencia**

El psicooncólogo puede ejercer la docencia en cursos de formación dirigidos a psicólogos, profesionales de la salud y la población en general.

### **Ámbitos de Intervención del Psicooncólogo**

Los ámbitos de intervención del psicooncólogo son los diferentes espacios en los cuales él puede ejercer su rol, así Espasa y cols (2003), plantean los siguientes ámbitos:

### **Momentos de Intervención Psicológica durante la Enfermedad**

En este ámbito el psicooncólogo actúa sobre problemas de diversa índole como: (a) problemas emocionales ligados al cáncer, (b) efectos secundarios de los tratamientos y (c) dificultades de la vida cotidiana que la evolución de la enfermedad puede provocar, ya sea en pacientes, familiares o profesionales de la salud y en cada una de las fases de la enfermedad.

### **Dentro del Equipo Sanitario**

Las actuaciones del psicooncólogo dentro de un equipo sanitario son dos: (a) facilitar recursos y herramientas a los profesionales sanitarios para mejorar su relación con los enfermos y (b) facilitar el apoyo emocional al equipo en las situaciones difíciles vividas con los pacientes y sus familias, para que no aparezca el desgaste y no se afecte su desempeño.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes de la patología objeto de estudio de la presente investigación.

## **Cáncer**

Cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento rápido de células anormales, estas células pueden afectar tejidos locales o extenderse a todas las partes del cuerpo a través de los canales linfáticos o vasculares, siendo este el proceso que genera las llamadas metástasis (Cooper y Rubin, 1993).

### **Cáncer de Cérvix**

Esta patología anatómicamente se ubica en el cuello uterino y es una afección ginecológica importante debido a su alta incidencia; aproximadamente el 85 a 90% de tipos anatomopatológicos son carcinomas de células escamosas y el restante 10 a 15% son adenocarcinomas típicos que empiezan en las células de la glándula productora de mucosa (Gasque, 1990).

### **Factores Predisponentes**

Según Gasque (1990) los factores predisponentes de esta patología son: (a) la edad, las etapas preinvasoras aparecen generalmente entre los 30 y 40 años y las fases invasoras son más frecuentes entre los 40 y 50 años, (b) estrato social con predominio en niveles socioeconómicos bajos, (c) la promiscuidad sexual y (d) la paridad, siendo más frecuente en multíparas.

### **Etapas Clínicas**

Al igual que factores predisponentes para esta patología, también se han establecido etapas clínicas que permiten determinar el pronóstico y el esquema terapéutico.

Gasque (1990) describe las dos fases del cáncer de cérvix con sus respectivas etapas (a) el carcinoma preinvasivo en la etapa cero (0) o de

carcinoma in situ y (b) carcinoma invasivo con las siguientes etapas y particularidades:

1. Etapa I, carcinoma estrictamente circunscrito al cérvix y su modalidades IA carcinoma microinvasivo y IB en la que el cáncer afecta diferentes áreas de los tejidos del cuello uterino.

2. Etapa II, cuando el carcinoma se extiende más allá del cérvix afecta a la vagina pero no a su tercio inferior y sus particularidades IIA en la que la vagina esta invadida pero no en su tercio final y IIB cuando hay afección parametrial.

3. Etapa III, el carcinoma se ha extendido sobre la pared pélvica y sus subetapas IIIA en la que no hay extensión sobre la cavidad pélvica pero si hay afección vaginal abarcando el tercio inferior y IIIB en la que hay diseminación sobre la pared pélvica, hidronefrosis o riñón no funcional.

4. Etapa IV en la cual el carcinoma se extiende más allá de la pelvis, clínicamente invade la mucosa del recto o vejiga urinaria y la subetapa IVA caracterizada por la diseminación hacia órganos adjuntos y la subetapa IVB en la que hay diseminación del desarrollo de la enfermedad a órganos distantes.

En cuantos a métodos de diagnóstico de esta patología se utilizan el test de papanicolau (hoy interpretación Bethesda), la colposcopia y las biopsias cuando se aprecia lesión visible (Gasque, 1990).

### **Tratamientos del Cáncer de Cérvix**

El tratamiento se adapta a las necesidades de cada paciente y su elección depende de las características del tumor, de la etapa de la enfermedad y de la salud general de la paciente. Los tres tratamientos más

sobresalientes dentro de la terapéutica de este carcinoma son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.

**La cirugía.** Consiste en la extirpación de una parte o la totalidad del tumor, se realiza con fines diagnósticos a través de la realización de las biopsias o con fines preventivos, curativos y paliativos (Guinot 2004).

Según Aguilar, Asensio, Martín, Molina y Sánchez (2005) para el tratamiento del carcinoma de cérvix se pueden realizar los siguientes procedimientos quirúrgicos:

1. Conización. Consiste en la extirpación de una muestra de tejido con forma cónica del cuello uterino y del conducto cervical como simple biopsia o como tratamiento en casos seleccionados.
2. Criocirugía. Se utiliza un instrumento para congelar y destruir el tejido anormal del cáncer, este procedimiento se denomina también crioterapia.
3. Cirugía con láser. Se utiliza un haz láser como cuchillo para extirpar el cáncer.
4. Escisión electroquirúrgica mediante asa de diatermia. Consiste en la aplicación de una corriente eléctrica que pasa a través de un bucle de alambre delgado que se utiliza a manera de cuchillo para retirar el tejido anormal.
5. Histerectomía. En el manejo del carcinoma de cuello uterino se utilizan varios tipos de histerectomía: (a) histerectomía simple es la extirpación del útero y del cuello uterino, (b) histerectomía abdominal total o extirpación del cuello del útero y los tejidos de alrededor y del tercio superior de la vagina, (c) histerectomía radical modificada en la que se extirpan el cuello uterino, los tejidos paracervicales y el tercio superior de la vagina y (d) histerolinfadectomía

en la que además de extirparse los tejidos del cuello uterino, paracervicales y vagina se realiza vaciamiento ganglionar pélvico.

**La quimioterapia.** Es la administración de unos medicamentos, generalmente por vía intravenosa con la intención de matar a las células cancerosas que pueda haber por todo el organismo, por ello se dice que es un tratamiento generalizado (Zomeño, 2000).

**La radioterapia.** Es un tratamiento con radiaciones ionizantes que persigue destruir las células cancerígenas en el área en la que se administra (Zomeño, 2000). De acuerdo con este mismo autor existe dos tipos de radioterapia, estos son:

1. La radioterapia externa. Es la más habitual, se administra en sesiones de tratamiento una cada día (de lunes a viernes), las sesiones son indoloras y lo único que tiene que hacer la paciente es permanecer en la posición que se le indique.

2. La braquiterapia o curieterapia. En este tipo de tratamiento se colocan materiales radioactivos cerca o dentro del tumor (o de las zonas donde se sospecha que pueda haber células tumorales); los materiales pueden introducirse en una cavidad natural del organismo o colocarse bajo anestesia en los tejidos afectados. Una vez transcurrido el tiempo indicado se retiran del cuerpo estos materiales.

Para continuar con la estructura del marco teórico se presentan las secciones dedicadas a las variables de estudio, en primer lugar se presentan los conceptos de afrontamiento, estrategias de afrontamiento y sus características.

## Afrontamiento

El primer concepto utilizado para delimitar el afrontamiento fue el de Silver y Wortman, estos autores definen el afrontamiento como “cualquier respuesta realizada por un individuo que se halla ante circunstancias potencialmente perjudiciales” (Buendía y Mira, 1993).

Por otra parte dentro de la literatura es más conocida y aceptada la definición del afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus, R & Folkman, S, 1986, p.164).

Según Lazarus y Folkman (1986) este planteamiento define cuatro características del afrontamiento. La primera de ellas la definición del afrontamiento como proceso; aspecto que se percibe claramente en la utilización de términos como *constantemente cambiante* y *demandas específicas*.

La segunda hace referencia a la diferencia entre afrontamiento y conducta adaptativa, ya que el afrontamiento se limita a aquellas acciones que requieren esfuerzo y no a comportamientos y pensamientos automatizados característicos de la conducta adaptativa.

En la tercera se establece que el concepto de afrontamiento es diferente al resultado obtenido ya que se habla de esfuerzos del individuo para manejar la situación, independientemente de los resultados que se obtengan.

Y la cuarta característica estudia las diferencias entre afrontamiento y dominio de la situación; el afrontamiento hace referencia no sólo al dominio de

la situación sino al manejo de ésta ya sea evitándola, minimizándola, tolerándola o aceptándola.

### **Etapas del Afrontamiento**

Shontz citado por Lazarus y Folkman (1986) propone que el individuo para afrontar una enfermedad física o una incapacidad sigue una serie de etapas, estas son:

1. Etapa de shock. Aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso; esta etapa se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y algunas veces, por la sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción.

2. Etapa de encuentro. Se caracteriza por ser un período extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización.

3. Etapa de retirada. Esta fase representa un importante recurso para prevenir temporalmente el desmoronamiento, en esta etapa se realiza una comprobación de la realidad; por lo tanto, el individuo se encuentra en un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación - evitación.

Igualmente Shontz plantea que una vez el proceso de afrontamiento se completa satisfactoriamente el sujeto sentirá como se renueva su valor personal, incrementa su satisfacción y su ansiedad disminuye (Lazarus y Folkman, 1986).

### **Funciones del Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1986) plantean que no existe un marco teórico general desde el cual se puedan sustentar las definiciones de las funciones del afrontamiento, por ende la conceptualización de estas funciones varía de acuerdo a la perspectiva teórica seleccionada.

Sin embargo, estos autores presentan dos funciones del afrontamiento la primera encaminada al manejo del problema y la segunda dirigida a la emoción.

#### **Afrontamiento Dirigido al Problema**

Kahn citado por Lazarus y Folkman (1986) habla de dos grupos de estrategias dirigidas al problema, las primeras dirigidas a modificar las presiones ambientales y las segundas encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos del sujeto.

#### **Afrontamiento Dirigido a la Emoción**

Dentro de esta función existen dos clasificaciones. La primera que subdivide a las estrategias de afrontamiento en las encargadas de disminuir el grado de trastorno emocional, por ejemplo la evitación, el distanciamiento, la atención selectiva, entre otras y las encargadas de aumentar el grado de malestar para que posteriormente el sujeto comience a sentirse bien y la segunda clasificación hace referencia a acciones que modifican las vivencias sobre la situación y estrategias de afrontamiento que no alteran el significado del evento.

### **Recursos para el Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1986) definen los recursos como los factores que preceden e influyen en el afrontamiento y que conllevan a cambios en el estrés. Estos autores plantean los siguientes recursos:

1. Salud y Energía. El bienestar físico de un individuo influye en la resistencia de él ante los problemas y las relaciones estresantes.

2. Creencias positivas. Se incluyen dentro de esta categoría las creencias que favorecen el mantenimiento de la esperanza en condiciones adversas. Sin embargo, no se debe olvidar evaluar las creencias que obstaculizan el afrontamiento.

3. Técnicas para la resolución de problemas. Entre las que se encuentran las habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades y predecir opciones de resultados útiles.

4. Habilidades sociales. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar socialmente de forma efectiva, se destacan porque influyen en el desarrollo de planes de intervenciones grupales u organizacionales.

5. Apoyo Social. Recibir apoyo social, informativo o tangible influye positivamente en el proceso de afrontamiento del sujeto ante un evento estresante.

6. Recursos Materiales. Recursos como el dinero, los bienes y los servicios facilitan el manejo de factores estresantes.

### **Afrontamiento y Enfermedad**

Lipowski citado por Lazarus y Folkman (1986) presenta dos categorías, en las que se analiza la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y enfermedad. Estas categorías son:

1. La enfermedad como desafío. La discapacidad o la enfermedad se consideran eventos que imponen demandas que son manejadas por el sujeto con los recursos que él dispone; generalmente ante la percepción de la enfermedad como desafío se utilizan estrategias de afrontamiento activas.

2. La enfermedad como enemigo. En este postulado la enfermedad se considera como la invasión de fuerzas enemigas que deben ser combatidas por el individuo; por lo tanto las estrategias de afrontamiento denotan actitud de lucha y formas defensivas ante el ataque o peligro.

Otra propuesta teórica sobre la relación entre afrontamiento y enfermedad la proponen Lazarus y Folkman (1986), cuando exponen tres respuestas ante la interrogación sobre la existencia de mecanismos de afrontamiento que afecten negativamente la salud.

La primera de las cuestiones planteadas por estos autores es que el afrontamiento influye sobre la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés; por medio de tres acciones: (a) dejando de prevenir o aminorar las condiciones nocivas, (b) no regulando la perturbación emocional ocasionada por daños o eventos y (c) en la expresión de estrategias de afrontamiento, valores o estilos de vida perjudiciales para el organismo.

La segunda proposición hace referencia a la utilización de estrategias de afrontamiento nocivas para la salud como el consumo de alcohol, tabaco o drogas que incrementan los índices de mortalidad y morbilidad.

La tercera de las explicaciones de estos autores sobre la relación entre afrontamiento y enfermedad esta directamente asociada con las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, ya que en algunas circunstancias el uso de estas acciones no permite la puesta en práctica de conductas saludables por ejemplo existen pacientes que niegan las implicaciones de su enfermedad y no cumplen con las prescripciones del médico.

### **Afrontamiento y Salud**

La influencia del afrontamiento sobre la salud ha sido menos estudiada que la relación enfermedad y afrontamiento, pero algunas investigaciones han logrado establecer que el afrontamiento puede tener influencias positivas en la salud; estos estudios analizan la interacción entre estrés y sistema inmune y afrontamiento y cáncer.

En el estudio de Gómez (2001) sobre el estrés y el sistema inmune se establece que las personas que tienen una expectativa positiva sobre los resultados de su afrontamiento tienden a disminuir rápidamente los niveles de actividad del organismo.

Por otro lado, la investigación de Sala (2002) sobre estrategias de afrontamiento y planificación terapéutica se concluye que el uso de la estrategia búsqueda de apoyo social correlaciona con el aumento de la actividad de las células natural killer encargadas de combatir el crecimiento de las células cancerígenas.

Finalmente, Weisman citado por Bayés (1991) encontró que los pacientes que utilizan eficazmente sus estrategias de afrontamiento presentan gamas amplias de respuestas, definen con claridad los problemas y adoptan una postura activa ante la enfermedad.

### **Tipos de Afrontamiento**

En este punto es necesario diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento.

### **Estilos de Afrontamiento**

Según Buendía y Mira (1993) los estilos son procedimientos característicos, diferencias individuales a nivel de rasgo o tipo en los modos como las personas reaccionan ante el estrés, en diversas situaciones o en una misma situación en diferentes momentos.

### **Estrategias de Afrontamiento**

De acuerdo con Buendía y Mira (1993) el concepto de estrategia hace referencia a acciones cognitivas o conductuales que se realizan durante el transcurso de un evento estresante, por ende estas acciones se encuentran asociadas con las condiciones ambientales de dicho evento.

Existen varias tipologías sobre estrategias de afrontamiento como resultado de la utilización de diferentes marcos teóricos para su estudio, Omar (1995) plantea las siguientes clasificaciones:

1. Tipología de aproximación versus evitación de Cohen y Roth en 1986.
2. La clasificación de evitación y no evitación de Fletcher y Suls en 1985 y Krohne en 1989.
3. Los tipos comportamental y cognitiva de Steptoe en 1989.

4. La clasificación de Holroyd, Reynolds, Tobin y Wigal en 1989 en solución de problemas, autocrítica, pensamientos ansiosos, evitación del problema, búsqueda de soporte social, reestructuración cognitiva y expresión emocional.

5. Los tipos búsqueda de apoyo social y habilidades para solucionar problemas de Causey, Dubow, Hryshko, Reid y Tisak en 1991.

6. La tipología de Eaves, Heath, Kendler, Kessler y Neale en 1991 en búsqueda de apoyo social, solución de problemas, rechazo y negación.

Otra clasificación del afrontamiento según Vásquez (2004) la brinda Carver, Scheier y Weintraub en la elaboración del cuestionario de estimación del afrontamiento, conocido como COPE, este cuestionario está basado en el modelo de Lazarus y Folkman (más adelante se considera esta propuesta) y el modelo de la autorregulación conductual. En éste se propone 13 estrategias de afrontamiento, de acuerdo a tres divisiones: (a) estilos enfocados al problema, (b) estilos enfocados a la emoción y (c) estilos enfocados a la percepción.

Dentro del estilo dirigido al problema se encuentran estrategias de afrontamiento como: (a) afrontamiento activo, (b) planificación, (c) supresión de actividades competentes, (d) postergación del afrontamiento y (e) búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.

En el estilo enfocado a la emoción están estrategias de afrontamiento como: (a) búsqueda de apoyo social por razones emocionales, (b) reinterpretación positiva y crecimiento, (c) aceptación, (d) acudir a la religión y (e) negación. Y el estilo enfocado a la percepción está conformado por estrategias como: (a) enfocar y liberar emociones, (b) desentendimiento conductual y (c) desentendimiento mental.

Por otra parte Barra (2003) plantea que el afrontamiento al estrés puede agruparse en cinco categorías, estas son: (a) buscar información sobre los eventos estresores, (b) acción directa o medidas específicas para afrontar el estresor, (c) inhibición de la acción, (d) esfuerzos intrapsíquicos y (e) búsqueda de ayuda y apoyo emocional.

La tipificación más utilizada en fines investigativos es la propuesta por Lazarus y Folkman en 1986 sobre los modos de afrontamiento; es de aclarar que esta clasificación también fue empleada en este estudio, ya que ofrecía un sustento teórico acorde con los planteamientos de esta investigación.

De acuerdo con estos autores y citados por Barra (2003) las estrategias de afrontamiento se pueden describir de la siguiente forma:

1. Confrontación. Son acciones directas que permiten modificar la situación problema.
2. Distanciamiento. Son esfuerzos por alejarse de la situación.
3. Autocontrol. El sujeto busca controlar las propias reacciones emocionales y las conductas que de ella se derivan.
4. Búsqueda de apoyo social. Son acciones destinadas a obtener apoyo, información o aceptación de parte de los demás.
5. Aceptación de la responsabilidad. Es reconocer la responsabilidad en la generación, mantenimiento y solución de los problemas.
6. Escape - evitación. Incluye comportamientos que tienden a evitar una situación previamente evaluada como problemática o amenazante.
7. Planificación. El individuo elabora un plan de acción para hacer frente al problema.

8. Reevaluación positiva. Se extraen las consecuencias positivas de las experiencias, aunque algunas de ellas hayan resultado negativas.

A continuación se exponen los argumentos teóricos y conceptuales sobre la variable locus de control desde la teoría del aprendizaje social de Rotter.

### **Locus de Control**

La primera definición teórica de este concepto la planteó Rotter en 1954; sin embargo, esta conceptualización fue objeto de múltiples críticas, por lo cual Rotter decidió realizar el análisis correspondiente para complementar su primer trabajo y es en 1975 cuando define la teoría del aprendizaje social (TAS) como “una teoría molar de la personalidad que intenta integrar dos corrientes de la psicología americana: las teorías del reforzamiento y las teorías cognitivas” (Linares, E, 2001, p 13).

Para Rotter citado por Benítez y De La Cruz (2006) la teoría del aprendizaje social se sustenta fundamentalmente en las siguientes variables:

1. Potencial conductual o probabilidad de que una conducta particular ocurra en una situación determinada.
2. Expectativa de reforzamiento o anticipaciones subjetivas de los individuos acerca del resultado de su conducta; la expectativa se construye con base en experiencias pasadas.
3. El concepto de valor de reforzamiento hace referencia a la preferencia de un individuo por un reforzamiento particular; si el valor de reforzamiento del objetivo es alto se genera una expectativa satisfactoria y conduce al individuo a conseguirlo sin importar si es alcanzable o no.

4. La situación psicológica se refiere al contexto psicológico en el que responde el individuo, para Rotter el análisis de la situación psicológica debe tomar en cuenta las influencias tanto disposicionales como situacionales.

Según Linares (2001) Rotter sustentado dentro de este marco teórico y a partir del análisis que realizó sobre el enunciado básico de su teoría definió de la siguiente manera el constructo locus de control:

Quando una persona percibe que un refuerzo sigue una acción suya pero no es contingente a esa acción, entonces en nuestra cultura se percibe típicamente como el resultado del azar, el destino, que esta bajo el control de otras personas con poder, o como algo impredecible debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo causan. Cuando una persona interpreta al evento de esta manera, llamamos a esto una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes, llamamos a esto una creencia en el control interno (p15).

Es decir, el concepto de locus de control hace referencia a una expectativa generalizada acerca de la contingencia entre las conductas del sujeto y los refuerzos que él experimenta; sin embargo, Linares (2001) plantea que esta definición sólo tiene en cuenta como consecuencias de la conducta del individuo los eventos agradables y no considera otro tipo de consecuencias igualmente importantes como pueden ser los eventos negativos o desagradables.

Debido a esta limitación dentro de la conceptualización de locus de control se emprenden análisis teóricos con el fin de fortalecer esta definición,

uno de estos intentos lo realiza Lefcourt (1980) quien amplía el rango de posibilidades del concepto de locus de control incluyendo todo tipo de consecuencias derivadas de la conducta del individuo, independientemente de que éstas puedan ser consideradas como refuerzos o no (Linares, 2001).

Por lo tanto, Lefcourt define el constructo de locus de control como “una expectativa generalizada respecto de la conexión entre las características personales, las acciones y los resultados esperados” (Linares, 2001).

### **Dimensiones de Locus de Control**

Existen diferentes clasificaciones sobre la dimensiones del concepto de locus de control, a continuación se exponen las propuestas por Rotter (1966), Levenson (1974), O'Brien (1981) y Wallston (1992) ya que estas son las categorías que mayor influencia y relevancia han tenido dentro de los estudios de esta variable.

### **Clasificación de Rotter**

Rotter (citado por Báñez, 2002) plantea las dimensiones de locus de control interno y locus de control externo y las conceptualiza de la siguiente forma:

1. Locus de control interno cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción es contingente con ésta o con características personales permanentes.
2. Locus de control externo cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción no es contingente con ésta, atribuyéndose dicho resultado al azar, la fatalidad, etc.

### **Clasificación de Levenson**

Según Linares (2001) Levenson entre los años de 1973 y 1974 enfoca su trabajo investigativo sobre el análisis de las dimensiones de locus de control de Rotter y a partir de las observaciones que realiza a este trabajo plantea una división de la dimensión locus de control externo en escala de locus de control poder de otros y la escala de locus de control debido al azar.

Levenson plantea que el término locus de control poder de otros hace referencia a la creencia de las personas de que el poder de otras personas puede controlar el mundo, mientras que el locus de control debido al azar es la creencia de las personas de que los eventos que ocurren en el mundo son incontrolables e impredecibles (Linares, 2001).

### **Clasificación de O'Brien**

De acuerdo con Linares (2001) O'Brien en 1981 realiza un trabajo teórico que busca profundizar sobre las dimensiones de locus de control propuesta por Rotter como conclusiones de esta labor O'Brien plantea la existencia de cuatro dimensiones de locus de control, estas son:

1. La dimensión Interna que incluye a las personas que establecen que las creencias en el control interno se aplican en todas las situaciones.
2. La dimensión realista conformada por las personas cuyas creencias internas y externas varían en función de la situación concreta.
3. La dimensión estructuralista en la cual se encuentran las personas que creen que su conducta esta determinada por la clase social a la que pertenecen.

4. Finalmente, la dimensión fatalista que incluye a aquellas personas que creen que todos los resultados de su conducta dependen de la suerte, el destino o el azar.

### **Clasificación de Wallston**

Según Báñez (2002) Wallston basado en la propuesta realizada por Rotter en 1966, plantea en 1992 su clasificación sobre locus de control específicos para el campo de la salud, así establece la existencia de un locus de control de la salud interno o creencia de las personas de que su salud depende en primera instancia de sus acciones y el locus de control de salud externo o creencia de los individuos de que su salud no depende de sus conductas y que la enfermedad esta asociada a otros factores ocasionados por otras personas o que son incontrolables.

### **Locus de Control, Salud y Enfermedad**

Incluir el análisis de la variable locus de control al estudio de los factores psicológicos asociados a los procesos de salud - enfermedad permitió el desarrollo de varias investigaciones con el fin de sustentar teórica y empíricamente la existencia de relaciones bidireccionales entre las variables psicológicas y el desarrollo de patologías o el mantenimiento de la salud.

Los estudios realizados sobre locus de control se han enfocado en analizar la influencia de esta variable en el proceso de adaptación al diagnóstico, tratamientos y consecuencias de la enfermedad; al igual que su relación con las reacciones emocionales de los pacientes, el cumplimiento de las prescripciones médicas, el control de los síntomas físicos de la enfermedad y la ejecución de conductas saludables; estas investigaciones se han enfocado

al estudio de patologías como lesión medular, artritis, diabetes, enfermedades coronarias (infarto del miocardio), VIH - SIDA, dolor crónico y cáncer. Algunos de los estudios se describen a continuación.

### **Locus de Control y Lesión Medular**

En esta línea las investigaciones de Arrick, Hickman y Shadish (1981), Silver (1982) y Elliott y Frank (1989) ofrecen evidencia del efecto moderador del locus de control sobre la depresión y su influencia en el mantenimiento o recuperación del bienestar emocional durante el proceso de adaptación a las dificultades motoras que ocasiona la lesión medular (Aguado y Rueda, 2003).

### **Locus de Control y Artritis**

Las investigaciones realizadas por Affleck, Fifield, Pfeiffer y Tennen (1987) y Pastor (1999) sobre la relación entre locus de control y artritis reumatoide concluyen que los pacientes que utilizan un locus de control interno presentan un ajuste emocional adecuado con reducción de síntomas de ansiedad y depresión y menor número de alteraciones en las actividades de la vida cotidiana (Bárez, 2002).

### **Locus de Control y Enfermedad Coronaria**

Sobre la patología coronaria, específicamente sobre el infarto del miocardio las investigaciones realizadas por Hegelson (1992) establecen que los pacientes que deben llevar a cabo tratamientos como la implantación de by-pass o la realización de una angioplastia tienden a utilizar un locus de control externo y los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico asociado a cambios en los estilos de vida emplean con mayor frecuencia el locus de control interno. Estas diferencias están asociadas con los agentes involucrados

en el tratamiento, por ejemplo para la realización de la angioplastia e implantación del by-pass se debe recurrir a la intervención de otras personas; mientras que la adherencia al tratamiento depende en su gran mayoría de conductas individuales como no fumar, disminuir el consumo de grasas, sal e implementar programas de ejercicio (Bárez, 2002).

### **Locus de Control y Diabetes**

Figuerola y Peralta (2003) plantean como conclusiones de su estudio sobre los aspectos psicosociales de la diabetes que los pacientes que poseen un locus de control externo atribuyen cambios en los niveles de glucemia y en la frecuencia de presentación de hipoglucemias al azar, la labor del equipo sanitario o a la tecnología. Por el contrario, estos cambios en los individuos con locus de control interno son atribuidos a su propia y única responsabilidad.

### **Locus de Control y VIH SIDA**

Ballester (2003) plantea que los pacientes VIH positivos que presentan un locus de control interno se caracterizan por percibir que la enfermedad esta bajo su control, por lo tanto, realizan con mayor frecuencia conductas de salud como el seguimiento de programas de ejercicio y alimentación adecuados a sus necesidades y disminuyen el consumo de alcohol u otras drogas lo que influye directamente en la prevención de infecciones oportunistas.

### **Locus de Control y Dolor Crónico**

Los pacientes que poseen mejores niveles de adaptación a la enfermedad (índices de ansiedad y depresión bajos) asociados con la utilización de un locus de control interno perciben que tienen mayor control sobre su dolor, valoran al dolor como poco incapacitante en su vida diaria y

presentan una visión más optimista en relación a las posibilidades de tratamiento del dolor y de su mejora a corto plazo (Monsalve, Soriano y Soucase, 2005).

### **Locus de Control y Cáncer**

El estudio de las relaciones entre locus de control y cáncer ha sido objeto de múltiples investigaciones, entre ellas tenemos:

1. La investigación realizada por Font en 1989 sobre locus de control y cáncer de mama en la que se concluye que las pacientes con locus de control interno informan padecer menos dolor, miedo y preocupación por la enfermedad (Linares, 2001).

2. El trabajo de Jenkins y Burish (1995) sobre locus de control y malestar asociado a la quimioterapia encontró que los pacientes con cáncer presentaban niveles más altos de locus de control externo que las personas sin esta afección física. Por otra parte, este estudio también concluyó que los pacientes con locus de control externo o interno elevados presentan cifras menores de ocurrencia de efectos secundarios de la quimioterapia y menores índices de ansiedad y hostilidad postquimioterapia (Linares, 2001).

3. Las investigaciones realizadas por Murray, McMilland (1993), Bundeks, Marks y Richardson (1993) y Katz, Meyers y Walls (1995) sobre conductas de prevención del cáncer de cérvix, de mama y de testículo, demostraron que la utilización de locus de control externo esta fuertemente asociado con la tendencia a realizar comportamientos saludables, mientras que la correlación entre conductas autoexploratorias y locus de control interno fue positiva pero poco significativa (Linares, 2001).

4. Taylor, Lichtman y Wood citados por Bárez (2002) encontraron que las pacientes con cáncer de mama que utilizan un locus de control interno o externo centrado en otras personas poderosas presentan mejores niveles de ajuste emocional.

Para complementar la sustentación teórica de las variables de estudio se presentan la definición de expectativas, sus clasificaciones y su influencia en los diferentes ámbitos del ser humano.

### **Expectativas**

Las primeras definiciones formales sobre el término expectativa se encuentran en los planteamientos de la teoría social cognitiva de Albert Bandura. Esta teoría plantea que las personas son proactivas y autorreguladoras de su propia conducta y que por lo tanto, no están guiadas únicamente por fuerzas internas ni determinadas y controladas por estímulos externos (Martínez y Salanova, 2006).

Por lo tanto, explica el comportamiento humano mediante un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales y los acontecimientos ambientales, actúan entre sí como determinantes en un interaccionismo bidireccional (Martínez y Salanova, 2006).

Dentro de este modelo teórico las expectativas del sujeto poseen un papel relevante; Olsen (citado por Rusell, 2003) plantea que las expectativas pueden ser definidas como las creencias sobre el estado futuro de un particular y representan el modo a través del cual las experiencias pasadas y el conocimiento son usados para predecir el futuro.

Por otra parte, Díaz (2006) propone que las expectativas tienen tanto componentes cognitivos (informacionales) como motivacionales (incentivadores). Los componentes cognitivos están asociados con lo que la persona conoce o espera que pase como resultado de implicarse en una determinada conducta; mientras que los componentes motivacionales se relacionan con la deseabilidad (valor de reforzamiento) del efecto específico de esa conducta.

### **Tipologías de Expectativas**

Existen diferentes tipificaciones sobre el constructo expectativas, a continuación se plantean las propuestas por Heckhausen (1977), Sappington y Rusell (1978) y Bandura (1977); se hará mayor énfasis sobre la última propuesta ya que esta postura teórica sustentó la construcción de la entrevista semiestructurada sobre expectativas dirigida a las pacientes.

#### **Tipología de Heckhausen**

Heckhausen (citado por Barberá, 2003) propone tres tipos de expectativas, estos son:

1. La expectativa de acción - resultado (A-R) coincide prácticamente con la noción de expectativa de resultado de Bandura.
2. La expectativa de situación - resultado (S-R) se define como la creencia de que una situación en sí misma, al margen de la conducta del sujeto llevará a un determinado resultado.
3. Finalmente, la expectativa de resultado - consecuencia (R-C) consiste en la creencia de que el resultado esperado actuará como instrumento mediador para alcanzar determinadas consecuencias.

### **Tipología de Sappington y Rusell**

Sappington y Rusell en 1978 proponen dos tipos de expectativas: las expectativas intelectuales y las expectativas emocionales.

1. Las expectativas basadas en la intelectualidad resultan de la decodificación de la información por procedimientos lógicos aceptados como válidos por el individuo, estas expectativas buscan proveer al sujeto de nueva información.

2. Las expectativas basadas en lo emocional derivan de las decodificaciones de reacciones emocionales y están controladas por la variación del contexto emocional bajo la cual es presentada la información (Rusell, 2003).

### **Tipología de Bandura**

Bandura propuso la distinción entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado.

Las expectativas de eficacia son procesos cognitivos o evaluaciones que la gente hace sobre su competencia para realizar adecuadamente una tarea en una situación específica (Díaz, 2006).

Según Bandura 1987 (citado por Rusell, 2003) las fuentes de las expectativas de eficacia son cuatro: (a) los logros de ejecución, (b) la experiencia vicaria, (c) la persuasión verbal y (d) el estado fisiológico.

Los logros de ejecución constituyen la mayor fuente de información sobre la eficacia personal ya que se basan en las experiencias individuales de dominio real; cuando estas experiencias están asociadas con resultados favorables para el individuo la percepción de eficacia incrementa, por el contrario los fracasos disminuyen la expectativa de eficacia.

La segunda fuente de las expectativas de eficacia son las experiencias vicarias, al ver o imaginar que personas similares actúan con éxito se aumenta la autopercepción de eficacia.

La tercera de las fuentes hace referencia a la persuasión verbal, ésta se utiliza para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para conseguir lo que desea.

La última de las fuentes es la información procedente del estado fisiológico como la activación somática del organismo ante situaciones estresantes es interpretada por el sujeto como signos de vulnerabilidad lo que afecta la percepción de eficacia.

Cada una de estas fuentes se ve afectada directamente por la magnitud de éxito o fracaso de la conducta; de este modo, si la magnitud de éxito aumenta para una conducta dada desde cualquiera de las fuentes motivacionales mencionadas, la expectativa de ser capaz de lograr lo esperado aumenta.

Por su parte la formulación teórica de las expectativas de resultados parte de los planteamientos de la teoría de Tolman (1932) quien postuló que el aprendizaje se sustentaba en el desarrollo de expectativas sobre los resultados que producirá una conducta.

Posteriormente, se encuentran los postulados de la conducta intencional y la motivación formulada por Irwin en 1971 y la propuesta de Seligman en 1975 quien afirma que el hombre actúa resignadamente porque adquiere la expectativa de que no puede modificar los resultados del entorno, estas

concepciones se complementan con los postulados de la teoría social cognitiva (Bandura, 1987).

Desde esta perspectiva teórica las expectativas de resultados se definen como juicios sobre si una conducta en concreto tendrá el resultado esperado (Rusell, 2003).

Por otra parte, según Ruiz (2006) la motivación de estas expectativas se ve regulada por la posibilidad de que un comportamiento produzca determinado resultado y por el valor que tiene ese resultado para el individuo.

Reeve (2003) en su libro motivación y emoción plantea cuatro aspectos determinantes sobre las expectativas de resultado, estos son: (a) la historia de resultado personal, (b) la información de comparación social, (c) la dificultad de la tarea y (d) la personalidad.

La historia de resultado personal esta conformada por las continuas valoraciones que realiza el sujeto sobre el grado en que su compromiso con una actividad específica le permite obtener éxitos o fracasos; este proceso valorativo tiene un efecto acumulativo en las futuras expectativas de las consecuencias que puede obtener al realizar dicha actividad.

Así mismo, las percepciones que un individuo realiza sobre la dificultad de una tarea influyen en las expectativas de éxito frente a la misma, por lo tanto percibir una tarea como difícil genera bajas expectativas de éxito, mientras que percibir una tarea como fácil genera altas expectativas de éxito.

Según DeVillis, DeVillis y McCauley (citados por Reeve 2003) la información de comparación social hace referencia a la construcción de

expectativas basadas en las observaciones de los resultados que otros logran al realizar las mismas tareas.

Por su parte, Weiner (citado por Reeve 2003) expone que características de la personalidad como la necesidad de logro pueden influir sobre las expectativas, es así que sujetos con alta necesidad de logro poseen expectativas optimistas y quienes presentaban baja necesidad de logro muestran expectativas de resultados pesimistas.

Otra característica de la personalidad relacionada con las expectativas de resultados es la autoestima, McFarlin y Blascovich en su estudio establecieron que los sujetos con autoestima baja tenían expectativas de resultado menos optimistas que aquellos sujetos con alta autoestima (Reeve, 2003).

Para concluir Martínez y Salanova (2006) plantean que para la teoría social cognitiva tan importante son las expectativas de resultado como las de eficacia ya que las personas actúan cuando mantienen creencias de eficacia y expectativas de resultado que hacen que el esfuerzo valga la pena.

### **Influencia de las Expectativas**

Las expectativas de las personas influyen directamente o como mediadores en diferentes ámbitos de desarrollo del ser humano, a continuación se expone la influencia de estos aspectos en el comportamiento general del individuo, en el ámbito educativo, laboral y sanitario.

### **Expectativas y Comportamiento Humano**

Bandura (citado por Martínez y Salanova, 2006) expone que las expectativas que posee un individuo afectan su comportamiento, pensamiento y sentimientos.

Respecto al comportamiento las expectativas influyen en la elección de conductas, se tiende a evitar aquellas tareas o situaciones que exceden de las capacidades del sujeto y se desarrollan labores que se creen capaces de dominar.

Así mismo, las expectativas también determinan la cantidad de esfuerzo empleado para enfrentarse a los obstáculos y la cantidad de tiempo o persistencia en tratar de lograr algo.

Por otro lado, las expectativas actúan sobre los pensamientos y sentimientos, las personas que se consideran poco eficaces en el afrontamiento de las demandas del entorno exageran la magnitud de sus deficiencias y de las dificultades potenciales del medio, lo que genera estrés, distrae la atención y dificulta la utilización de los recursos disponibles.

Mientras que los que se perciben como eficaces centran sus esfuerzos en las demandas que pueda plantearles la situación, se imponen a sí mismos retos que favorecen sus intereses, intensifican sus esfuerzos cuando su rendimiento no se ajusta a las metas que se habían propuesto y hacen atribuciones causales sin sentir ansiedad y estrés.

### **Expectativas y Ámbito Laboral**

Grau, Martínez y Salanova (2005) postulan que las expectativas del individuo, especialmente las expectativas de eficacia son amortiguadores ante

estresores como: (a) horas de trabajo excesivas, (b) el conflicto de rol, (c) la rutina y (d) la presión temporal.

### **Expectativas y Contexto Educativo**

En este contexto los estudios realizados por diferentes autores, entre ellos Multon, Brown y Lent (1991), Schunk (1995), Andrew (1998), Bong (1999), Lane y Lane (2001) y Elis y Loomis (2002) han demostrado que altas expectativas de eficacia correlacionan positivamente con el éxito académico y altos niveles de motivación e interés por el aprendizaje de los estudiantes (Agut, Bresó, Grau, Martínez, Salanova, 2005).

### **Expectativas y Ámbito de Sanitario**

Existen diferentes estudios que analizan la relación entre expectativas de las personas y sus conductas saludables, mantenimiento del bienestar físico y el desarrollo de patologías, en los párrafos siguientes se exponen las conclusiones de estos estudios.

**Expectativas y comportamientos saludables.** Bandura (2001) expone que el comportamiento saludable es un producto de la eficacia percibida ya que conductas como la adherencia al tratamiento están en función de la capacidad que percibe el sujeto para controlar su enfermedad y de las expectativas de resultados que están enfocadas en evitar las consecuencias negativas de la no adherencia ( Salazar y Urdanibia, 2005).

De acuerdo con este planteamiento también se encuentra las conclusiones de Palomo (1995) quien plantea que el conocimiento, las ideas y las expectativas que el paciente y su familia tengan sobre la naturaleza, origen, curso y pronóstico de la enfermedad y hospitalización suponen relevantes

implicaciones en lo referente a la adhesión al tratamiento y el proceso de curación (Ochoa, Polaina y Repáraz, 1997).

Por otra parte, Schawarzer y Fuchs (1995) establecen que bajos niveles de eficacia ejercen un papel relevante en el incremento de conductas de riesgo sexual, disminución de los niveles de actividad física, abandono de conductas de nutrición y control de peso adecuadas y en el incremento de conductas adictivas; este postulado es coherente con los planteamientos de Bandura que propone que los individuos que dudan de sus expectativas en un campo específico son más proclives a sentimientos de depresión y a involucrarse en conductas problemas (Sánchez, 2006).

**Expectativas y cefalea.** En los estudios realizados por Holroyd (1984) sobre las técnicas de relajación muscular y niveles de cefalea se concluye que no importaba al grupo que pertenecían los sujetos (quienes tensaban o relajan los músculos frontales) sino los niveles de eficacia que poseían, logrando controlar o disminuir con mayor facilidad el dolor de cabeza aquellos individuos con altos niveles de expectativas de eficacia (Álvarez y Villamarín, 2004).

**Expectativas y fatiga.** En las investigaciones realizadas por Buscemi, Font y Rodríguez (2004) sobre la fatiga y la calidad de vida de pacientes oncológicos se establece que las expectativas son variables cognitivas mediadoras en esta experiencia; las pacientes que tienen pocas expectativas de resultado y eficacia presentan significativamente mucha más fatiga que las demás, mientras que a mayor expectativas de eficacia y de resultado se presentan menores niveles de fatiga.

Cabe resaltar que para los pacientes oncológicos de este estudio fue más relevante mantener expectativas de resultado porque para afrontar el cáncer sentirse capaz de hacer todo lo necesario no sirve de mucho si no se acompaña de la creencia en un resultado positivo (Buscemi y cols, 2004).

**Expectativas y trastornos fóbicos.** Bandura (1987) se cita a si mismo y plantea que las que las personas que poseen bajo niveles de expectativas (especialmente de eficacia) consideran que no poseen las capacidades para enfrentar situaciones estresantes y por lo tanto desarrollan conductas asociadas a trastornos fóbicos tales como: (a) pensamientos intrusivos y (b) tendencia a evitar determinadas actividades que les generan ansiedad.

**Expectativas y regulación del dolor.** Las expectativas de los sujetos, principalmente las expectativas de eficacia pueden modificar la experiencia del dolor por medio de los siguientes mecanismos: (a) movilizand o las habilidades personales para afrontar el dolor y persistir en el esfuerzo por superar esta circunstancia, (b) reduciendo los pensamientos perturbadores que generan la activación fisiológica y la tensión corporal y (c) distrayendo la atención de las sensaciones dolorosas hacia otras actividades (Bandura, 1987).

**Expectativas y cáncer.** Según Prieto (2004) interpretar la enfermedad como una situación de amenaza de la que no se puede escapar (expectativas negativas) produce estrés, lo que perjudica la actividad del sistema inmunológico y por tanto facilita el desarrollo y progresión del cáncer.

Para concluir se plantean las secciones de referentes teórico - prácticos sobre las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control y

expectativas y se presentan los lineamientos éticos que orientaron el desarrollo de la investigación.

### **Expectativas, Estrategias de Afrontamiento y Locus de Control**

Como antecedente investigativo que analizó las relaciones de las tres variables del estudio se encuentra el trabajo de Xavier Borrás (1992) que plantea que variables psicológicas como las expectativas de eficacia y de resultado, locus de control y afrontamiento modulan los efectos de los estresores en la función inmune de los pacientes oncológicos (Bravo, 2001).

A continuación se exponen diferentes trabajos investigativos que han abordado las relaciones entre las variables de la investigación.

### **Locus de Control y Estrategias de Afrontamiento**

El constructo locus de control ha sido catalogado por Lazarus y Folkman (1986) como una de las creencias positivas que tiene mayor influencia sobre las estrategias de afrontamiento que adopta el individuo ante una situación estresante. Algunos de los estudios que analizan la relación entre estrategias de afrontamiento y locus de control se presentan a continuación; las investigaciones de los numerales uno, dos y tres hacen referencia a la relación entre locus de control y estrategias de afrontamiento sobre aspectos generales dentro del campo de la salud y en el estudio de patologías crónicas como la lesión medular y los numerales cuatro, cinco, seis, siete y ocho analizan la relación de locus de control y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos.

1. El estudio de Lefcourt (1976) sobre la forma en que influye el locus de control en los procesos de afrontamiento concluyó que utilizar un locus de

control interno produce mayor actividad y persistencia en el afrontamiento (Lazarus y Folkman ,1986).

2. La revisión de investigaciones sobre la relación entre locus de control interno - externo, actitudes y conductas relacionadas con la salud realizada por Strickland en 1978 establece una correlación fuerte y positiva entre locus de control interno y estrategias de afrontamiento como búsqueda de información sobre la enfermedad y la salud (Lazarus y Folkman, 1986).

3. Los estudios de Ferington (1986) y Yoshida (1996) sobre los factores psicológicos asociados a la discapacidad física determinaron que niveles altos de locus de control interno o externo tienen importantes implicaciones en la motivación de los pacientes hacia el proceso de rehabilitación y la adherencia al tratamiento (Aguado y Rueda, 2003).

4. La investigación realizada por Capafóns, Pelechano y Sosa (1991) sobre personalidad y motivación en enfermos crónicos estableció la existencia de relaciones entre el locus interno y estrategias de afrontamiento activas como la búsqueda de información y la planificación (Aguado y Rueda, 2003).

5. Esta asociación entre locus de control interno y estrategias de afrontamiento activas también fue descrita en el estudio de Spacapan y Thompson (1993) con pacientes oncológicos, además se estableció que la relación entre locus de control y estrategias de afrontamiento predecía positivamente la realización de conductas saludables como programas de ejercicio físico y cambios en la dieta (Bárez, 2002).

6. Prosiguiendo con los estudios con pacientes oncológicos los trabajos investigativos realizados por Bosman, De Boer, De Reuver, Jong, Pelkwijk

Pruyn y Van der Bone (1988), Greer, Pruyn, Van der Bone y Watson (1990) establecen que la estrategia de afrontamiento espíritu de lucha correlaciona significativamente con el locus de control interno; además esta correlación se puede tomar como medida del curso de la enfermedad cuando la patología se detecta en estadios iniciales (Linares, 2001).

7. El estudio realizado por Ferrero (1994) complementa las conclusiones de los estudios de Bosman y cols (1988) y Greer y cols (1990) cuando expone que la utilización de estrategias de afrontamiento como la indefensión - desesperanza, la preocupación ansiosa y el fatalismo están asociadas con percepciones de control bajas sobre la enfermedad y sus consecuencias.

8. Por otra parte, el trabajo de Faller, Lang y Schilling (1995) sobre adaptación a la enfermedad y atribución causal en pacientes con cáncer de pulmón, concluye que los enfermos que hacían una atribución causal de tipo estrés psicosocial (es decir, atribuían las causas de su enfermedad a un locus de control externo) sufrían un mayor malestar emocional, estaban más deprimidos, eran más propensos a mostrar un afrontamiento desajustado a la enfermedad y tenían menos esperanzas de mejoría que los enfermos que utilizaban un locus de control interno (Bárez, 2002).

### **Estrategias de Afrontamiento y Expectativas**

En este apartado se analiza las relaciones existentes entre expectativas y estrategias de afrontamiento, al respecto Ruiz (2006) plantea que las expectativas de eficacia actúan sobre el afrontamiento ya que al aumentar el sentido de eficacia las personas tienden a enfrentar más situaciones difíciles que les generan estrés.

Por otro lado, Díaz (2006) plantea que la fuerza de las expectativas determina el tipo de conducta de afrontamiento y cuánto tiempo dicha conducta será mantenida frente a obstáculos y consecuencias adversas.

Este planteamiento lo comprueba Leiter (1991) cuando realiza un estudio sobre eficacia en el trabajo encontrado que los empleados con altos niveles de eficacia tienden a usar estrategias de afrontamiento centradas en el problema y actuar sobre los estresores; mientras que los empleados con baja autoeficacia usan más estrategias centradas en la emoción (Grau y cols, 2005).

### **Locus de Control y Expectativas**

Según Bravo (2001) las expectativas de eficacia determinan en gran medida la elección del individuo de determinado locus de control.

En este sentido, Bandura (citado por Bravo 2001) afirma que las personas con niveles altos de eficacia atribuyen los logros y éxitos personales a su propio esfuerzo y a sus propias capacidades esto es a causas internas, mientras que estas mismas personas atribuyen el fracaso a causas externas situacionales y ambientales.

Por el contrario, las personas con bajos niveles de eficacia atribuyen los fracasos a causas internas, a su propia falta de capacidad y a su mala ejecución.

### **Consideraciones Éticas**

Los criterios éticos de la investigación se establecieron a partir de los planteamientos del Código de Ética del Psicólogo, los parámetros de la Ley 1090 de 2006 emitida por el Congreso de la Republica en la que se reglamenta

el ejercicio profesional de la psicología en Colombia y los lineamientos éticos determinados por la Asociación Médica Mundial.

Los tres aspectos que se analizaron de acuerdo a estas disposiciones fueron el cumplimiento de los principios éticos de respeto y dignidad, el derecho de las pacientes a recibir información sobre las características de la investigación y la utilización del consentimiento informado.

### **Parámetros Éticos concernientes al Respeto de los Derechos**

El código de Ética del Psicólogo en el numeral 2 del artículo 15 del capítulo III plantea que el psicólogo en el desarrollo de su trabajo como investigador debe resguardar el bienestar y los derechos de las personas (Colegio de Psicólogos, 2006).

En este mismo sentido la ley 1090 de 2006 en el artículo 50 reglamenta que los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes (Congreso de Colombia, 2006).

Esta investigación dio cumplimiento a estos criterios éticos ya que en todo momento se respetó los derechos de las participantes y en ningún momento se llevó a cabo acciones que demeritaran su integridad moral.

### **Aspectos Éticos sobre la Información de los Parámetros de la Investigación**

Sobre este aspecto la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki establece que los individuos que vayan a tomar parte de una investigación deben ser participantes voluntarios e informados.

Además de estas características sobre los participantes de la investigación la Asociación Médica Mundial también establece que cada uno de los individuos que participen en una investigación deben recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento (Ros, Sin Fecha).

En este mismo sentido el Colegio de Psicólogos (2006) en el Código de Ética del Psicólogo en el capítulo 16 sobre Investigación Científica plantea que al trabajar con participantes humanos es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación.

Esta investigación cumplió con estos criterios éticos ya que la población objeto de estudio fue conformada por aquellas pacientes que accedieron voluntariamente a participar de la investigación después de que se les había presentado de forma verbal y escrita los parámetros de la propuesta.

### **Aspectos Éticos sobre el Consentimiento Informado**

Según Ros (Sin Fecha) en el área de la medicina y desde la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente se establece que todo paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia; a acceder a la información necesaria para tomar sus decisiones y entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.

Sobre este mismo tópico el Código de Ética del Psicólogo en el apartado

16.9 propone que el consentimiento informado debe ser aceptado por los participantes de la investigación después de que se le informe en qué consiste la investigación, por qué se les seleccionó para participar en ella, cuánto tiempo y esfuerzo requerirá su participación y se les especifique que su participación es completamente voluntaria que pueden negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin recibir castigo alguno (Colegio de Psicólogos, 2006).

Para cumplir con estos requisitos éticos se diseñaron los formatos de presentación y consentimiento informado, en los cuales se les explicaba a las participantes de la investigación los parámetros generales de la investigación, se recalca que los resultados individuales se protegerían, divulgándose solo las conclusiones obtenidas del análisis general de los datos y se explicaba claramente la forma en que ellas participarían.

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación analizó las relaciones existentes entre las variables estrategias de afrontamiento, locus de control, expectativas, edad y estadio de la enfermedad.

El interés por el estudio de estas variables surge de inferencias de otras investigaciones, en las cuales se plantea que la forma de afrontar la enfermedad sumada a otras características cognitivas del sujeto, como el locus de control y las expectativas influyen, directa o indirectamente sobre la adecuada adaptación a la enfermedad, al tratamiento y al contexto hospitalario y permiten que un individuo realice acciones en favor de su bienestar físico y psicológico.

### **Paradigma de Investigación**

Según Vasilachis un paradigma es "un marco teórico - metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos en el contexto de una determinada sociedad" (Valdés, 2006).

De acuerdo con Habermas y la escuela de Frankfurt, los paradigmas a partir de los cuales se puede analizar la realidad son crítico-social, histórico-hermenéutico y el empírico-analítico.

El paradigma empírico-analítico busca establecer formas de predecir, controlar y explicar las relaciones que ocurren en los diferentes fenómenos del mundo (Vasco, 1989); este planteamiento es coherente con los objetivos de esta investigación que analizó las relaciones existentes entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas de las pacientes oncológicas.

### **Enfoque de Estudio**

Según Nau (1995) y Grinnell (1997) el proceso investigativo puede emplear herramientas de los enfoques cuantitativo y cualitativo que permitan enriquecer los resultados del trabajo ya que son visiones complementarias del problema investigado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Tomando como eje fundamental la idea de complementariedad la presente investigación se ciñó a los parámetros establecidos por el modelo de enfoque dominante propuesto por estos autores.

### **Modelo de Enfoque Dominante**

De acuerdo con este modelo el estudio se desarrolla bajo la perspectiva de alguno de los dos enfoques, el cual prevalece y la investigación mantiene un componente del otro enfoque (Hernández y cols, 2003).

Para esta propuesta el enfoque cuantitativo constituyó el enfoque dominante ya que este enfoque estableció los lineamientos que siguió el proceso investigativo.

Sin embargo, el proceso investigativo se enriqueció con los aportes del enfoque cualitativo en la recolección y análisis de la información proveniente de la entrevista semiestructurada sobre expectativas y el establecimiento de relaciones de este concepto con las otras variables del estudio.

### **Tipo de Estudio**

Dado que el objetivo principal de esta investigación se centró en el estudio de las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control, expectativas, edad y estadio de la enfermedad era conveniente realizar el análisis de estas variables a través de un estudio correlacional.

Siendo este el tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables (Mardones, 2006).

### **Diseño Metodológico**

Hernández y cols (2003) establecen que el diseño de la investigación señala las acciones que el investigador debe realizar para alcanzar sus objetivos. Para conseguir los objetivos planteados para esta investigación se seleccionó el diseño transversal correlacional.

Este diseño permite la evaluación de las variables en un determinado momento para posteriormente realizar el análisis de relaciones existentes entre ellas.

### **Participantes**

La población con la cual se desarrolló el proceso investigativo estuvo conformada por una muestra de sujetos voluntarios (15 mujeres) que ingresaron a la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño durante los meses de Febrero, Marzo, Abril y Mayo del presente año para iniciar tratamiento de radioterapia por tener un diagnóstico de cáncer de cérvix en sus diferentes etapas clínicas.

La selección de esta cantidad de participantes se realizó tomando en cuenta las características de la población dado que el nivel de ingresos al área de Oncología de pacientes con este diagnóstico es fluctuante.

Además se considera que la labor realizada con las participantes da cumplimiento a los objetivos que orientaron esta propuesta de carácter correlacional que constituye el primer acercamiento a nivel regional al estudio de las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control y

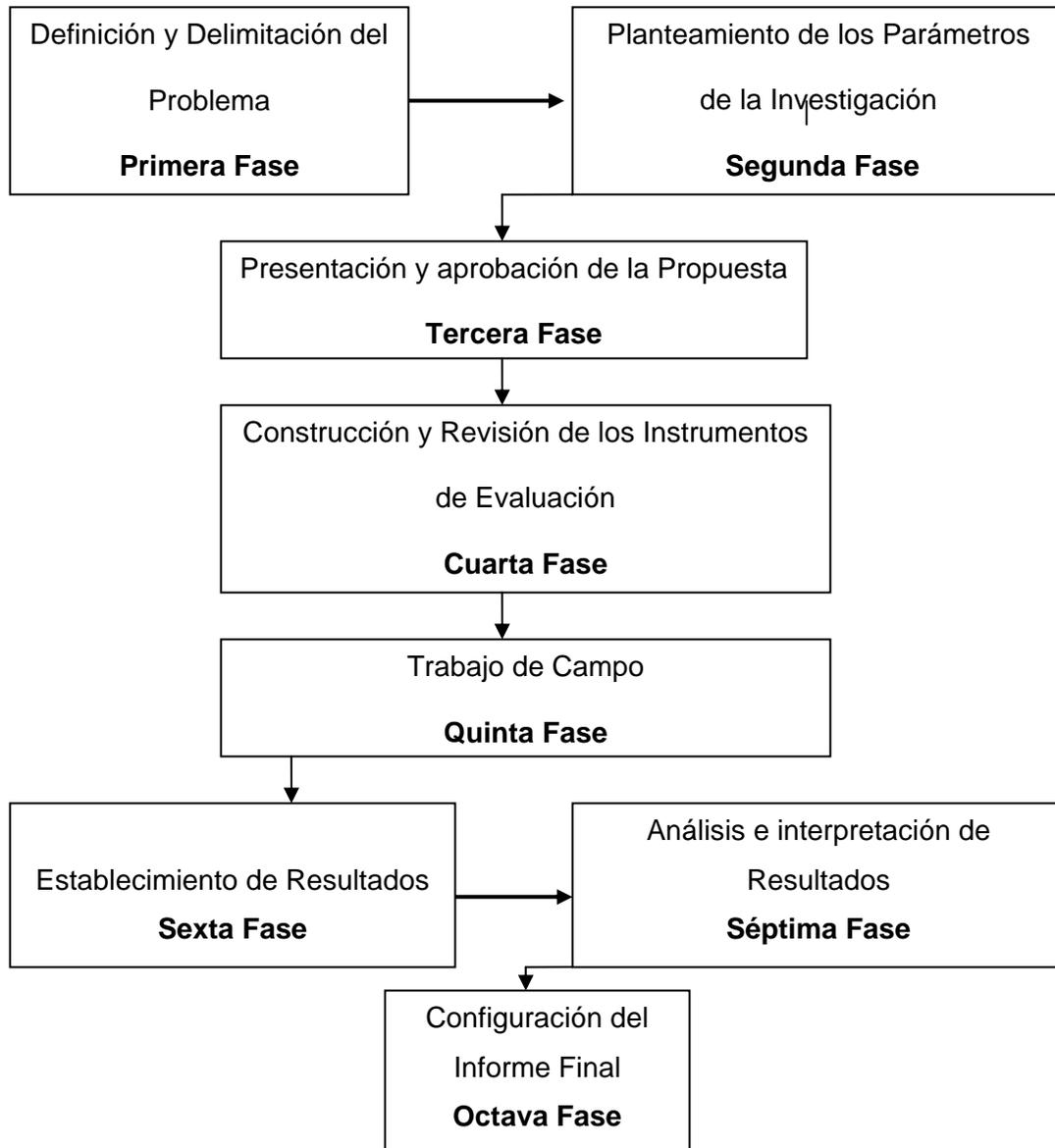
expectativas por lo que sus resultados se convierten en la base para el desarrollo de futuras investigaciones o propuestas de intervención con esta población.

Por otra parte, es importante resaltar que las características sociodemográficas no interfirieron en los resultados ya que a nivel teórico y empírico los estudios de Quiroz y Rodríguez (2001), Sala (2002), Aguado y Rueda (2003) y Vásquez (2004) concluyen que estos aspectos no influyen de forma relevante en las variables que se analizaron. Sin embargo, existen antecedentes teóricos provenientes de los estudios realizados por Báñez (2002), Aguado y Rueda (2003) y Janne, Reynaert y Zdanowicz (2004) que establecen que las variables edad, género de los pacientes y el estadio la enfermedad están asociadas con la adopción de un tipo de locus de control, utilización de determinada estrategia de afrontamiento y expectativa.

Dentro de esta investigación la característica género fue controlada ya que el trabajo se realizó sólo con mujeres; mientras que para la edad y el estadio de la enfermedad fue necesario plantear una serie de objetivos específicos que permitieran conocer las relaciones de estos aspectos con las otras variables.

### **Procedimiento**

En la figura 1 y en los párrafos siguientes se presentan las diferentes fases que facilitaron el desarrollo del proceso investigativo.



**Figura No.1.** Fases del proceso de investigación.

### Fases

1. Primera Fase. En esta fase se analizaron y delimitaron las diferentes ideas de investigación que se originaron a partir de las observaciones, vivencias y experiencias del período de práctica profesional desarrollado en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

2. Segunda Fase. Los pasos siguientes a la delimitación del problema fueron la revisión antecedentes investigativos y literarios concerniente a las variables del estudio, la construcción del marco teórico y el establecimiento de los criterios metodológicos y éticos.

3. Tercera Fase. Finalizada la construcción del proyecto se presentó y fue aprobada por la asesora, jurados, comité Curricular del Departamento de Psicología y el Comité de Ética del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

4. Cuarta Fase. En esta fase se construyó la entrevista semiestructurada sobre expectativas en respuesta al surgimiento de nuevas interrogantes investigativas acerca de la existencia de relaciones entre el estadio de la enfermedad y las expectativas de las pacientes.

Igualmente, se llevó cabo la revisión por jueces de los formatos de la escala de locus de control y la entrevista semiestructurada sobre expectativas, se aplicó a la población el formato de la entrevista para evaluar el comportamiento de las categorías y el grado de comprensión de las pacientes y se realizaron los cambios necesarios a los formatos.

5. Quinta Fase. En esta etapa se desarrolló un trabajo individualizado con las pacientes, en un primer momento se explicaron los parámetros éticos, las generalidades y las condiciones de participación de la investigación y se firmó el consentimiento informado.

Posteriormente, se aplicaron los diferentes instrumentos de evaluación y se recogieron los datos de identificación de las pacientes y la información pertinente sobre las variables de control edad y estadio de la enfermedad.

6. Sexta Fase. Se establecieron las puntuaciones directas del cuestionario de modos de afrontamiento y la escala de locus de control y se codificó los datos de la entrevista.

7. Séptima Fase. Se realizó el análisis de los resultados de los instrumentos aplicados, el establecimiento de las relaciones entre las variables utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y la categorización y se llevó a cabo la interpretación de los resultados tomando como referente los fundamentos teóricos y empíricos existentes sobre las variables del estudio.

8. Octava Fase. En esta fase se configuró la presentación del informe final.

### **Instrumentos**

Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: (a) el cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, (b) la escala de locus de control de Rotter, (c) la entrevista semiestructurada sobre expectativas, (d) el formato de presentación de la investigación y (e) consentimiento informado.

#### **Cuestionario de Modos de Afrontamiento**

Es una de las versiones del ways of coping instrument (WCI) diseñado por Lazarus y Folkman en 1985, evalúa las estrategias de afrontamiento ante las enfermedades crónicas.

Este cuestionario fue validado con pacientes oncológicos por Quiroz y Rodríguez en el año 2001 obteniendo un índice de acuerdo entre los jueces de 77% y un coeficiente de confiabilidad por estabilidad de .98.

El formato consta de 50 reactivos que evalúan ocho categorías de estrategias de afrontamiento, estas dimensiones son: (a) confrontación, (b)

distanciamiento, (c) autocontrol, (d) búsqueda de apoyo social, (e) aceptación de la responsabilidad, (f) escape - evitación, (g) planificación - solución de problemas y (h) reevaluación positiva.

Para determinar el puntaje se realiza la sumatoria de los ítems que conforman cada categoría de acuerdo al valor de la escala de respuesta señalado por la persona (anexo A).

### **Escala de Locus de Control de Rotter**

Creada en 1966 por Julián Rotter y adaptada de la versión inglesa por Benítez y De La Cruz (2006) es una escala unidimensional que evalúa la expectativa de locus de control en dos polos opuestos: externo e interno. Esta escala consta de 29 ítems, 23 ítems se puntúan y 6 ítems que sirven de distractores; el tipo de respuesta es de elección forzada (necesariamente se debe elegir entre la opción a o b).

Un puntaje igual o mayor que 11.58 se considera alto e indica un locus de control externo y un puntaje igual o menor que 5.76 es bajo e indica un locus de control interno; estos puntajes se establecieron a partir de las características estadísticas de la escala adaptada por Benítez y De La Cruz (2006).

Por otra parte y con el fin de garantizar que el instrumento fuera comprensible para la población se realizó un proceso de revisión interjueces como resultados de esta labor fue necesario modificar la redacción de los ítems 3.b, 4.a, 4.b, 5.b, 6.a, 10.a, 10.b, 12.a, 20.a, 23.a, 23.b y 29.a debido a que el enunciado del ítem hacía referencia a exámenes o actividades académicas, por lo cual se redactó con la misma estructura un ítem que hiciera

referencia a ámbitos generales o al contexto hospitalario; realizadas estas modificaciones se incluyeron en la estructura final de la prueba (anexo B).

### **Entrevista Semiestructurada sobre Expectativas**

La entrevista evalúa los factores que influyen en la generación de expectativas entre ellos los conocimientos que poseen las pacientes, su grupo familiar y social sobre la enfermedad y el tratamiento, la existencia de antecedentes de cáncer y las características del médico, las expectativa de eficacia y las expectativa de resultados; su fundamento teórico parte de los planteamientos de la teoría del aprendizaje social de Bandura.

Al igual que la escala de locus de control este instrumento también fue sometido a un proceso de evaluación interjueces, como resultado de esta revisión fue eliminada la categoría antecedentes personales de cáncer ya que los criterios de evaluación expuestos por el Doctor Miguel Rosero juez de este proceso y la revisión de historias clínicas permitieron establecer que generalmente estas pacientes no presentan antecedentes de otro carcinoma.

Finalmente, se obtuvieron 36 preguntas que fueron aplicadas a tres pacientes para evaluar el grado de comprensión y se realizaron los ajustes necesarios de acuerdo a las observaciones (anexo C).

Para el proceso de revisión de los dos instrumentos las personas que colaboraron como jueces fueron los psicólogos Carolina Cabrera, Margarita Chávez y Leonidas Ortiz y el Doctor Miguel Rosero, oncólogo radioterapeuta de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

### **Formato de Presentación de la Investigación**

Este formato se diseñó para dar a conocer a las participantes de la investigación los objetivos de la propuesta, las definiciones de las variables que se analizaron, las condiciones de participación y resaltar el manejo ético de los datos (anexo D).

### **Consentimiento Informado de la Paciente**

La finalidad de este instrumento era garantizar el cumplimiento de los parámetros éticos de la investigación, este formato es la constancia firmada por las pacientes en la cual certifican haber recibido la información necesaria acerca de las características del trabajo y por ende decidieron participar voluntariamente en el proceso investigativo (anexo E).

### **Variables**

#### **Definición de Variables de Estudio**

**Locus de control.** Una expectativa generalizada respecto de la conexión entre las características personales, las acciones y los resultados esperados (Lefcourt, 1976).

**Locus de control Interno.** Cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción es contingente con ésta o con características permanentes personales (Rotter, 1966).

**Locus de control externo.** Cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción no es contingente con ésta, atribuyéndose dicho resultado al azar, la fatalidad, etc (Rotter, 1966).

**Estrategias de afrontamiento.** Acciones cognitivas o conductuales que se realizan durante el transcurso de un evento estresante (Buendía y Mira, 1993).

**Confrontación:** son acciones directas que permiten modificar la situación problema.

**Distanciamiento:** son esfuerzos por alejarse de la situación.

**Autocontrol:** el sujeto busca controlar las propias reacciones emocionales y las conductas que de ella se derivan.

**Búsqueda de apoyo social:** son acciones destinadas a obtener apoyo, información o aceptación de parte de los demás.

**Aceptación de la responsabilidad:** es reconocer la responsabilidad en la generación, mantenimiento y solución de los problemas.

**Escape-evitación:** incluye comportamientos que tienden a evitar una situación previamente evaluada como problemática o amenazante.

**Planificación:** el individuo elabora un plan de acción para hacer frente al problema.

**Reevaluación positiva:** se extraen las consecuencias positivas de las experiencias, aunque algunas de ellas hayan resultado negativas.

**Expectativa:** creencias sobre el estado futuro de un particular, representan el modo a través del cual las experiencias pasadas y el conocimiento son usados para predecir el futuro (Olsen citado por Rusell, 2003).

**Expectativas de eficacia**: procesos cognitivos, evaluaciones o apreciaciones percibidas que la gente hace sobre su competencia para realizar adecuadamente una tarea en una situación específica (Díaz, 2006).

**Expectativas de resultados**: juicios sobre si una conducta en concreto tendrá el resultado esperado. (Rusell, 2003).

**Edad**: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

**Estadio de la enfermedad**: Clasificación de la enfermedad que se realiza teniendo en cuenta sus características y el número de regiones corporales que afecta.

### **Valores de las Variables**

**Estrategias de afrontamiento**. Altos y bajos puntajes en la escala de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

**Locus de control Interno**. Puntuación igual o inferior a 5.76 en la escala de locus de control de Rotter.

**Locus de control externo**. Puntuación igual o superior a 11.58 en la escala de locus de control de Rotter.

**Expectativa**: categorización de los resultados de la entrevista que permitan evaluar qué eventos esperan las pacientes que ocurran en su futuro y factores asociados con estas creencias.

**Expectativas de eficacia**: categorización de los resultados de la entrevista que permitan evaluar la creencia que poseen las pacientes acerca de su capacidad para realizar acciones que les permitan adaptarse a la situación y por lo tanto faciliten su recuperación.

**Expectativas de resultados:** categorización de los resultados de la entrevista que permitan evaluar las creencias de las pacientes sobre los resultados del tratamiento y de las acciones que han emprendido para adaptarse a la enfermedad.

**Edad.** 25- 80 años (rango determinado a partir de los datos del Registro Diario de Pacientes tratados con radioterapia de la Unidad de Oncología).

**Estadio de la enfermedad:** cada una de las etapas clínicas en las que se encuentra la enfermedad.

### **Hipótesis**

Dado que en la investigación se trabajó con variables de características cualitativas y cuantitativas las hipótesis de la investigación se subdividieron en dos categorías aquellas que se analizaron utilizando herramientas cualitativas tal es el caso de las relaciones entre expectativas con las otras variables de la investigación.

La otra categoría esta conformada por las hipótesis cuyo análisis se realizó cuantitativamente, en esta categoría se incluyen las hipótesis que analizaron las relaciones entre estrategias de afrontamiento y locus y las relaciones de estas dos variables con la edad y el estadio de la enfermedad.

Tomando en cuenta estas consideraciones las hipótesis que se plantearon fueron:

#### **Primera Hipótesis de Trabajo**

Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y las expectativas que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia

en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Primera Hipótesis Nula**

No existe ninguna relación entre las estrategias de afrontamiento y las expectativas que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Segunda Hipótesis de Trabajo**

Existe relación entre el tipo de locus de control y las expectativas que emplean las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Segunda Hipótesis Nula**

No existe ninguna relación entre el tipo de locus de control y las expectativas que emplean las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Tercera Hipótesis de Trabajo**

La edad se relaciona con las expectativas que tienen las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Tercera Hipótesis Nula**

La edad no se relaciona con las expectativas que tienen las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Cuarta Hipótesis de Trabajo**

El estadio de la enfermedad se relaciona con las expectativas que tienen las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Cuarta Hipótesis Nula**

El estadio de la enfermedad no se relaciona con las expectativas que tienen las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Quinta Hipótesis de Trabajo**

Existen relaciones entre el tipo de locus de control y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Quinta Hipótesis Nula**

No existen relaciones entre el tipo de locus de control y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Sexta Hipótesis de Trabajo**

La edad se relaciona con la(s) estrategia(s) de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Sexta Hipótesis Nula**

La edad no se relaciona con la(s) estrategia(s) de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Séptima Hipótesis de Trabajo**

La edad se relaciona con el tipo de locus de control que emplean las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Séptima Hipótesis Nula**

La edad no se relaciona con el tipo de locus de control que emplean las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Octava Hipótesis de Trabajo**

El estadio de la enfermedad se relaciona con la(s) estrategia(s) de afrontamiento que emplean las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Octava Hipótesis Nula**

El estadio de la enfermedad no se relaciona con la(s) estrategia(s) de afrontamiento que emplean las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Novena Hipótesis de Trabajo**

El estadio de la enfermedad se relaciona con el tipo de locus de control que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Novena Hipótesis Nula**

El estadio de la enfermedad no se relaciona con el tipo de locus de control que utilizan las mujeres con cáncer de cérvix en tratamiento con radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

### **Plan de Análisis de Datos**

Para llevar a cabo el análisis de los datos de esta investigación se tomó en cuenta la existencia de la variable expectativas, por lo cual el análisis se subdividió en análisis cualitativo y análisis cuantitativo que se realizó a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

El análisis se estructuró de la siguiente forma:

1. Calificación de cada uno de los instrumentos aplicados a la población.
2. Sistematización de los puntajes obtenidos en cada uno de los instrumentos.

3. Tabulación y codificación de la información de la entrevista semiestructurada sobre expectativas.
4. Análisis estadístico de la información, se obtuvieron las medidas de tendencia central para las variables estrategias de afrontamiento, locus de control, edad y estadio de la enfermedad.
5. Establecimiento de las relaciones entre las variables de la investigación, para estudiar las relaciones entre locus de control, estrategias de afrontamiento, edad y estadio que son variables ordinales o nominales se utilizó el Coeficiente rho de Spearman ( $r_s$ ); mientras que para examinar las relaciones que involucraron la variable expectativas se utilizó la categorización deductiva e inductiva.
6. Análisis de las relaciones existentes entre las diferentes variables.
7. Comprobación de las hipótesis. Para comprobar las hipótesis se tomó en cuenta las siguientes condiciones:

Primera hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: se comprobará la hipótesis de trabajo si al categorizar la información de la entrevista se establece la existencia de relaciones entre estrategias de afrontamiento y expectativas y por lo tanto se rechazará la hipótesis nula; si por el contrario no se establecen relaciones se corroborará la hipótesis nula.

Segunda hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si al categorizar la información de la entrevista se establece la existencia de relaciones entre locus de control y expectativas se comprobará la hipótesis de trabajo y se rechazará la hipótesis nula; si por el contrario no existen relaciones entre estas variables se aceptará la hipótesis nula.

Tercera hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si al analizar los datos de la entrevista se determina que las variables edad y expectativas están relacionadas se corroborará la hipótesis de trabajo y se refutará la hipótesis nula, si no existen estas relaciones se comprobará la hipótesis nula y se rechazará la hipótesis de trabajo.

Cuarta hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si al analizar los datos de la entrevista se determina que las variables estadio de la enfermedad y expectativas están relacionadas se corroborará la hipótesis de trabajo y se rechazará la hipótesis nula, si no existen estas relaciones se comprobará la hipótesis nula.

Quinta hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si el coeficiente de correlación entre las variables locus de control y estrategias de afrontamiento es igual a cero se corroborará la hipótesis nula, si por el contrario, el coeficiente de correlación es diferente de cero se refutará la hipótesis nula y se comprobará la hipótesis de trabajo.

Sexta hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si el coeficiente de correlación obtenido entre las variables edad y estrategias de afrontamiento es igual a cero se comprobará la hipótesis nula rechazándose la hipótesis de trabajo, si por el contrario, el coeficiente de correlación asume valores diferentes a cero se comprobará la hipótesis de trabajo.

Séptima hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si el coeficiente de correlación entre las variables edad y locus de control es igual a cero se corroborará la hipótesis nula; mientras que si el coeficiente de correlación esta

representado por valores diferentes a cero se confirmará la hipótesis de trabajo.

Octava hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si el coeficiente de correlación obtenido entre estadio y estrategias de afrontamiento es igual a cero se corroborará la hipótesis nula y se refutará la hipótesis de trabajo, si por el contrario, el coeficiente de correlación es diferente de cero se comprobará la hipótesis de trabajo.

Novena hipótesis de trabajo y su hipótesis nula: si el coeficiente de correlación entre las variables estadio y locus de control es igual a cero se comprobará la hipótesis nula, si por el contrario, el coeficiente de correlación es diferente de este valor comprobará la hipótesis de trabajo.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de la investigación se presentan tomando en cuenta el siguiente esquema: (a) caracterización de la población, (b) descripción de las estrategias de afrontamiento, (c) descripción del tipo de locus de control y (d) descripción de las características de las expectativas.

En una segunda etapa del informe se exponen los resultados del análisis de relaciones entre las variables y la comprobación de las diferentes hipótesis.

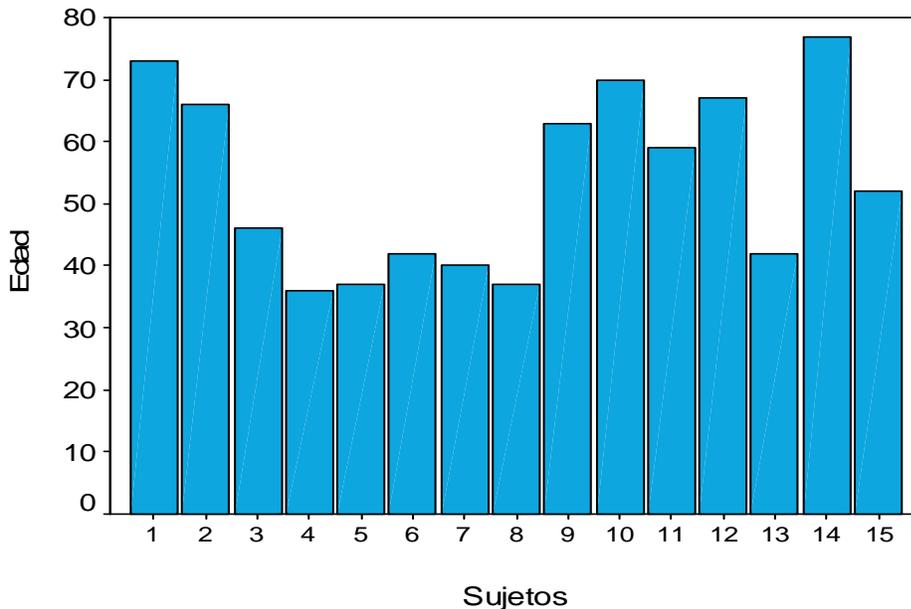
### **Caracterización Poblacional**

La población estuvo conformada por 15 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix que estaban en tratamiento con radioterapia y no se encontraban hospitalizadas.

Estos parámetros de selección de la población están directamente relacionados con la factibilidad del trabajo, en primer lugar la duración del tratamiento permitió un contacto permanente con las pacientes lo que proporcionó las condiciones óptimas para la aplicación de los diferentes instrumentos de evaluación.

Por otra parte, limitar el desarrollo de la investigación a pacientes no hospitalizadas constituyó un mecanismo de control de las influencias que puede tener este período (considerado estresante) en el proceso de afrontamiento e igualmente controlar las variables del médico que se analizaron en la entrevista semiestructurada sobre expectativas.

La edad constituye la primera característica de la población que se examinó en el desarrollo de la investigación, en la figura 2 se puede observar la distribución de las pacientes de acuerdo a esta característica.



**Figura No.2.** Distribución de la Población según la Edad.

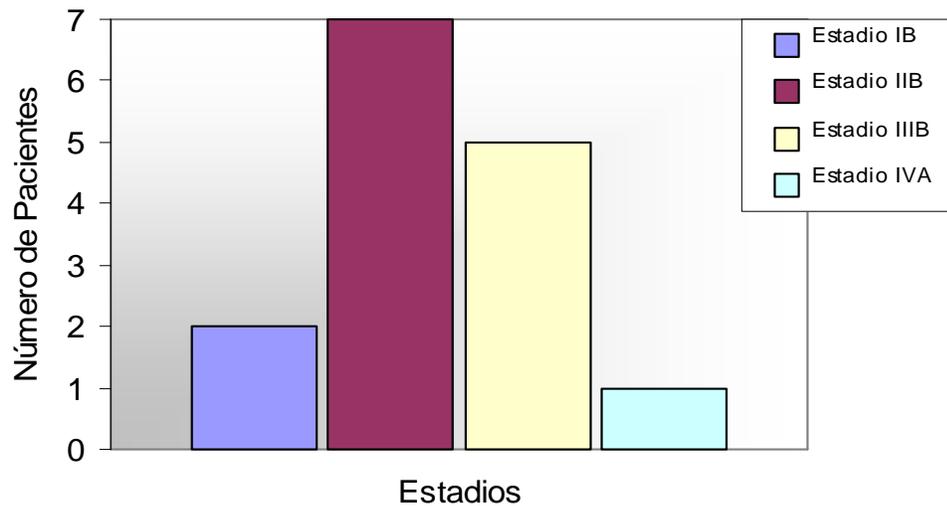
Al realizar el análisis estadístico pertinente se obtuvo los siguientes resultados: el promedio de edad se ubicó en 53.80, con una desviación estándar de 14.68, mediana de 52 y existen dos modas 37 y 42, el rango de edad es de 41 siendo el valor mínimo 36 y el valor máximo 77.

Al comparar estos datos con la información del registro de Julio de 2005 a Julio de 2006 de pacientes con este diagnóstico en el cual la media era 56, se observa una disminución del promedio de edad de las pacientes con cáncer de cérvix.

Sin embargo, la mayor diferencia se encuentra al comparar las modas de los datos, en el período de tiempo anteriormente mencionado este valor era

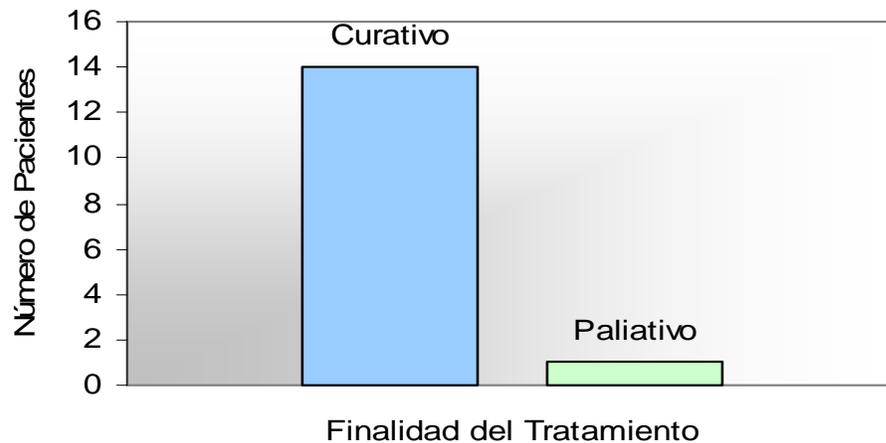
de 53 y en la muestra analizada en esta investigación asume los valores de 37 y 42, lo que indicaría una tendencia a disminuir la edad de detección y desarrollo de este carcinoma.

Por otra parte, la segunda característica analizada fue el estadio de la enfermedad, de acuerdo con los datos de la figura 3 se puede establecer que el estadio de la enfermedad más frecuente es el estadio IIB con siete pacientes, seguidamente se encuentra los estadios IIIB con cinco pacientes, estadio IB con dos pacientes y finalmente el estadio IVA con una sola paciente.



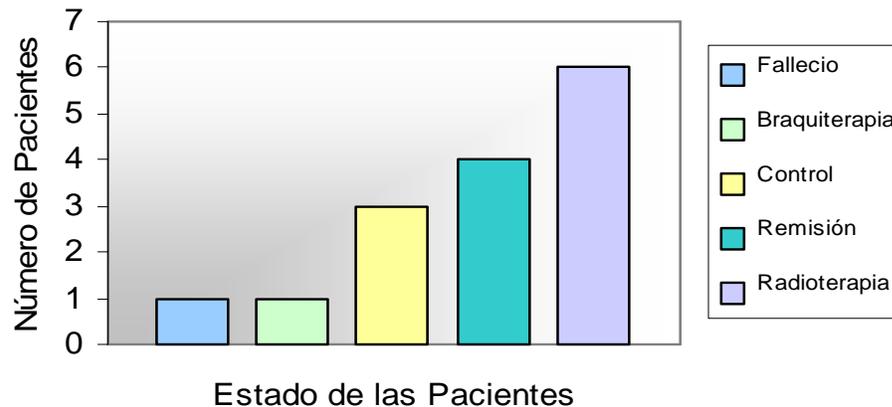
**Figura No.3.** Distribución de la Población según el Estadio de la Enfermedad.

Otras variables que se analizaron en la población fueron la finalidad del tratamiento y el estado de las pacientes al terminar el proceso de recolección de la información (Mayo de 2007). En las figuras 4 y 5 se exponen gráficamente los resultados de estos factores.



**Figura No.4.** Distribución de la Población según la Finalidad del Tratamiento.

Según los resultados que se observan en la figura 4 se puede concluir que la finalidad curativa del tratamiento es la más frecuente dentro de la población esto asociado directamente con el estadio de la enfermedad dado que prevalecen estadios que son curativos a nivel de 70 a 90%.

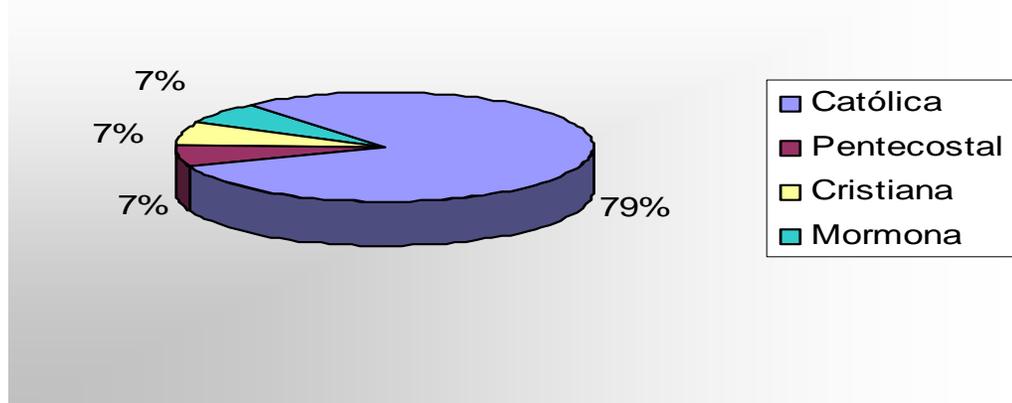


**Figura No. 5.** Estado de las Pacientes al Finalizar el Proceso de Recolección de la Información.

En la figura 5 se expone el estado de las pacientes al terminar el proceso de recolección de la información la mayoría (seis) de ellas aún se

encontraban recibiendo radioterapia, cuatro se encontraban diligenciado su remisión a braquiterapia, una se encontraba recibiendo braquiterapia, tres regresaron a control después de recibir los dos tiempos de braquiterapia y una paciente falleció por complicaciones en su condición de salud.

Otra variable poblacional relevante encontrada posterior a la tabulación de la información obtenida de la entrevista semiestructurada fue la creencia religiosa de las pacientes, dado que es un factor de gran influencia sobre el desarrollo de expectativas de eficacia (que tan capaz soy de hacer determinada acción) y de resultado sobre el tratamiento (que resultado espero obtener con mis acciones), las estrategias de afrontamiento y el tipo de locus de control (aspectos que serán analizados más adelante). En la figura 6 se muestran los datos concernientes a esta variable.



**Figura No. 6.** Distribución de las pacientes de acuerdo a sus creencias religiosas

De acuerdo con los datos presentados en la figura 6 el 100% de la población pertenece a una iglesia o secta religiosa y dentro de sus concepciones existe la creencia en un Ser Supremo; la creencia religiosa más

frecuente es la católica a la que pertenece el 79% de la población (12 pacientes), mientras que a las creencias cristiana, pentecostal y la iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días (mormona) tienen la misma representación porcentual dentro de la población con el valor de 7% lo que equivale a una paciente por cada categoría.

### **Descripción de las Estrategias de Afrontamiento.**

En las tablas 1 y 2 se presentan las puntuaciones directas obtenidas por las participantes de la investigación en el cuestionario de modos de afrontamiento.

Tabla 1

#### Puntuaciones Directas en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento.

Puntuaciones de las Estrategias de Afrontamiento Reevaluación Positiva, Escape-Evitación, Soporte Social y Autocontrol				
Sujetos	Reevaluación Positiva	Escape - Evitación	Soporte Social	Autocontrol
Sujeto 1	15	12	12	8
Sujeto 2	10	10	6	11
Sujeto 3	14	12	14	10
Sujeto 4	14	11	8	13
Sujeto 5	10	12	7	8
Sujeto 6	15	13	13	9
Sujeto 7	18	15	18	17
Sujeto 8	13	13	15	6
Sujeto 9	13	11	10	10

Sujeto 10	15	12	10	9
Sujeto 11	17	9	12	11
Sujeto 12	12	9	11	10
Sujeto 13	17	12	8	16
Sujeto 14	12	9	10	8
Sujeto 15	13	10	10	11

Nota. Los datos que se presentan en la tabla corresponden a las puntuaciones de las pacientes en las categorías Reevaluación Positiva, Escape - Evitación, Soporte Social y Autocontrol.

Tabla 2

Puntuaciones Directas en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento.

Puntuaciones de las Estrategias de Afrontamiento Solución - Planificación de Problemas, Aceptación, Confrontación y Distanciamiento				
Sujetos	Solución de Problemas	Aceptación	Confrontación	Distanciamiento
Sujeto 1	10	7	5	6
Sujeto 2	10	8	6	6
Sujeto 3	12	9	8	13
Sujeto 4	7	11	4	9
Sujeto 5	8	6	8	6
Sujeto 6	11	8	11	8
Sujeto 7	10	10	9	13
Sujeto 8	12	14	10	9
Sujeto 9	12	9	15	8
Sujeto 10	12	15	16	8

Sujeto 11	10	8	13	9
Sujeto 12	10	8	10	9
Sujeto 13	12	7	6	7
Sujeto 14	11	11	8	7
Sujeto 15	9	7	5	5

Nota. Los datos que se presentan en la tabla corresponden a las puntuaciones de las pacientes en las categorías Solución - Planificación de Problemas, Aceptación, Confrontación y Distanciamiento.

De acuerdo con los datos de las tablas 1 y 2 se establece que las ocho categorías de estrategias de afrontamiento son utilizadas por las pacientes, sin embargo, los sujetos 6, 7 y 10 fueron los participantes que obtuvieron puntajes altos en varias categorías, es decir, ellos emplean diferentes estrategias de afrontamiento para adaptarse a esta situación estresante.

Después de obtener las puntuaciones directas de cada una de las participantes de la investigación se realizó el análisis estadístico correspondiente y se obtuvieron los datos que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

Características Estadísticas de las Estrategias de Afrontamiento

Estrategia de Afrontamiento	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar
Reevaluación Positiva	13.87	14	13*	2.39
Escape- Evitación	11.33	12	12	1.72
Soporte Social	10.93	10	10	3.20

Autocontrol	10.47	10	8*	2.97
Solución de Problemas	10.40	10	10*	1.55
Aceptación	9.20	8	8	2.60
Confrontación	8.93	8	8	3.63
Distanciamiento	8.20	8	9	2.34

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan la existencia de múltiples modas en la categoría. La moda de menor valor es la que se presenta en la tabla.

La tabla 3 demuestra que estrategias de afrontamiento como confrontación y soporte social con desviaciones estándar de 3.63 y 3.20 respectivamente presentan niveles de dispersión más altos con respecto al promedio, mientras que las desviaciones estándar de las estrategias de afrontamiento solución - planificación de problemas y escape - evitación indican mayor homogeneidad en las respuestas.

Tomando como referencia el promedio de cada categoría y dando respuesta a la primera pregunta de investigación se puede determinar que las pacientes utilizan más las estrategias de afrontamiento reevaluación positiva y escape - evitación.

Los datos concernientes a la categoría reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento más utilizada y confrontación como una de las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por las pacientes correlacionan con los resultados del proceso investigativo realizado por Quiroz y Rodríguez en el año 2001.

Al utilizar la estrategia reevaluación positiva las pacientes realizaron una evaluación sobre el evento estresante (conocer el diagnóstico), como resultados de esta evaluación ellas desarrollaron actitudes positivas hacia su núcleo familiar y actividades cotidianas (*vuelvo a darme cuenta de lo que es realmente importante para mí*), igualmente fortalecieron sus creencias religiosas (*ahora rezó más que antes*) como un factor de protección ante las exigencias e implicaciones de la enfermedad, especialmente en lo referente a la muerte y como primer paso en los planes de afrontamiento.

Dentro de esta misma catalogación como estrategias más utilizadas también se encuentra la categoría escape - evitación; emplear esta estrategia facilita a las pacientes aislarse de las personas e incrementar cogniciones del tipo *creo que no es verdad lo que me esta pasando y que se termine rápido* con el fin de evadir la amenaza de esta situación.

Por otra parte, las pacientes recurren en menor medida a las estrategias de afrontamiento confrontación y distanciamiento, estos resultados pueden atribuirse a las características de cada una de las estrategias o a su relación con otras estrategias de afrontamiento como es el caso del afrontamiento confrontativo.

Llevar a cabo un afrontamiento confrontativo supone realizar acciones directas sobre el evento estresante, entre estas acciones se encuentran expresar emociones y sentimientos a otras personas y aceptar el evento como un reto ante el cual se desarrolla conductas arriesgadas, cuestiones que implicarían una contradicción con la estrategia escape - evitación en la cual las pacientes tienden a aislarse socialmente, a evaluarse a si mismas como poco

expresivas emocionalmente y a asumir patrones de comportamiento que disminuyan el riesgo o la amenaza.

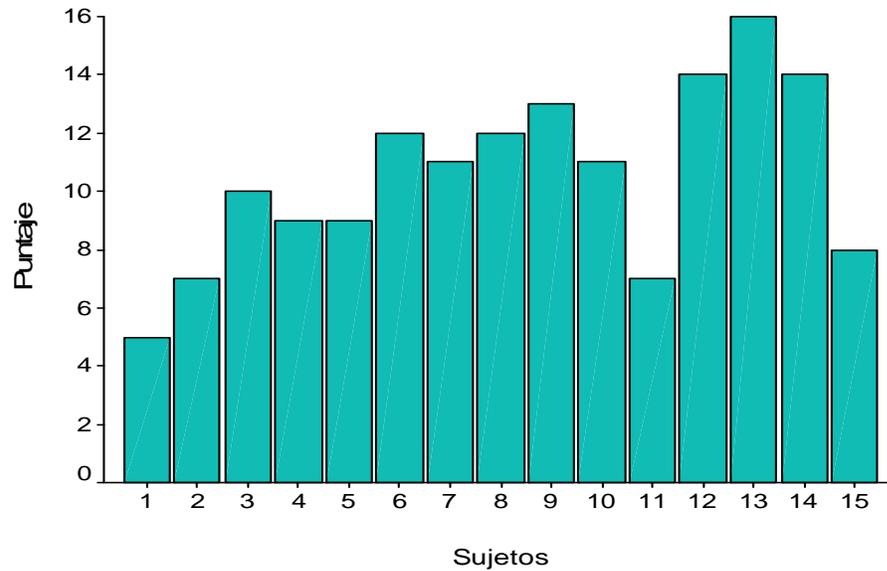
Por otra parte, a pesar de que las pacientes obtuvieron promedios altos en la estrategia escape - evitación emplean en menor medida la estrategia distanciamiento, ya que evitar la situación problemática no necesariamente implica que las pacientes consideren su situación como poco importante o crean que es producto de la mala suerte.

Las estrategias de afrontamiento búsqueda de soporte social, autocontrol, solución - planificación de problemas y aceptación de la responsabilidad obtuvieron los promedios de 10.93, 10.47, 10.40 y 9.20 respectivamente, por lo cual se puede plantear que las dos primeras estrategias tienden a ser más utilizadas por las pacientes mientras que las dos últimas tienden a ser menos utilizadas.

### **Descripción del Tipo de Locus de Control**

Para iniciar el análisis pertinente sobre la variable locus de control se procedió a establecer la puntuación directa de cada participante de la investigación, los datos se muestran en la figura 7.

Posteriormente se estableció las características estadísticas que se exponen en la tabla 4.



**Figura No. 7.** Puntuaciones directas en la Escala de Locus de cada una de las participantes de la Investigación.

Tabla 4

Características Estadísticas de la Variable Locus de Control

Características	Valor
Media	8,67
Mediana	11,00
Moda	7*
Desviación Estándar	2,91
Rango	11
Mínimo	5
Máximo	16
Suma	158

Nota. El dato marcado con un asterisco (\*) representan la existencia de múltiples modas, la moda de menor valor es la que se presenta en la tabla.

Es de resaltar que los datos sobre promedio y desviación estándar (tabla 4) se obtuvieron del análisis psicométrico realizado por Benítez y De la Cruz en el año 2006.

En la tabla 4 se presenta solo la moda de menor valor pero en la población que se analizó existen múltiples modas, estas son: 7, 9, 11, 12 y 14.

De acuerdo con los datos de la figura 7 y la tabla 4 se puede establecer que los sujetos 6, 8, 9, 12, 13 y 14 utilizan un locus de control más externalizado, mientras que el sujeto 1 utiliza un locus interno y los sujetos 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11 y 15 se encuentran en el promedio.

En respuesta a la segunda interrogante se plantea que el mayor número de pacientes (ocho) obtuvieron puntuaciones promedios en la escala; sin embargo, dentro de estas puntuaciones existen dos que tienen tendencia a locus externo, en seguida se encuentra el tipo locus de control externo con seis pacientes y tan sólo una paciente utiliza un locus de control interno.

Estos datos demuestran que las pacientes tienden a percibir que los eventos que ocurren en este momento no están determinados por sus actos y por lo tanto atribuyen la ocurrencia de estos eventos y sus resultados a la acción de otras personas como el médico tratante, otros profesionales, su familia, amigos y Dios.

### **Descripción de las Características de las Expectativas**

Las expectativas de las pacientes frente a su situación actual, especialmente sobre su tratamiento se evaluaron a través de una entrevista semiestructurada.

Para establecer los resultados de la entrevista la información grabada se tabuló y codificó, estos procesos se llevaron a cabo en las diferentes categorías que componen el formato.

A continuación se presentan los datos de la categoría conocimiento, esta categoría incluye las preguntas que evaluaron la información que tiene la paciente sobre su enfermedad y sus características (tabla 5), sobre el tratamiento y sus particularidades (tabla 6), igualmente los aspectos sobre la patología y el tratamiento que la paciente percibe que conocen su familia y el entorno social (tablas 7 y 8).

Tabla 5

Resultados de la Categoría Conocimiento

Subcategoría Conocimientos de las Pacientes sobre la Enfermedad	
Aspectos	Información relevante
Diagnóstico	* Conocimiento del Diagnóstico
Causas	* Desconocimiento de las causas de la enfermedad - Hábitos Alimenticios inadecuados - Factores Hereditarios
Síntomas	* Flujos vaginales - Dolor o molestias en la zona vaginal o piernas - Disminución de peso e Inflamación del vientre - Desarrollo de la enfermedad sin síntomas

Etapa	* Evaluación de la enfermedad en niveles - Conocen claramente la etapa de su enfermedad - Desconocen la etapa de la enfermedad
Tipo de información	* Explicación del Diagnóstico - Realización del examen médico
Personal que informó	* Médico Tratante - Médicos de otras instituciones de salud - Psicólogas Practicantes - Enfermera Jefe de Radioterapia
Pronóstico	* Pronóstico favorable - Desconocen el pronóstico

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

Al observar la tabla 5 se establece que todas las pacientes conocen su diagnóstico; sobre las características de la enfermedad se determinó que la mayoría de las mujeres desconocen las causas de su enfermedad y sólo dos pacientes atribuyen el desarrollo de ésta a factores hereditarios o hábitos alimenticios insanos.

Por otra parte, el 53.3% de las pacientes consideran que el pronóstico de la enfermedad es favorable, mientras que el 46.7% desconoce esta característica; las pacientes que consideran que el pronóstico de su enfermedad es favorable llegan a esta conclusión después de analizar la información sobre su enfermedad, especialmente recurren a la explicación que brinda su médico en la primera consulta.

Con respecto a la etapa del cáncer se estableció que el 40% de la población desconoce este aspecto, el 53.3% evalúa el estadio en niveles que van desde recién empezando, avanzado y muy avanzado y el 6.7% conoce claramente la etapa de la enfermedad.

Los síntomas de mayor relevancia para llegar al diagnóstico en el 80% de los casos fueron: la presentación de flujos vaginales (sanguinolentos, amarillentos o transparentes), dolores o molestias en la zona vaginal o piernas, disminución de peso e inflamación del vientre y el 20% de las pacientes consideran que la enfermedad se desarrollo sin síntomas.

La explicación acerca del diagnóstico es el aspecto más frecuente sobre el que reciben información las pacientes, siendo el principal informante el médico tratante seguido por médicos de otras instituciones de salud, psicólogas practicantes y enfermera jefe de radioterapia.

En la tabla 6 se exponen los datos concernientes a los conocimientos que poseen las pacientes sobre su tratamiento.

Tabla 6

Resultados de la Categoría Conocimiento

Subcategoría Conocimientos de las Pacientes sobre el Tratamiento	
Aspectos	Información relevante
identificación del tratamiento	Conocimiento Claro del tratamiento y personal que lo aplica
características del tratamiento	* Conocen la duración del tratamiento -Desconocen las características
Tipo de información	* Explicación del tratamiento y posibilidades de

	curación
	- Ningún tipo de información
Personal	Médico Tratante

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

De acuerdo a los datos presentados en la tabla 6 se puede concluir que el 100% de las pacientes reconoce que la radioterapia es el tratamiento que reciben y conocen al personal encargado de este tratamiento, el 86.7% sabe su duración y el 13.3 % no conoce esta característica del tratamiento.

Asociado con estos datos se estableció que el 86.7% de las pacientes plantean que el médico tratante les ha explicado las características del tratamiento y sus posibilidades de curación y el 13.3% considera que no ha recibido ningún tipo de información sobre las particularidades del tratamiento.

En la tabla 7 se exponen los datos de las subcategoría percepción de las pacientes sobre los conocimientos que tiene su familia y entorno social sobre la enfermedad.

Tabla 7

Resultados de la Categoría Conocimiento

Subcategoría Percepción de las Pacientes sobre los Conocimientos que tiene su Familia y Entorno Social sobre la Enfermedad		
Aspectos	Información relevante	
	Ámbito Familiar	Ámbito Social
Diagnóstico	Conocimiento Claro del Diagnóstico	* Conocimiento del estado de enfermedad

		-Conocimiento Claro del Diagnóstico
Causas	Desconocen las causas	Desconocen las causas
Síntomas	*Desconocen los síntomas - Flujos vaginales	Desconocen los síntomas de la enfermedad
Etapa	Desconocen la etapa	Desconocen la etapa
Pronóstico	Desconocen pronóstico	Desconocen pronóstico
Personas	* Hijos - Esposo - Hermanos	* Amigas - Vecinas - Compadres

Notas. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes. Los datos presentados en área social provienen de las respuestas de las pacientes que consideran que sus grupos sociales conocen el estado de enfermedad.

Según los datos de la tabla 7 se puede establecer que todas las pacientes expresan que sus familias conocen el diagnóstico, sin embargo, informan que desconocen las características de la enfermedad como la etapa, el pronóstico y sólo una paciente refiere que sus familiares conocen que la enfermedad se manifestó a través de un flujo sanguinolento.

Los familiares que conocen sobre la enfermedad son en mayor medida los hijos, seguidos por el esposo y los hermanos de las pacientes.

En cuanto a los datos concernientes al ámbito social se estableció que 10 pacientes perciben que sus grupos sociales secundarios no conocen su estado de enfermedad, tres refieren que conocen este estado pero no tienen claridad en el diagnóstico, es decir, saben que están enfermas pero no saben

que es cáncer y sólo dos manifiestan que sus grupos sociales conocen claramente el diagnóstico.

Por lo tanto, los datos del ámbito social que se presentan en la tabla 7 son los resultados que se obtuvieron de las cinco pacientes que informaron que amigos, vecinos, entre otros conocían que estaban enfermas.

Como se puede observar, al igual que en el núcleo familiar la mayoría de personas del contexto social de las pacientes desconocen las características de la enfermedad; las amigas, las vecinas y los compadres conforman el conjunto de personas que conocen sobre el estado de la paciente.

Para finalizar los resultados de esta categoría, se analiza la percepción de las pacientes sobre los conocimientos que poseen sus familias y los grupos sociales acerca del tratamiento.

Tabla 8

Resultados de la Categoría Conocimiento

Subcategoría Percepción de las Pacientes sobre los Conocimientos que tiene su Familia y Entorno Social sobre el Tratamiento		
Aspectos	Información relevante	
	Ámbito Familiar	Ámbito Social
identificación del tratamiento	Conocimiento Claro del tratamiento	*Desconocen el tratamiento - Conocimiento sobre el tratamiento
características del tratamiento	* Desconocimiento de las características del	Desconocen las características del

	tratamiento	tratamiento
	- Conocen condiciones de aplicación, duración y resultados	
	- Plantean la posibilidad de efectuar otro tratamiento	
	* Hijos	* Amigas
Personas	- Esposo	- Vecinas
	- Hermanos	- Compadres

Notas. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes. Los datos presentados en área social provienen de las respuestas de las pacientes que consideran que sus grupos sociales conocen del tratamiento.

Todas las pacientes expresan que sus familias identifican que tratamiento reciben ellas; pero sólo el 20% ha recibido información de la paciente sobre las condiciones de aplicación, duración y resultados de este procedimiento y el 6.7% de los familiares ha expresado la posibilidad de realizar otro tratamiento (cirugía) para disminuir el riesgo de la enfermedad; los familiares que conocen sobre el tratamiento son los hijos, el esposo y los hermanos.

Al igual que en la subcategoría percepción de las pacientes sobre los conocimientos que tiene su familia y entorno social sobre la enfermedad, en esta subcategoría los datos del contexto social se establecieron a partir de las

respuestas de las pacientes que perciben que sus grupos sociales conocen sobre el tratamiento.

Las personas que conocen del tratamiento sólo saben que la paciente recibe radioterapia pero desconocen las características del tratamiento, entre las personas que conocen de este procedimiento se encuentran las amigas, las vecinas y los compadres.

A continuación en la tabla 9 se presentan los resultados de la categoría antecedentes de cáncer, esta categoría evaluó la existencia de antecedentes de cáncer en los ámbitos familiar y social.

Tabla 9

Resultados de la Categoría Antecedentes de Cáncer

Aspectos	Información relevante	
	Ámbito Familiar	Ámbito Social
Antecedentes de cáncer	*Antecedentes familiares negativos	*Antecedentes sociales positivos
	- Antecedentes familiares positivos	-Antecedentes sociales negativos
Persona	* Tío(a) - Hija - Madre - sobrino - Abuelo	*Vecina - Amiga - Exsuegro
Tipo de cáncer	* Gástrico - Colon - Leucemia - Garganta	* Cuello Uterino (cérvix) - Útero - Garganta - Desconocido

Características de la enfermedad	Desconocen las características	Desconocen las características
Tratamiento	* Desconocido - Quimioterapia - Radioterapia - Cirugía	* Quimioterapia - Radioterapia - Cirugía - No recibió Tratamiento - Desconocido
Resultados	* Resultados negativos - Resultados positivos	* Resultados negativos - Resultados positivos

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

Dentro de esta categoría se determinó el 66.7% de las pacientes no tienen antecedentes familiares de cáncer, quienes poseen estos antecedentes (cinco pacientes) refieren que la principal persona afectada ha sido un tío seguido de familiares como madre, hija, sobrino y abuelo.

Las cinco pacientes refieren que desconocen la etapa y el pronóstico del cáncer de su familiar; el tipo de cáncer más frecuente es el gástrico y en igual proporción se encuentran el cáncer de colon, la leucemia y el cáncer de garganta.

En cuanto al tratamiento 40% de las pacientes desconocen que tratamiento recibió su familiar, 20% recibió quimioterapia, este mismo porcentaje recibió radioterapia o fue sometido a un proceso quirúrgico.

Por otra parte las pacientes plantean que el 40% de sus familiares obtuvieron resultados positivos como curación o control de la enfermedad y el 60% falleció.

A nivel social el 60% de las pacientes conocen antecedentes de cáncer, siendo las personas afectadas una vecina, amiga y exsuegro; el diagnóstico más frecuente es carcinoma de cuello uterino seguido por útero, tipo desconocido y cáncer de garganta, las características de la enfermedad se desconocen.

La quimioterapia es el tratamiento que más fue utilizado, después se encuentran la radioterapia, la cirugía, desconocido y ningún tratamiento.

Las pacientes reconocen que en el contexto social el 44.5% de las personas afectadas lograron controlar o curarse de la afección y el 55.5% obtuvo resultados negativos (muerte o decaimiento del estado de la paciente).

En la tabla 10 se analiza la influencia de estos antecedentes en la situación actual de las pacientes.

Tabla 10

Resultados de la Categoría Influencia de los Antecedentes de Cáncer y las Características de la Enfermedad

Aspectos	Información relevante
Diagnóstico de Psicopatología	*Desarrollo de estados Adaptativos con síntomas de ansiedad y síntomas depresivos
Estado Emocional	*Incremento de emociones como la angustia y la preocupación en el paciente y familiares.

---

	* Pensamientos asociados con el progreso de la enfermedad y la muerte.
Nivel Cognitivo	- Pensamientos sobre resultados positivos del tratamiento y etapa en estadio curativo - Incremento de las creencias religiosas

---

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

Como se puede observar en la tabla 10 los antecedentes de cáncer en los ámbitos familiar y social afectan a las pacientes en aspectos como desarrollo estados adaptativos frente a la enfermedad con síntomas ansiosos o depresivos.

En el estado emocional hay incremento de emociones como la angustia y la preocupación en el paciente y familiares; a nivel cognitivo las pacientes desarrollan con más frecuencia pensamientos sobre el progreso de la enfermedad o con la muerte y en menor medida pensamientos positivos acerca de resultados favorables del tratamiento y estadio curativo, aspectos que están relacionados con la existencia tanto de antecedentes de cáncer con resultados negativos y resultados favorables; igualmente las pacientes refieren el incremento de sus creencias religiosas.

Por otra parte, otras variables que influyeron sobre las expectativas fueron las características del médico, en la tabla 11 se exponen los aspectos más relevantes de esta sección.

Tabla 11

Resultados de la Categoría Características del Médico

Aspectos	Información relevante
Confianza	Nivel de confianza en el médico alto
Características del Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reconocimiento de sus cualidades profesionales</li> <li>- Sinceridad y Amabilidad con los pacientes</li> <li>- Realización adecuada del examen físico</li> </ul>
Formas de influencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Facilita y fortalece el afrontamiento de la enfermedad</li> <li>- Influye en el desarrollo de emociones positivas</li> <li>- Fortalece las creencias religiosas y el desarrollo de pensamientos positivos sobre los resultados del tratamiento</li> <li>- Orienta sobre la adherencia al tratamiento</li> </ul>

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

En esta categoría se evaluaron tres factores el nivel de confianza que tienen las pacientes en su médico, las características del médico que le permitieron desarrollar y mantener su confianza en él y las diferentes formas como influye la confianza deposita en las acciones del médico sobre el desarrollo de expectativas (véase la tabla 11).

Sobre el primer aspecto se puede concluir que todas las pacientes poseen un nivel de confianza alto en el médico y las acciones que él realiza para llevar a cabo el tratamiento; siendo el reconocimiento social de sus cualidades profesionales la característica más relevante para mantener esta confianza, igualmente se destacan cualidades personales como la sinceridad y la amabilidad con los pacientes y sus habilidades al realizar el examen físico.

Según la opinión de las pacientes la confianza que tienen en el médico y sus decisiones ha facilitado afrontar la enfermedad ya que influye sobre el desarrollo de emociones positivas, fortalece las creencias religiosas, orienta sobre la adherencia al tratamiento y refuerza pensamientos positivos sobre los resultados del tratamiento.

La categoría expectativa de eficacia esta conformada por las subcategorías factores asociados al manejo de la situación y factores que interfirieron con las expectativas de eficacia para buscar asistencia sanitaria.

La subcategoría factores asociados al manejo de la situación (tabla 12) evalúo la percepción de control de las pacientes en esta circunstancia, las acciones que ellas emprendieron para afrontarla y los tipos de apoyo que recibieron de su núcleo familiar y su grupo social.

Tabla 12

Resultados de la Categoría Expectativa de Eficacia

Subcategoría Factores Asociados al Manejo de la Situación	
Aspectos	Información relevante
Percepción de Control	* Manejo de la situación con la ayuda de otros (Dios, profesionales) - Capacidad individual
Acciones	* Confiar en Dios y Santos - Adherencia al tratamiento y prescripciones médicas - Búsqueda de soporte familiar y social - Distracción de la atención - Prestar ayuda a otros pacientes

	- Utilizar medicamentos naturales
	- Reflexionar sobre la situación actual
Tipos de apoyo	*Apoyo emocional
	- Apoyo Económico
	- Apoyo instrumental
Personas que brindan apoyo	* Hijos - Esposo - Padres - Hermanos
	*Amigos – compadres – vecinos

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

Como resultados del análisis de la información de esta subcategoría se concluye que el 66.7% de las pacientes refieren que su capacidad para afrontar se basa en la ayuda que otros brindan, principalmente Dios y los Santos (este factor está directamente relacionados con la tendencia externalista en el locus de control) y el 33.3% percibe que poseen la capacidad individual para superar la situación actual, es decir, las expectativas de eficacia están condicionadas por las acciones y el apoyo que reciben de otras personas y Dios.

Entre las acciones que frecuentemente utilizan las pacientes para afrontar la enfermedad están confiar en Dios y en los Santos, adherirse al tratamiento y las prescripciones médicas, buscar soporte familiar y social; igualmente emplean aunque en menor medida acciones como distraer la atención de los aspectos de la enfermedad realizando otras actividades, complementar el tratamiento con medicamentos naturales, prestar ayuda a otros pacientes y reflexionar sobre la situación actual.

En cuanto al tipo de apoyo que reciben las pacientes se determinó que el núcleo familiar proporciona usualmente apoyo emocional y económico, mientras que el apoyo instrumental proviene principalmente del contexto social.

Los hijos y el esposo de las pacientes son las personas que más brindan apoyo en la familia y en menor proporción padres y hermanos, en el ámbito social se destacan las amigas, aunque las pacientes también reciben apoyo de vecinos y compadres.

La subcategoría factores que interfirieron con las expectativas de eficacia para buscar asistencia sanitaria (tabla 13) evaluó los aspectos de la atención sanitaria y las variables personales que influyeron de cierta forma sobre la evolución del diagnóstico y que interfirieron con la capacidad de las pacientes para solicitar ayuda médica para sus molestias.

Tabla 13

Resultados de la Categoría Expectativa de Eficacia

Subcategoría Factores que interfirieron con las Expectativas de Eficacia para buscar Asistencia Sanitaria	
Aspectos	Información relevante
Factores asociados con la atención sanitaria	Atención médica inoportuna o de baja calidad
Factores personales	* Demora en la búsqueda de atención médica - Baja percepción de riesgo de enfermedad - No realizarse los exámenes médicos preventivos - Sesgo optimista no realista de la salud - Dificultades económicas

---

- Suspender exámenes preventivos por resultados  
falsos positivos

---

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes.

Al observar la tabla 13 se puede concluir que las pacientes refieren que factores como la atención médica inoportuna o de baja calidad que recibieron en las instituciones de salud influyeron sobre el progreso de la enfermedad e interfirieron negativamente sobre su capacidad para acceder a la asistencia médica.

Características como no poseer personal médico capacitado que rápidamente determine la existencia de la enfermedad a partir de los síntomas que presentaba las pacientes, no contar con los recursos técnicos o tecnológicos para realizar los exámenes diagnósticos, dificultades con el acceso al sistema sanitario por pertenecer a la categoría de vinculadas en el régimen de seguridad social o vivir a varios kilómetros del centro de salud u hospital más cercano son los factores más relevantes de este apartado.

En cuanto a factores personales se puede establecer que todos los elementos mencionados en la tabla 13 se encuentran relacionados; las pacientes reconocen que demoraron en buscar atención médica para los síntomas de la enfermedad; primero porque éstos eran atribuidos a otras patologías que ellas consideraron de menor relevancia como infecciones genitales o desordenes menstruales y segundo por presentar emociones como el temor a comprobar que era una enfermedad grave y la vergüenza de informar la existencia de síntomas que afectaban sus órganos genitales.

Asociado a ello, la baja percepción del riesgo de enfermar presente en las creencias de las pacientes y la cual les permitió catalogarse como fuertes ante el desarrollo de algún estado patológico, puesto que no poseían antecedentes de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas y referían siempre haber gozado de buena salud.

Esta percepción de baja vulnerabilidad ante la enfermedad asociada con la creencia de que las afecciones afectan generalmente a otras personas es la esencia fundamental del sesgo optimista no realista propuesto por Weinstein que como se puede observar es otra de las características cognitivas de las pacientes que también interfirió con la búsqueda de atención médica.

Las creencias de las pacientes sobre las características de los síntomas, su baja percepción de riesgo y emplear el sesgo optimista en el campo de la salud interfirió sobre capacidad de las pacientes para realizar conductas de salud como exámenes médicos preventivos, especialmente la citología; sin embargo, otras pacientes refieren que suspendieron los exámenes preventivos por resultados falsos positivos, es decir, los resultados de la citologías eran informados como normales y negativos para neoplasias pero posiblemente ya existían anormalidades celulares, estas incongruencias se atribuyen frecuentemente a la falta de capacitación del personal para tomar adecuadamente la muestra.

Igualmente, las dificultades económicas influyeron sobre el progreso de la enfermedad y su capacidad para buscar asistencia médica ya que las pacientes no contaban con los recursos suficientes para trasladarse a las instituciones de salud.

La última categoría expectativa de resultados (tabla 14) esta conformada por la información procedente de las percepciones que poseen las pacientes acerca de los resultados y efectividad del tratamiento, así como también evalúa las expectativas de las pacientes sobre los resultados de las diferentes acciones que ellas han emprendido para manejar su condición presente.

Tabla 14

Resultados de la Categoría Expectativas de Resultados

Aspectos	Información relevante
Efectividad del tratamiento	Efectividad alta
Resultados del tratamiento	* Curación de la afección - Desaparición de síntomas - Control del progreso de la enfermedad
Resultados de las acciones	* Curación - Reducción de síntomas - Reanudar actividades

Nota. Los datos marcados con un asterisco (\*) representan las respuestas más frecuentes de las pacientes

Según los datos presentados en la tabla 14 se establece que la totalidad de las pacientes conceden al tratamiento un nivel de eficacia alto, ya que le otorgaron la máxima puntuación (10) en la escala de la entrevista que evaluaba este factor.

Los resultados del tratamiento y los resultados de las acciones que han emprendido las pacientes para manejar la situación son positivos y en mayor

medida esperan curarse de la enfermedad, seguido por controlar el progreso de ésta, desaparecer o reducir los síntomas y reanudar las actividades laborales y sociales que realizaban antes del diagnóstico.

En respuesta a la tercera pregunta de investigación se puede establecer que todas las participantes poseen expectativas positivas frente al tratamiento y el proceso de afrontamiento que están llevando a cabo. Las expectativas de las pacientes se catalogan como favorables ya que cumplen las siguientes características:

1. Las pacientes conocen su diagnóstico e identifican su tratamiento.
2. Conocen o infieren la etapa de su enfermedad.
3. Evalúan positivamente el pronóstico de su enfermedad.
4. Esperan curarse con el tratamiento.
5. Esperan obtener resultados positivos con las acciones que realizan al afrontar la enfermedad.
6. Reconocen la influencia de los antecedentes con resultados negativos de la enfermedad en los ámbitos familiar y social pero mantienen sus creencias positivas sobre su situación actual.
7. Plantean que la existencia de antecedentes con resultados positivos (familiares y sociales) fortalece las creencias positivas acerca de los resultados del tratamiento y sus acciones.

### **Análisis de Relaciones y Comprobación de Hipótesis**

En esta sección se presentan el análisis de las diferentes relaciones entre las variables de la investigación.

Para estudiar los datos cuantitativos de las relaciones entre locus de control, estrategias de afrontamiento, edad y estadio de la enfermedad se tomó en cuenta los niveles de significancia de .01 y .05 lo que equivaldría a obtener porcentajes de 99% y 95% de seguridad respectivamente para plantear supuestos acerca de las características de estas relaciones y generalizar los resultados.

### **Análisis de Relaciones según las Variables de Control**

En este apartado se presentan los resultados de las relaciones entre las diferentes variables de la investigación con las variables edad y estadio.

#### **Relaciones entre Edad y Estrategias de Afrontamiento**

En la tabla 15 se presentan los coeficientes de correlación de Spearman obtenidos a partir del Paquete SPSS entre las variables edad y estrategias de afrontamiento.

Tabla 15

#### **Coeficientes de Correlación entre Edad y Estrategias de Afrontamiento**

Estrategia de Afrontamiento	Coefficiente	Nivel de Significancia
Confrontación	,173	,538
Distanciamiento	-,319	,247
Autocontrol	-,258	,353
Aceptación de la Responsabilidad	,015	,956
Búsqueda de Soporte Social	-,075	,790
Solución - planificación de Problemas	,218	,434
Reevaluación Positiva	-,148	,598

Escape - Evitación	-,524*	,045
--------------------	--------	------

Nota. El dato marcado con un asterisco (\*) representa una correlación significativa a nivel de .05.

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla 15 se establece que los coeficientes de correlación de Spearman entre las variables edad y estrategias de afrontamiento no obtuvieron niveles de significancia de .01; sólo el nivel de significancia de .045 de la relación negativa edad y estrategia escape - evitación es cercano al valor de .05, lo que indica que las pacientes de menor edad tienden a utilizar más esta estrategia, por el contrario el empleo de esta estrategia disminuye mientras aumenta la edad.

Por otra parte, los coeficientes de correlación .015 y -.075 que corresponden a las relaciones entre la edad y las estrategias aceptación de la responsabilidad y búsqueda de soporte social respectivamente son valores cercanos a cero lo que indica que estas variables tienden a no relacionarse.

En detalle se puede establecer que los coeficientes de correlación entre edad y las estrategias confrontación, aceptación de la responsabilidad y solución - planificación de problemas son valores positivos; mientras que los coeficientes de correlación entre edad y estrategias como distanciamiento, autocontrol, búsqueda de soporte social, reevaluación positiva y escape - evitación están representados por valores negativos.

Finalmente, tomando en cuenta los resultados descritos anteriormente se comprueba la sexta hipótesis de trabajo ya que la edad si esta relacionada con las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes, aunque

solamente existe una relación significativa a nivel de .05 con la estrategia escape - evitación.

### **Relaciones entre Estadio y Estrategias de Afrontamiento**

Para establecer las relaciones entre las variables estadio de la enfermedad y estrategias fue necesario asignar un valor numérico a cada estadio; los valores se asignaron de la siguiente forma: (a) estadio IB valor 1, (b) estadio IIB valor 2, (c) estadio IIIB valor 3 y (d) estadio IVA valor 4.

Al calcular el coeficiente de correlación de Spearman entre estas variables se obtuvieron los datos que se presentan en la tabla 16.

Tabla 16

#### **Coeficientes de Correlación entre Estadio de la Enfermedad y Estrategias de Afrontamiento**

Estrategia de Afrontamiento	Coeficiente	Nivel de Significancia
Confrontación	,052	,853
Distanciamiento	-,200	,475
Autocontrol	-,356	,193
Aceptación de la Responsabilidad	,307	,265
Búsqueda de Soporte Social	-,245	,379
Solución y planificación de Problemas	,102	,718
Reevaluación Positiva	-,423	,116
Escape- Evitación	-,130	,644

Nota. Los datos que se presentan en la tabla se calcularon con el Paquete SPSS.

Como lo demuestran los datos de la tabla 16 los coeficientes de correlación de Spearman entre las variables estadio de la enfermedad y

estrategias de afrontamiento representan la existencia de relaciones no significativas entre estas variables; sin embargo el coeficiente .052 de la relación entre estadio de la enfermedad y confrontación demuestra una tendencia de estas variables a no relacionarse.

Por otra parte, los coeficientes de correlación entre el estadio de la enfermedad y las estrategias distanciamiento, autocontrol, búsqueda de soporte social, reevaluación positiva y escape - evitación son valores negativos y los coeficientes de correlación entre estadio y las estrategias confrontación, aceptación de la responsabilidad y solución - planificación de problemas están representados por valores positivos.

En esta categoría se comprueba la octava hipótesis de trabajo ya se determinó que el estadio de la enfermedad si esta relacionado con las estrategias de afrontamiento que emplean las pacientes en esta situación, aunque estas relaciones no alcanzaron los niveles de significancia de .05 y .01.

### **Relación entre Edad y Locus de Control**

El coeficiente de correlación de Spearman entre las variables locus de control y edad de las pacientes es de -.001 con un nivel de significancia de .997

Dado que el coeficiente de correlación obtuvo un valor negativo cercano a cero y su nivel de significancia indica que al establecer relaciones entre estas variables el margen de error seria amplio, es posible plantear que la edad no esta relacionada con el tipo de locus de control que emplean las pacientes, comprobándose de esta forma la séptima hipótesis nula.

### **Relación entre Estadio y Locus de Control**

Al calcular a través del paquete SPSS el coeficiente de correlación de

Spearman entre las variables locus de control y estadio de la enfermedad obtuvo un valor de .188 y un nivel de significancia de .502

Tomando en cuenta estos datos se comprueba la novena hipótesis ya que se reconoce que el estadio del cáncer si esta relacionado (aunque no significativamente) con el tipo de locus de control que emplean las pacientes en esta situación.

### **Relación entre Edad y Expectativas**

Para establecer si existían o no relaciones entre las variables edad y expectativas de las pacientes se determinó las características de esta variable y posteriormente se evaluó la existencia de diferencias en estas características que estuvieran relacionados con la edad.

Como resultado de este proceso se estableció que las expectativas de todas las pacientes cumplieron con siete aspectos (descritos al finalizar la sección descripción de las características de las expectativas) que les permitieron ser catalogadas como *favorables*; es decir estas características no presentaron variaciones que estuvieran asociadas con la edad, comprobándose de esta forma la tercera hipótesis nula.

### **Relación entre Estadio y Expectativas**

Para determinar si el estadio estaba relacionado con determinada(s) característica(s) de las expectativas de las pacientes se siguió el mismo procedimiento que se realizó para analizar la relación entre edad y expectativas.

Como resultado de este proceso se comprobó la cuarta hipótesis nula ya que las características de las expectativas de eficacia y de resultados de las

pacientes se mantuvieron estables, es decir, el estadio de la enfermedad no es una variable relevante en la generación de las expectativas.

### **Análisis de Relaciones entre Estrategias de Afrontamiento, Locus de Control y Expectativas**

A continuación se presenta el análisis de las relaciones entre las variables de la investigación.

#### **Relaciones entre Estrategias de Afrontamiento y Expectativas**

Al analizar los datos de la entrevista semiestructurada sobre expectativas expuestos en la tabla 12, específicamente el aspecto denominado acciones que hace referencia a las actividades que realizan las pacientes para afrontar el diagnóstico y el tratamiento se establece la existencia de relaciones entre estas acciones con las diferentes estrategias de afrontamiento de la siguiente forma:

1. Acciones como buscar apoyo de familiares y amigos son características de la estrategia búsqueda de soporte social.
2. Actividades como confiar en Dios y los Santos y reflexionar sobre la situación actual pertenecen a la estrategia reevaluación positiva.
3. Adherirse a las prescripciones médicas, complementar el tratamiento con medicamentos naturales y ayudar a otros pacientes son soluciones que realizan las pacientes ante la situación problema que están experimentando actualmente.
4. Distraer la atención de los aspectos concernientes a la enfermedad es una acción característica de la estrategia distanciamiento.

De acuerdo con estos datos se concluye que la primera hipótesis de trabajo se comprueba ya que las pacientes consideran que ellas son capaces de afrontar esta situación con sus recursos personales y con la ayuda que les brindan otras personas (expectativas de eficacia positivas), por lo cual realizan diferentes acciones (estrategias de afrontamiento) con las que esperan obtener resultados favorables (expectativas de resultados positivas).

### **Relaciones entre Locus de Control y Expectativas**

En la tabla 12 dentro de la subcategoría factores asociados al manejo de la situación, se evaluó la percepción de control que tienen las pacientes sobre los eventos que están ocurriendo, como resultado se obtuvo que el mayor porcentaje de las pacientes afirman que afrontan la amenaza que implica el cáncer para su salud con la ayuda de otras personas (familia, médico tratante, psicóloga, amigos, entre otros) o con la ayuda de seres superiores como Dios o los Santos (creencias religiosas).

Resultado que esta relacionado con los datos obtenidos en la escala de locus de control de Rotter en la cual se determinó que las pacientes utilizan un locus de control ubicado en rangos medios y después esta la tendencia a utilizar el locus de control externo.

Tomando en cuenta los planteamientos anteriormente expuestos se plantea la comprobación de la segunda hipótesis de trabajo, ya que al categorizar la información y realizar el análisis respectivo se reconoce la existencia de relaciones entre las expectativas de las pacientes frente al tratamiento y las acciones que están realizando y la tendencia a utilizar un locus de control externalizado.

**Relaciones entre Locus de Control y Estrategias de Afrontamiento**

Estas relaciones se calcularon con el paquete SPSS ya que son variables que brindan datos cuantitativos, como resultado de este proceso se obtuvieron los datos que se exponen en la tabla 17.

Tabla 17

**Coeficientes de Correlación entre Locus de Control y Estrategias de Afrontamiento**

Estrategia de Afrontamiento	Coeficiente	Nivel de Significancia
Confrontación	,366	,180
Distanciamiento	,250	,368
Autocontrol	-,062	,827
Aceptación de la Responsabilidad	,291	,292
Búsqueda de Soporte Social	,080	,777
Solución y planificación	,572*	,026
Reevaluación Positiva	-,016	,954
Escape- Evitación	,085	,764

Nota. El dato marcado con un asterisco (\*) representa una correlación significativa a nivel de .05.

Según los datos presentados en la tabla 17 en la que se analiza el coeficiente de correlación entre las variables locus de control y estrategias de afrontamiento se establece una relación significativa a nivel .05 entre locus de control y la estrategia solución - planificación de problemas, ya que obtuvieron un nivel de significancia de .026.

Este resultado permite plantear que estas variables están relacionadas, es decir, que las pacientes que emplean un locus de control más externalizado

suelen utilizar frecuente esta estrategia de afrontamiento.

Los niveles de significancia de las otras relaciones no alcanzaron valores representativos, por lo tanto, no se pueden realizar suposiciones sobre las relaciones entre locus y estas estrategias, pero estos datos si permiten comprobar la quinta hipótesis de trabajo.

Sin embargo, es necesario reconocer que los coeficientes de correlación entre locus y las estrategias autocontrol, búsqueda de soporte social, reevaluación positiva y escape - evitación demuestran que estas variables tienden a no relacionarse.

Al observar la tabla 17 se puede establecer que los coeficientes de correlación entre las variables locus de control y las estrategias confrontación, distanciamiento, aceptación de la responsabilidad, solución - planificación de problemas, búsqueda de soporte social y escape - evitación son valores positivos; mientras que los coeficientes de correlación entre locus de control y las estrategias autocontrol y reevaluación positiva están representados por valores negativos.

## **DISCUSIÓN**

Los objetivos de este estudio se enfocaron en analizar las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas frente al tratamiento en pacientes oncológicas.

Como resultado de esta investigación se concluye que las participantes tienen un patrón característico de relaciones con las siguientes particularidades: tendencia a emplear un locus de control externo asociado con la estrategia solución - planificación de problemas y expectativas favorables.

Este patrón fue establecido a partir del análisis del coeficiente de correlación entre estrategias y locus de control externo y por los resultados obtenidos a partir de la categorización de la información de la entrevista en la cual se determinó que personas cercanas a las pacientes influyen sobre su percepción de control y son las principales fuentes para establecer alternativas de solución ante esta situación.

Sin embargo, es necesario reconocer que este patrón o conjunto de relaciones deberá ser verificado en estudios posteriores con el fin de garantizar que las generalizaciones que se realizan al respecto concuerden claramente con las características de estas variables en la población.

Seguidamente se describen las características de las variables analizadas; los resultados del cuestionario de modos de afrontamiento indican que las estrategias de afrontamiento reevaluación positiva y escape - evitación son las más utilizadas por las pacientes.

Las pacientes al emplear la reevaluación positiva tuvieron la posibilidad de analizar su situación y a partir de las valoraciones que realizaron concluyen

que esta circunstancia les ha proporcionado la oportunidad para valorar las expresiones de afecto y apoyo de su familia y fortalecer sus creencias religiosas; mientras que utilizar la estrategia escape - evitación es una forma de evadir las amenazas que implican la enfermedad y de reducir el malestar emocional asociado con el conocimiento del diagnóstico.

Por otra parte, las pacientes emplean en menor medida las estrategias de afrontamiento confrontación y distanciamiento, confrontar la situación implica actuar directamente sobre las características y problemáticas del evento estresante, acciones para las cuales las pacientes consideran que no poseen las capacidades y por lo cual han buscado protección en sus creencias religiosas y el apoyo de sus familias y personal sanitario; mientras que emplear escasamente la estrategia distanciamiento señala que las pacientes reconocen la importancia de su situación.

Los resultados de la escala de Rotter demuestran que las pacientes utilizan un locus de control ubicado en los rangos medios; sin embargo existe una tendencia a emplear el tipo de locus de control externalizado.

Este resultado es coherente con las conclusiones de Jenkins y Burish (1995) cuando plantean que los pacientes con cáncer presentaban niveles más altos de locus de control externo que las personas sanas, ya que reconocer que los eventos asociados a la enfermedad están influenciados principalmente por acciones de otras personas facilita su adaptación a esta situación estresante.

Por su parte, la categorización y análisis de las grabaciones de la entrevista confirman que todas las pacientes conocen su diagnóstico, que el núcleo familiar de la paciente conoce este diagnóstico y las principales implicaciones del tratamiento, siendo escaso el conocimiento sobre estos factores en el grupo social secundario.

El hecho de que las pacientes conozcan su diagnóstico está relacionado con las políticas de calidad del Hospital Universitario Departamental de Nariño en cuanto al cumplimiento de los parámetros éticos del ejercicio médico, especialmente el empleo del consentimiento informado para la realización de procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

También en la entrevista se analizó el conocimiento de las pacientes sobre las características de la enfermedad y se estableció que las pacientes tienen escasos conocimientos sobre las causas de su enfermedad, el estadio es evaluado en niveles (avanzada, no muy avanzada, recién empezando) y entre los síntomas de mayor relevancia para llegar al diagnóstico se encuentra la presencia de flujos vaginales y dolores o molestias físicas a nivel de los genitales.

Por otra parte, el 53.3% de las pacientes han desarrollado valoraciones positivas sobre su pronóstico, estas apreciaciones están influenciadas principalmente por la información que recibieron del médico en la primera consulta y de las evaluaciones que realizan sobre el estadio de su enfermedad.

Profesionales como el médico tratante, médicos de otras instituciones de salud, psicólogas practicantes y enfermera jefe de radioterapia son los principales informantes sobre las características de la enfermedad; sin

embargo, las pacientes consideran que el único que informó las particularidades de la radioterapia fue el médico encargado de dicho tratamiento.

El papel de los profesionales sanitarios no sólo se limitó a realizar el tratamiento (médico o psicológico) y a ser informantes de este proceso, ellos influyeron en la percepción de control que tienen las pacientes sobre esta situación.

Además las características del médico tratante y el grado de confianza de las pacientes en él son aspectos que contribuyeron en la generación de expectativas favorables sobre los resultados del tratamiento, en el desarrollo de emociones positivas como la esperanza (principalmente asociada a los resultados del tratamiento), en el fortalecimiento de las creencias religiosas y en el incremento de la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, los datos demuestran que la mayoría de las pacientes no tienen antecedentes familiares de cáncer, quienes poseen estos antecedentes refieren que la principal persona afectada ha sido un tío(a), con el tipo de cáncer gástrico y desconocen el tratamiento y etapa de la enfermedad.

En el contexto social la mayoría de las pacientes plantean que existen antecedentes positivos de esta enfermedad, siendo la persona afectada una vecina, diagnóstico de carcinoma de cuello uterino (cérvix), etapa y pronóstico desconocidos, tratamiento la quimioterapia y obtuvieron resultados negativos (fallecimiento o decaimiento del estado de salud de la persona afectada).

Los antecedentes familiares o sociales de cáncer con resultados negativos han generado en las pacientes trastornos adaptativos con síntomas

ansiosos o depresivos que van acompañados de pensamientos asociados con el progreso de la enfermedad (metástasis ) o con la muerte y el incremento de emociones como la angustia y la preocupación en las pacientes y sus familiares.

Mientras que la pacientes que tienen antecedentes familiares o sociales que han tenido resultados favorables han desarrollado creencias positivas sobre su tratamiento y han fortalecido sus creencias religiosas como factores de protección ante el estrés que implica la enfermedad.

En el apartado anterior se presentaron las conclusiones sobre los antecedentes de cáncer y su influencia en la situación actual de las pacientes, especialmente en el área emocional, no obstante estos aspectos no influyeron en las expectativas que tienen las mujeres sobre los resultados del tratamiento y de las acciones que ellas están realizando, ya que éstas fueron descritas como positivas, puesto que las pacientes esperaban curarse de su afección física y reanudar las actividades sociales, familiares y laborales que desempeñaban antes del diagnóstico.

En la categoría expectativas de eficacia se valoraron dos aspectos, el primero de ellos denominado factores asociados al manejo de la situación que evaluó la percepción de control, las acciones que ejecutaron las pacientes, los agentes que brindan apoyo en el ámbito social y familiar y los tipos de apoyo.

Como anteriormente se planteaba la percepción de control de las pacientes gira entorno a la influencia de otras personas, las acciones que ejecutan las pacientes implican aspectos variables como reflexionar sobre la situación actual, confiar en Dios y los Santos, adherirse a las prescripciones

del médico, buscar ayuda en la familia y amigos, complementar el tratamiento con medicamentos naturales, prestar ayuda a otros pacientes y distraer la atención realizando diferentes actividades, especialmente labores domésticas.

El hecho de que las pacientes con cáncer de cérvix empleen acciones como confiar en Dios y los Santos para afrontar su enfermedad no es un factor fortuito, ya que al analizar las características de la población se concluyó que todas las pacientes creen en un ser supremo, 12 son católicas, una pentecostal, una mormona y una cristiana.

Igualmente se estableció la influencia de esta característica en el proceso de afrontamiento ya que está asociada con la estrategia reevaluación positiva y es considerada por las pacientes como el primer paso para enfrentar la situación a partir del cual planifican acciones futuras como realizarse el tratamiento.

También influye en la generación de expectativas de eficacia favorables (*Dios me dará la fortaleza para continuar con el tratamiento*) y en las expectativas de resultados del tratamiento y de las acciones que las pacientes ejecutan actualmente (*con la gracias de Dios voy salir curada*).

Estos resultados ratifican las conclusiones de la investigación de Vásquez realizada con pacientes con este mismo diagnóstico en la ciudad de Arequipa en la que se demostró que la estrategia acudir a la religión era una de las acciones más empleadas por las pacientes al momento de afrontar la enfermedad ya que les permitía disminuir el malestar emocional y fortalecer las expectativas positivas sobre el tratamiento.

En cuanto al tipo de apoyo se concluye que el núcleo familiar de la paciente proporciona apoyo emocional y económico y el apoyo instrumental proviene de personas pertenecientes al grupo social secundario.

Los diferentes tipos de apoyo que han recibido las pacientes de su familia y entorno social les han permitido adquirir herramientas o información para solucionar sus dificultades y mejorar su estado emocional al reconocer que ellas son personas apreciadas por los demás; facilitando de esta forma su adaptación a la enfermedad y al tratamiento.

El segundo aspecto analizado dentro de esta categoría son datos que inicialmente no se plantean estudiar y que surgieron de las respuestas de las pacientes cuando se les interrogaba sobre los aspectos que influyeron en el desarrollo de su enfermedad.

En primer lugar se encuentran los factores asociados con la asistencia sanitaria que recibieron de diferentes instituciones de salud, los aspectos más relevantes de este apartado fueron la falta de personal médico capacitado y de recursos técnicos o tecnológicos para realizar adecuadamente el diagnóstico, así como también influyó el hecho de las pacientes pertenecieran a la categoría de vinculadas dentro del sistema general de seguridad social.

Estos aspectos merecen la atención de las instituciones gubernamentales ya que son factores que condicionan y obstaculizan la asistencia sanitaria que requieren estas pacientes.

En segundo lugar los factores personales que interfirieron en las capacidades de las pacientes para buscar ayuda médica para sus síntomas fueron: el establecimiento de relaciones causales erróneas entre síntomas y

diagnósticos, ya que las pacientes atribuían la presencia de flujos vaginales y molestias en la zona genital a patologías de menor gravedad como alteraciones menstruales o infecciones vaginales e incluso estos cambios eran atribuidos a esfuerzos físicos al realizar labores del campo.

Otros factor personal que interfirió fue la negativa de las pacientes a buscar ayuda médica para sus molestias ya que de esta forma disminuían su temor a comprobar que los síntomas estuvieran asociados con enfermedades graves y evitaban que sus genitales o zona intimas fueran examinadas por otras personas.

Dentro de esta misma categoría también se encuentra el sesgo optimista no realista, ya que las pacientes pensaban que otras personas eran más vulnerables a la enfermedad que ellas, es decir, tenían baja percepción de riesgo de enfermar.

Las pacientes desarrollaron estas creencias ya que no tenían antecedentes personales de enfermedades, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, como resultado de utilizar estas creencias las pacientes no realizaron conductas de salud preventivas como los exámenes médicos de rutina.

Por otra parte, existen pacientes que suspendieron la realización de los exámenes porque estos fueron informados como negativos para neoplasias, sin embargo, estos reportes estaban errados por que las muestra fueron tomadas por personal no calificado para esta labor o la muestra correspondía a otra zona anatómica diferente al cuello uterino.

El último factor incluido dentro de esta categoría fue la problemática económica de las pacientes que obstaculizaron el traslado de las pacientes hasta las instituciones de salud.

En cuanto a las relaciones entre estrategias de afrontamiento y expectativas se determinó que las acciones que las pacientes ejecutan actualmente son actividades características de estrategias como búsqueda de soporte social, reevaluación positiva, solución - planificación de problemas y distanciamiento.

Estos resultados permitieron comprobar los planteamientos de Díaz (2006) acerca de la influencia de las expectativas sobre las conductas de afrontamiento, en este caso las expectativas positivas de la pacientes frente al tratamiento generaron el desarrollo de acciones como confiar en Dios, complementar el tratamiento con medicamentos naturales, entre otras.

Por otra parte, la relación que existe entre el tipo de locus de control y las expectativas de las pacientes es coherente con los planteamientos de Bravo (2001) sobre la influencia de las expectativas en la elección del tipo de locus de control, ya que las expectativas positivas de la pacientes están influenciadas por otras personas ellas tienden a emplear el tipo de locus de control externalizado.

Como resultado del análisis de las relaciones entre las variables locus de control y estrategias de afrontamiento se confirmó que las ocho categorías de estrategias están relacionados con la tendencia a emplear el locus de control externo; siendo la correlación entre locus de control y la estrategia solución - planificación de problemas significativa a nivel de .05.

Este resultado permite deducir que alternativas de solución como realizarse el tratamiento, buscar ayuda profesional para manejar el estado emocional, utilizar medicamentos naturales, buscar ayuda religiosa y pensar positivamente sobre los resultados del tratamiento que realizan las pacientes ante las problemáticas que ha desencadenado el diagnóstico de cáncer surgieron principalmente de las recomendaciones o de acciones que ejecutan otras personas (personal médico, las psicólogas practicantes, la familia y los amigos).

Los resultados del análisis de las relaciones de las variables control edad y estadio de la enfermedad con el tipo de locus de control y las expectativas fueron coherentes con las conclusiones del estudio realizado en pacientes oncológicos por Alvarado y Rebolledo (2006) ya que se demostró que las variables de control no son relevantes al momento elegir el tipo de locus de control y no intervienen en la generación de expectativas positivas sobre el tratamiento.

Este resultado demuestra que la elección de tipo de locus de control esta asociado con las atribuciones de control que realizan las pacientes sobre los eventos que ocurren en esta situación al personal sanitario, Dios, su familia y amigos.

Por su parte, la generación de expectativas favorables sobre los resultados del tratamiento estuvieron asociadas con las valoraciones positivas que realizaron las pacientes sobre la etapa y el pronóstico de la enfermedad.

Además, las expectativas positivas también fueron influenciadas por las creencias religiosas de las pacientes, el apoyo que recibieron de su familia y

entorno social, la evaluación que realizaron sobre sus capacidades para afrontar la enfermedad, la eficacia que le concedieron al tratamiento, la confianza en el médico y sus acciones y las características profesionales y personales del médico.

Sin embargo, al analizar las relaciones entre las variables de control y estrategias de afrontamiento los resultados demostraron la existencia de una relación negativa y significativa a nivel .05 entre edad y la estrategia escape - evitación lo que indica que las pacientes jóvenes emplean frecuentemente esta estrategia como herramienta para enfrentar la amenaza que supone su enfermedad y para disminuir su malestar emocional.

Por otra parte, al analizar las relaciones entre el estadio de la enfermedad y estrategias de afrontamiento se demostró que el estadio no está relacionado significativamente con estas variables, estos resultados son incompatibles con las conclusiones de las investigaciones realizadas por Bliss y cols, Báñez, Aguado y Rueda y Janne, Reynaert y Zdanowicz que concluyen que en estadios tempranos de la enfermedad se emplean estrategias de afrontamiento más activas.

Finalmente, los datos acerca de las características de la enfermedad y la población permiten establecer que actualmente el cáncer de cérvix se detecta en estadios más tempranos lo que ha mejorado las probabilidades de curación de esta enfermedad.

Detectar tempranamente el cáncer indica que posiblemente las acciones que están realizando las diferentes instituciones de salud como las campañas que fomentan la toma de la citología comienzan a obtener resultados positivos.

Sin embargo, al analizar los datos concernientes a la enfermedad también se determinó que la tendencia a disminuir la edad de la mujer en la que se desarrolla el cáncer esta asociado directamente al incremento de comportamientos sexuales inadecuados que se consideran factores predisponentes para esta enfermedad, entre los que se encuentra los embarazos en la preadolescencia y adolescencia y la iniciación de la actividad sexual a edades más tempranas, aspectos que necesariamente deben ser investigados y modificados.

## RECOMENDACIONES

La primera recomendación que surge de este proceso investigativo es verificar en diferentes estudios con pacientes oncológicos si las variables que se analizaron en este trabajo obtienen resultados similares.

Igualmente, es necesario ampliar el estudio de factores como: (a) las características del profesional sanitario, (b) la atribución de control sobre su situación al personal médico, la familia y los amigos y (c) las creencias religiosas ya que demostraron ser variables influyentes en las expectativas de las pacientes y en la elección del tipo de locus de control.

Por otra parte, como conclusiones de este proceso se establece que los siguientes aspectos deben ser intervenidos:

1. Patrones inadecuados de comportamiento sexual de los jóvenes, ya que son factores predisponentes para el desarrollo de cáncer cervicouterino.
2. Adopción de comportamientos saludables como la realización de exámenes preventivos, a través de procesos de psicoeducación que brinden información clara y real sobre este procedimiento, al igual que es necesario modificar los estados emocionales o creencias que interfieren con la búsqueda de asistencia sanitaria.
3. Brindar apoyo psicológico a los pacientes oncológicos y extenderlo a su núcleo familiar a través de intervenciones educativas que brinden información clara sobre el cáncer y sus tratamientos que disminuya las concepciones erróneas que se tienen sobre estos factores.

4. Llevar a cabo procesos terapéuticos con pacientes y familiares sobre los estados emocionales y cognitivos que generan la enfermedad y la existencia de antecedentes de cáncer en la familia y en el entorno social.
5. Realizar acciones que fortalezcan las redes de apoyo entre pacientes y familiares ya que son factores relevantes dentro del proceso de adaptación a la enfermedad e influyen sobre la adherencia al tratamiento.
6. Es necesario la intervención del psicólogo sobre las diferentes estrategias de afrontamiento; reforzar el empleo de la estrategia reevaluación positiva ya que posibilita a las pacientes evaluar sus vivencias después de conocer el diagnóstico y destacar la existencia de aspectos positivos como el apoyo familiar y su fe en un ser supremo y modificar el empleo de la estrategia escape - evitación al fortalecer características de personalidad de las pacientes con el fin de lograr que ellas lleven a cabo un afrontamiento confrontativo en el cual realicen acciones directas para modificar la situación problema que es la enfermedad.
7. En cuanto a la tendencia de las pacientes a utilizar el tipo de locus externo a pesar de que no es nocivo para su bienestar psicológico, es necesario que ellas reconozcan sus capacidades personales para afrontar la enfermedad sin demeritar la importancia del apoyo que reciben de sus familias amigos y profesionales encargados de su tratamiento.
8. Finalmente, es necesario fortalecer las expectativas positivas de las pacientes ya que esta forma se incrementaran los niveles de adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS

Aguado, A & Rueda, M (2003). Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Madrid. Observatorio de la Discapacidad.

Aguilar, B, Asensio, G, Martín, M, Molina, S & Sánchez F (2005). Valoración de la información recibida por mujeres con cáncer de cérvix en remisión tras tratamiento con radioterapia. Nure Investigación [En Red] 24. Disponible en <http://www.nureinvestigación.articulos/cáncercérvix/tratamiento>. [2006, Agosto 12].

Agut, S, Bresó, E, Grau, R, Martínez, I & Salanova, M. (2005). Éxito académico y expectativas de éxito: el rol mediador de la autoeficacia académica. Psicothema [En Red] 89, 237 - 243. Disponible en <http://www.psicothema.com>. [2006, Diciembre 15].

Albornoz, M, Bolaños, A & Caicedo, A. (2000). Actitudes que genera el cáncer. Pasto. Universidad Mariana.

Alvarado, S & Rebolledo, M. Distrés y cáncer. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría [En Red] 39, 32 - 38. Disponible en <http://www.imbiomed.com>. [2006, Diciembre 19].

Álvarez, M & Villamarín, F. (2004). El papel de la autoeficacia en el entrenamiento para controlar la frecuencia cardiaca durante pruebas de esfuerzo. Psicothema [En Red] 16, 50 - 57. Disponible en <http://www.psicothema.com>. [2006, Diciembre 15].

Anarte, M, Esteve, R, López, A & Ramírez, C. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. Revista Sociedad Española del Dolor [En Red] 8,

102 -110. Disponible en <http://www.Rev.soc.esp.dolor.es./articulo0325-899989>. [2006, Agosto 11].

Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. Psicothema [En Red] 15, 517- 523. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/1101>. [2006, Octubre 20].

Bandura, A. (1987). Modelos de naturaleza humana y causalidad. (M. Zaplana, Trad.) Madrid, España. Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1986).

Barberá, E. (2003). Modelos explicativos en psicología de la motivación. Revista Española de Motivación y Emoción [En Red] 5. Disponible en <http://www.reme.uji.es>. [2006, Diciembre 15].

Bárez, M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. España. Universidad Autónoma de Barcelona [En Red]. Disponible en <http://www.Um.es/analesps>. [2006, Agosto 11].

Bárez, M, Blasco, T & Castro, J. (2003). La inducción de control como elemento fundamental de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. España. Universidad de Murcia [En Red]. Disponible en <http://www.Um.es/analesps>. [2006, Diciembre 19].

Barra, E. (2003). Psicología de la salud. Santiago de Chile. Mediterráneo.

Bayés, R. (1991). Psicología oncológica. Madrid. Martínez Roca.

Benavides, L. (2003). Evolución en aspectos de si mismo del familiar del paciente con cáncer, desde que se entera del diagnóstico. Pasto. Universidad de Nariño.

Benítez, M & De La Cruz, D. (2006). Correlación entre patrones de crianza y la expectativa de locus de control, en relación al orden de nacimiento. Pasto. Universidad de Nariño.

Borda, M, Flórez, E & Pérez, M. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con sida, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. España. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology [En Red] 6, 285 - 300. Disponible en <http://www.AsociacionEspañoladePsicologiaConductual.es>. [2006, Diciembre 20].

Brannon, L & Feist, J. (2004). Psicología de la Salud (M.Froufe, Trad.). Madrid, España. Thomson. (Trabajo original publicado en 2001).

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 el afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica. España. Universidad Autónoma de Madrid [En Red]. Disponible en <http://www.uam.es/psicologíaclínicaedelasalud/proyectedeinvestigación>. [2006, Diciembre 20].

Buendía, J & Mira, J. (1993). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: Un estudio sobre el estrés infantil. Murcia. Secretariado de Publicaciones.

Buscemi, V, Font, A & Rodríguez, E. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. Psicooncología [En Red] 1, 45-56. Disponible en <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404120045A>.

[2006, Diciembre 19].

Carrobles, J, Remor, E & Rodríguez, L (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Psicothema [En Red] 15, 420- 426. Disponible en <http://www.psicothema.com/Artículo0214-99152003>. [2006, Agosto 11].

Casalod, E. (2006). La psicooncología. Psicooncología.org [En Red]. Disponible en <http://www.psicooncología.org/mundoID44psicooncología>. [2006, Agosto 11].

Castillo, A & Hernández, E. (2000). Efectos de un programa cognitivo comportamental sobre las actitudes hacia la enfermedad y tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cérvix en la empresa solidaria de salud del municipio del Patía. Pasto. Universidad de Nariño.

Chaves, N & Ortega, J. (2002). Significación narcisista inconsciente y cáncer. Pasto. Universidad de Nariño.

Colegio de Psicólogos. (2006). Código de Ética Profesional. Colegio de Psicólogos [En Red]. Disponible en <http://www.colegiopsicologos.cl/codigo%20etica.PDF>. [2006, Agosto 11]

Cooper, R & Rubin, P. (1993). Clinical Oncology: A multidisciplinary approach for physician and students [Oncología Clínica: Un acercamiento multidisciplinario para médicos y estudiantes]. Washington, Estados Unidos. Rubin eds.

Coral, C & Erazo, A. (2001). Efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales sobre le dolor crónico en

pacientes que asisten a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental de la ciudad de Pasto. Pasto. Universidad de Nariño.

Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006. Diario Oficial [En Red]. Disponible en <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L1090006.htm>. [2006, Mayo 15].

Díaz, J. (2006). Prevención de Recaídas. Drogascadiz.es [En Red]. Disponible en <http://www.drogascadiz.es/AdminManLaJanda/UserImages/f2fe7b93-91e5-43f0-9f86-d7733646f8c6.pdf>. [2006, Diciembre 14].

Espasa, R, Estapé, T, Gondón, N & Martín, C. (2003). El Perfil del Psicooncólogo. Psicooncología.org [En Red]. Disponible en <http://www.psicooncología.org/mundoID=45elperfildepsicooncólogo>. [2006, Agosto 11].

Estapé, J. (1988). Cáncer: Diagnóstico de extensión estrategia terapéutica. Barcelona. Salvat Editores, S.A.

Figuerola, G & Peralta, D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. Medicina.com [En Red]. Disponible en <http://www.profesionalmedicina.com/fmc/muestra2.asp?id=1350&idpg=4>. [2006, Octubre 20].

Gasque, F. (1990). Manual de ginecología. México. Universidad Autónoma de Yucatán.

Gómez, V. (2001). Propuesta conceptual para medir el efecto del estrés sobre el sistema inmune. Revista Colombiana de Psicología. 10, 29-40.

Grau, R, Martínez, I & Salanova, M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el papel modulador de la autoeficacia profesional. Psicothema [En Red] 17, 390-395. Disponible en <http://www.psicothema.com>. [2006, Diciembre 15].

Guerrero, I, Reina, E & Rosero, V. (2000). Creencias sobre el cáncer e incidencia en la calidad de vida de pacientes y familiares. Pasto. Universidad Mariana.

Guinot, J. (2004). Entre el miedo y la esperanza: La experiencia de afrontar un cáncer. Madrid. Alianza.

Hernández, R, Fernández, C & Baptista, P (2003). Metodología de la investigación (3ª.ed.). México, McGrawHill.

Instituto Departamental de salud de Nariño. (2003). Informe Registro Departamental de Cáncer.

Janne, P, Reynaert, Ch & Zdanowicz, N (2004). ¿Juega el locus de control un papel clave en la salud durante la adolescencia?. Revista Europea de Psiquiatría [En Red]. Disponible en <http://www.ral-adolesc.bvs.br/scielo.phpsciarttetpidS14713019100004ptnrmisotlnges>. [2006, Octubre 20].

Latorre, J y Beneit, P. (1994). Psicología de la Salud. Buenos Aires. Lumen.

Lazarus, R & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. (1986). Barcelona. Martínez Roca.

Leyton, F & Mora A. (2004). Expectativa de madres y padres de familia frente a la autorrealización personal de sus hijos. Pasto. Universidad de Nariño

Linares, E. (2001). Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. España. Universidad Autónoma de Barcelona [En Red]. Disponible en <http://www.tdx.cesca.Es/UABCs.html>. [2006, Octubre 20].

Luna, E & Rodríguez, D. (2007). Influencias de las expectativas de resultado sobre el efecto placebo. Pasto. Universidad de Nariño.

Mardones, C. (2006). Principales tipos de investigación. Profesionales.cl [En Red]. Disponible en <http://www.profesionales.cl/principalestiposdeinvestigacion>. [2006, Agosto 11].

Martínez, I & Salanova, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo el poder de creer que puedes. Estudios Financieros [En Red]. Disponible en <http://www.bscw.uji.es/pub/bscw.cgi/319596/Martinez,SalanovaAutoeficaciaeneltrabajo:20279175-202>. [2006, Diciembre 14].

Monsalve, V, Soucase, B & Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. Revista Sociedad Española del dolor [En Red] 12. Disponible en [www.Rev.soc.esp.dolor.es/articulo03258752989](http://www.Rev.soc.esp.dolor.es/articulo03258752989). [2006, Octubre 21].

Montes, S. (2005). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Revista Española de Salud Pública [En Red] 78. Disponible en [http://www.msc.es/Estudios/publicaciones/recursospropios/resp/revista\\_cdrom/vo178/vol78/RS783C](http://www.msc.es/Estudios/publicaciones/recursospropios/resp/revista_cdrom/vo178/vol78/RS783C). [2006, Agosto 9].

National Cancer Institute (2003). Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Cancer.gov. [En Red]. Disponible en <http://www.nci.nih.gov/espanol/cuidadosmedicos/sexualidad>. [2006, Agosto 10].

National Cancer Institute (2005). Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de cérvix. Cancer.gov [En Red]. Disponible en <http://www.cancer.gov/~espanol/sabersobre/cervix>. [2006, Agosto 10].

Ochoa, B, Polaina, A & Repáraz, Ch. (1997). Validación de la escala CILC de locus de control, en una muestra española de padres de niños hospitalizados. Psicothema [En Red] 9, 89-103. Disponible en <http://www.psicothema.com>. [2006, Diciembre 15].

Omar, A. (1995). Stress y Coping. Buenos aires. Lumen.

Organización Mundial de la Salud.& Organización Panamericana de la Salud. (2006). Informe sobre la situación del cáncer cervicouterino en las Américas. Organización Mundial de la Salud.org [En Red]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index>. [2006, Agosto 21].

Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual [En Red] 2, 107-120. Disponible en <http://www.aseteccs.com>. [2006, Diciembre 20].

Quiroz, S & Rodríguez, D. (2001). Características de los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer que asisten a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental en la ciudad de Pasto. Pasto. Universidad de Nariño.

Reeve, J. (2003). Motivación y emoción. (M Lastra, Trad). Madrid, España. McGrawHill. (Trabajo original publicado en 1992).

Restrepo, M & Portillo, C. (2006). Investigación en Psicooncología. Universidad Nacional de Colombia.edu [En Red]. Disponible en <http://www.humanas.unal.edu.co/po/>. [2006, Agosto 11].

Robledo, M (1992). Familia y Enfermedad. En Latorre, J & Beneit P. (Comps). Psicología de la Salud (p 200 – 201). Buenos Aires. Lumen.

Ros, Fernando. (Sin Fecha). Principios básicos para toda investigación médica. Asociación Catalana de Principios Bioéticos [En Red]. Disponible en <http://www.aceb.org>. [2006, Agosto 11].

Ruiz, L. (2006). Influencia de la Autoeficacia en el ámbito académico. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas [En Red]. Disponible en <http://www.upc.edu.pe>. [2006, Diciembre 15].

Rusell, D. (2003). Expectativas Parentales. Profesionales.cl [En Red]. Disponible en <http://www.profesionales.cl.expectativas>. [2006, Diciembre 14].

Sala, V (2002). Estilos de afrontamiento, planificación terapéutica abordaje precoz del paciente oncológico. En Oncologia.org [En Red]. Disponible en <http://www.oncologia.org/investigaciones/estilosdeafrentamiento>. [2006, Julio 21].

Salazar, N & Urdanibia, A. (2005). Elaboración y aplicación de un instrumento para determinar la adhesión al tratamiento y factores asociados en pacientes con presión arterial elevada. Segunda época [En Red] 25, 29 - 60. Disponible en <http://www.universidadcentraldevenezuela/escueladepsicología.edu>. [2006, Diciembre 16].

Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del Mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y la motivación

cognitiva. International Journal of clinical and health Psychology [En Red] 6, 613 - 630. Disponible en <http://www.redalyc.uaemex.mx>. [2006, Diciembre 16].

Unidad de Oncología. (2006). Registro de Pacientes de Radioterapia.

Unidad de Oncología. (2006). Registro Diario de Pacientes tratados con Radioterapia.

Unidad de Psicología 2005 - 2006. (2006). Proyecto de Práctica Profesional Unidad de Psicología Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Unidad de Psicología 2005- 2006. (2006). Informe Final de Práctica Profesional Unidad de Psicología Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Valdés, P. (2006). Paradigmas de investigación en salud. En [med.ufro.cl](http://www.med.ufro.cl) [En Red]. Disponible en <http://www.med.ufro.cl/recursos/GISIII/InvestigaciónenSalud>. [2006, Agosto 12].

Valenzuela, N. (2001). Relación entre evaluación cognitiva primaria, evaluación cognitiva secundaria, estilo atribucional y estrategias de afrontamiento en pacientes atendidos en las unidades de traumatología y fisioterapia del Hospital Departamental de Nariño. Pasto. Universidad de Nariño.

Vasco, C. (1989). Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales. En Epistemología social. Modulo 1.

Vásquez, L. (2004). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello en Arequipa. En [Psicooncologia.org](http://psicooncologia.org) [En red]. Disponible en [http://](http://psicooncologia.org)

[www.psicooncologia.org/mundo/=detalle/=ID48estilosdeafrentamiento](http://www.psicooncologia.org/mundo/=detalle/=ID48estilosdeafrentamiento). [2006, Agosto 11].

Vidal, M. (1999). La conducta sexual del paciente oncológico. La Prensa Médica Argentina, 86, (No.7),623 – 632.

Villaseñor, S. (2002). Ciencias sociales y ciencias de la salud investigación en salud. México. Universidad de Guadalajara [En Red]. Disponible en <http://www.cge.udg.mx/revistaudg>. [2006, Diciembre 19].

Zomeño, M. (2000). Tratamientos para el cáncer. En Oncolink.org [En Red]. Disponible en <http://www.oncolink.org/treatment/articlecfmc12s88id256>. [2006, Agosto 12].

## **ANEXOS**

**Anexo A****CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO**

(Lazarus y Folkman, 1985, Quiroz y Rodríguez, 2001)

Piense en las situaciones difíciles que ha tenido que enfrentar a raíz de su enfermedad.

A continuación encontrará algunas formas en las que usted llega a actuar en tales situaciones. Lea cada frase y señale con un círculo la frecuencia como usted tiende a actuar tal como allí se dice. Para responder haga uso de la siguiente escala.

**0 Nunca.      1 Muy pocas veces.      2 Muchas veces.      3 Siempre.**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me dedico a pensar en las cosas que tengo que hacer en seguida.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hago cosas que creo que no van a funcionar, pero por lo menos hago algo.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Intento encontrar a la persona responsable para cambiarle su forma de pensar.                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Hablo con otras personas para averiguar más sobre la enfermedad.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me critico o sermoneo a mi mismo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Intento no gastar todas las alternativas que tengo, sino que busco dejar algunas, por si acaso las necesito. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Espero que ocurra un milagro.  | 0 | 1 | 2 | 3 |

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 8. Dejo todo en manos del destino, a veces tengo mala suerte.                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Sigo adelante como si nada hubiera pasado.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Intento ocultar lo que siento.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Busco ver el lado bueno de lo que pasa.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Duermo más de lo normal.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) que causó(aron) mi problema.            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Acepto el apoyo y la comprensión de los demás.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Me inspiro y hago cosa nuevas.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Intento olvidar la situación en la que me encuentro.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Busco ayuda de un profesional.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Cambio y maduro como persona.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me disculpe o hice algo para remediar la situación.                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Elaboro un plan de acción y lo realizo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Expreso de alguna manera lo que siento.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me doy cuenta de que yo soy la causa de mi problema.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Pienso que esta experiencia ha sido buena para mi (me siento mejor que antes). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Hablo con personas que me pueden ayudar con el problema.                       | 0 | 1 | 2 | 3 |

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 25. Intento tranquilizarme comiendo, bebiendo, fumando, usando drogas o medicamentos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Hago cosas arriesgadas.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Intento no dejarme llevar por primer impulso.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Encuentro una nueva esperanza.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Vuelvo a darme cuenta de lo que es realmente importante en la vida.               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Cambio algo para que las cosas salgan bien.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Evito estar con otras personas.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Evito pensar mucho en la enfermedad.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Pido consejos a familiares o amigos importantes para mí.                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Oculto a los demás lo mal que están las cosas para mí.                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. No le doy suficiente importancia a la situación.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Hablo con alguien acerca de cómo me estoy sintiendo.                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me mantengo firme y lucho por lo que quiero.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Dejo que otros solucionen el problema.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Pienso en una situación parecida que viví antes y recuerdo lo que hice.           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Se lo que tengo que hacer y hago todo lo posible para que las cosas salgan bien.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Creo que no es verdad todo lo que me esta pasando.                                | 0 | 1 | 2 | 3 |

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 42. Prometo que en el futuro las cosas serán diferentes.                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Propongo soluciones diferentes para mi problema.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Procuero que lo que siento no me afecte en otras actividades.                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Cambio algo de mi misma.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Deseo que mi situación se termine.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Imagino como pueden resultar las cosas.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Rezo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Ensayo mentalmente lo que puedo hacer o decir.                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Pienso en lo que haría una persona a la que yo admiro, e intento hacer lo mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |

## Anexo B

### ESCALA GENERAL DE LOCUS DE CONTROL I – E PARA ADULTOS

(Rotter, 1966, Benítez y De La Cruz, 2006)

A continuación usted encontrará una serie de ítems enumerados del **1** al **29**, cada ítem esta compuesto por dos afirmaciones **a** y **b**. Usted deberá escoger **obligatoriamente** una afirmación de cada ítem (**a** o **b**), la que mejor se ajuste a su modo de pensar y sentir.

Marque con una **X** en la **a** o en la **b**. En esta escala no existen respuestas correctas e incorrectas solo formas de pensar y sentir. **Responda a todos los ítems.**

1. **a.** Los niños se meten en problemas porque sus padres los castigan demasiado.
- b.** Los niños se meten en problemas porque sus padres son demasiado flexibles con ellos.
2. **a.** Muchas de las cosas negativas en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.
- b.** Las cosas negativas que les pasan a las personas resultan de los errores que ellas cometen.
3. **a.** Las guerras existen porque la gente no se interesa lo suficiente en política.
- b.** Siempre existirán guerras, no importa cuanto se esfuerce la gente en prevenirlas
4. **a.** Generalmente las personas reciben el respeto que se merecen.

**b.** Generalmente el esfuerzo de las personas pasa desapercibido no importa lo que hagan.

**5. a.** La idea de que las personas son injustas con otras personas no tiene sentido.

**b.** La mayoría de las personas no se da cuenta de que gran parte de los logros que obtienen se deben a sucesos accidentales.

**6. a.** Mientras las circunstancias sean desfavorables uno no puede ser un líder efectivo.

**b.** La gente competitiva que falla en ser líder es porque no ha tomado ventaja de sus oportunidades.

**7. a.** No importa cuanto te esfuerces, siempre habrá personas a las que no les agrades

**b.** Las personas que no agradan a otras, no saben como llevarse bien con los demás.

**8. a.** La herencia juega el papel más importante a la hora de determinar la personalidad de los individuos.

**b.** Las personas con base en sus experiencias determinan su personalidad.

**9. a.** Siempre he notado que cuando creo que algo va a suceder, sucede.

**b.** El confiar en el destino nunca ha funcionado tan bien como tomar una decisión para seguir un rumbo claro en mis acciones.

**10. a.** Cuando el paciente se interesa por su salud se realiza los exámenes que el médico le solicita y asiste a los controles.

**b.** Muchas veces los médicos solicitan exámenes que son innecesarios para el tratamiento, por eso ir al médico es inútil.

**11. a.** Lograr ser exitoso es un asunto de mucho esfuerzo, la suerte tiene poco o nada que ver con esto.

**b.** El conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar preciso a la hora precisa.

**12. a.** El ciudadano común y corriente puede tener influencia en las decisiones del gobierno.

**b.** Un ciudadano común y corriente **no** tiene el poder suficiente para influir en las decisiones del gobierno.

**13. a.** Cuando hago planes, es casi seguro que logro que se lleven a cabo.

**b.** No es apropiado planear las cosas a largo plazo, porque de todas maneras muchas cosas dependen de la buena o mala fortuna.

**14. a.** Existe cierta gente que no es buena.

**b.** Hay algo bueno en cada persona.

**15. a.** En mi caso, el obtener lo que quiero tiene poco que ver con la suerte.

**b.** Muchas veces deberíamos decidir qué hacer arrojando al aire una moneda

**16. a.** Con frecuencia quien logra ser el jefe, es porque ha estado en el lugar correcto antes.

**b.** Conseguir que la gente haga lo correcto depende de la habilidad, la suerte no tiene nada que ver con esto.

**17. a.** La mayoría de nosotros no podemos entender ni controlar los asuntos mundiales.

**b.** Siendo una parte activa en asuntos políticos y sociales, la gente puede controlar los sucesos mundiales.

**18. a.** La mayoría de la gente no se da cuenta del grado en el que sus vidas son controladas por las circunstancias o los sucesos imprevistos.

**b.** La mayoría de la gente tiene el control sobre sus vidas, ya que la suerte no existe.

**19. a.** Uno siempre debería estar dispuesto a admitir sus errores.

**b.** Usualmente es mejor encubrir los propios errores.

**20. a.** Es difícil saber en realidad si le agradas o no a una persona.

**b.** Cuantos amigos tienes depende de que tan agradable seas.

**21. a.** A la larga, las cosas negativas que nos suceden son compensadas por las cosas buenas.

**b.** La mayoría de las cosas desafortunadas son el resultado de la falta de habilidad, ignorancia, pereza o de las tres.

**22. a.** Con suficiente esfuerzo nosotros podemos destruir la corrupción política.

**b.** Es complicado para la gente tener control sobre los asuntos políticos del gobierno.

**23. a.** Algunas veces no puedo entender como los médicos obtienen la información para dar un tratamiento.

**b.** Hay una relación directa entre el conocimiento que posee el médico y los resultados favorables del tratamiento.

**24. a.** Un buen líder espera que la gente decida por si misma lo que debe hacer.

**b.** Un buen líder deja claro a todos cuáles son sus oficios o funciones.

**25. a.** Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.

**b.** Es imposible para mí creer que la suerte juega un papel importante en mi vida.

**26. a.** La gente es solitaria porque **no** trata de ser amigable.

**b.** No tiene mucho sentido el tratar de complacer demasiado a la gente, si les agradas les agradas.

**27. a.** En las noticias se hace demasiado énfasis sobre los deportes en las noticias.

**b.** Los equipos de deportes son una excelente manera de formar el carácter.

**28. a.** Lo que a mí me sucede se debe a lo que yo hago.

**b.** Algunas veces siento que no tengo el suficiente control sobre el rumbo que mi vida esta tomando.

**29. a.** la gente no es responsable de los malos gobiernos tanto a nivel nacional como local.

**b.** A la larga la gente es responsable por el mal gobierno tanto a nivel nacional como local.

## **Anexo C**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE EXPECTATIVAS**

#### **Categoría Conocimiento.**

1. ¿Sabe cual es su enfermedad?
2. ¿Qué aspectos conoce de su enfermedad? por ejemplo sabe cuales son las causas, síntomas o la etapa en que se encuentra.  
  
Cuando hablo de causas me refiero a las cosas que pudieron ocasionarle a usted que desarrollara la enfermedad, los síntomas son las señales que el cuerpo produce cuando se siente enfermo y etapa es el grado de avance en el que se encuentra su enfermedad.
3. ¿Sabe cuál es su tratamiento?
4. ¿Conoce cómo se realizará el tratamiento, cuanto tiempo dura y quien lo aplica?
5. ¿Su familia conoce que tratamiento le esta realizando?
6. ¿Su familia sabe como se realiza el tratamiento, cuanto tiempo dura y quien lo aplica?
7. ¿A parte de su familia que otras personas conocen de su enfermedad?
8. ¿Estas personas conocen las causas, síntomas y etapa de su enfermedad?
9. ¿Ellos conocen que tratamiento le están realizando?
10. ¿Qué información ha recibido del doctor u de otro personal de oncología sobre su enfermedad?
11. ¿Qué información ha recibido del doctor u de otro personal de oncología sobre su tratamiento?

12. ¿Ha recibido información sobre el pronóstico de su enfermedad? el pronóstico es la opinión que tiene el médico sobre su enfermedad y los resultados de su tratamiento.

13. ¿Qué piensa de la etapa de su enfermedad?

14. ¿Qué piensa su familia de la etapa de su enfermedad?

**Categoría de Antecedentes de cáncer y su influencia.**

15. ¿En su familia existen antecedentes de cáncer? ¿De qué tipo? ¿Qué etapa?

16. ¿Qué tratamiento recibió su familiar?

17. ¿Qué resultados obtuvo con este tratamiento?

18. ¿Cómo influye esta experiencia en su situación actual?

19. ¿Entre sus amigos existen antecedentes de un cáncer? ¿De qué tipo? ¿Qué etapa?

20. ¿Qué tratamiento recibió su amigo?

21. ¿Qué resultados obtuvo con este tratamiento?

22. ¿Cómo influye esta experiencia en su situación actual?

**Categoría Características del Médico.**

23. ¿Confía en el criterio de su doctor?

24. ¿La confianza que tienen en el médico le ha ayudado a afrontar su enfermedad?

**Categoría Expectativas de eficacia y resultado.**

25. ¿Usted se siente capaz de afrontar su enfermedad?

26. ¿Qué acciones ha pensado realizar o está realizando para afrontar su situación?

27. ¿Qué resultados espera obtener con estas acciones?
28. ¿Ha recibido apoyo de su familia para afrontar esta situación?
29. ¿Qué acciones le ha propuesto su familia para afrontar su enfermedad?
30. ¿Qué resultados esperan obtener con estas acciones?
31. ¿Ha recibido apoyo de otras personas a parte de su familia? ¿De quién?
32. ¿Qué acciones le han propuesto estas personas para afrontar su enfermedad?
33. ¿Qué resultados espera obtener con estas acciones?
34. ¿Qué resultados cree que va obtener con el tratamiento que esta recibiendo o va a recibir?
35. ¿En una escala de 1 a 10 que grado de efectividad le concede a su tratamiento?
36. ¿Qué piensa de esta experiencia?
  - es controlable o no
  - se debe a la mala suerte, es un castigo de Dios, es el resultado de no cuidar su salud.

## **Anexo D**

### **FORMATO DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

En este momento se está realizando un trabajo que pretende identificar las relaciones entre estrategias de afrontamiento, locus de control y expectativas que utilizan las pacientes con cáncer de cérvix dentro del contexto hospitalario. Este estudio constituye el trabajo de grado de la investigadora para optar al título de Psicóloga de la Universidad de Nariño.

Los objetivos de esta propuesta son identificar las estrategias de afrontamiento, el tipo de locus de control y las expectativas de las pacientes y analizar las relaciones existentes entre estas variables.

Cuando se habla de estrategias de afrontamiento se está haciendo referencia a formas como las personas enfrentan una situación estresante (ya sea difícil o muy exigente), por ejemplo: buscando la ayuda de otros, aislándose, luchando con más fuerza, etc; mientras que el locus de control es la expectativa o creencia que poseen las personas sobre si las cosas que les ocurren se deben a sus propias acciones o ocurren por que así lo desean otras personas o por cuestiones de la suerte o Dios.

Por otra parte, cuando se habla de expectativas se hace referencia a creencias o supuestos que poseen las personas sobre el futuro, en este caso específicamente sobre la etapa de su enfermedad y los resultados del tratamiento.

Si usted decide participar de esta investigación, deberá diligenciar tres instrumentos de evaluación; el cuestionario de modos de afrontamiento, la escala de locus de control de Rotter y una entrevista semiestructurada sobre la

expectativas frente al tratamiento y el diagnóstico, durante el desarrollo de estas evaluaciones estará asesorado por la investigadora.

La información que se obtenga de estos instrumentos **es confidencial** y sólo se darán a conocer los resultados generales.

***Gracias por su colaboración***

---

**Sandra Patricia Lucano Insuasty**

Investigadora

**Anexo E**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PACIENTE**

Yo,.....,identificada con CC .....  
estoy de acuerdo en participar en la investigación que lleva a cabo la  
estudiante de Psicología de la Universidad de Nariño Sandra Patricia Lucano  
Insuasty, en conjunto con el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Certifico que se me ha explicado que el objetivo del estudio es conocer  
como afrontan las pacientes con cáncer de cérvix su diagnóstico, conocer que  
tipo de locus de control emplean y sus expectativas frente el tratamiento.

Igualmente conozco que la información que brinde será utilizada para  
determinar y describir las relaciones existentes entre las variables del estudio e  
hipotetizar sobre futuras intervenciones en este ámbito que permitan fortalecer  
el proceso de adaptación de las pacientes a la enfermedad y su tratamiento.

Mi participación en la investigación no tiene ningún incentivo económico,  
puedo renunciar a participar en esta investigación en cualquier momento y sin  
recibir ninguna sanción.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de  
Investigación.

*Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas  
serán confidenciales*

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Estudiante investigadora

San Juan de Pasto, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2007