

**Universidad Autónoma de Madrid**  
**Departamento de Psicología Biológica y de la Salud**  
**Programa de Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud**

**“DESCRIPCIÓN, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CHILENOS  
QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA  
UNIVERSIDAD DE CHILE, DE FACTORES QUE INCIDEN EN  
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN AL ESTRÉS DE LA  
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA ”**

(Proyecto de Investigación Correspondiente al Segundo Período Académico del  
Programa de Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud)

***Tutor***

*Bernardo Moreno Jiménez*

***Asesor Metodológico***

*Ronald Troncoso Galleani*

***Alumna***

*Paula Bravo Urbina*

Santiago de Chile.  
Septiembre, 2001

## LA MARIONETA.

“Si por un instante Dios  
se olvidara que soy una marioneta de trapo  
y me regalara un trozo de vida,  
posiblemente no diría todo lo que pienso,  
pero en definitiva pensaría todo lo que digo.

Daría valor a las cosas, no por lo que valen,  
sino por lo que significan.

Dormiría poco, soñaría más  
entiendo que por cada minuto que cerramos los ojos,  
perdemos sesenta segundos de luz.

Andaría cuando los demás se detienen,  
despertaría cuando los demás duermen.  
Escucharía cuando los demás hablan,  
¡Y como disfrutaría de un buen helado de chocolate!

Si Dios me obsequiara un trozo de vida,  
vestiría sencillo,  
me tiraría de bruces al sol,  
dejando al descubierto  
no solamente mi cuerpo,  
sino mi alma.

Dios mío, si yo tuviera un corazón,  
escribiría mi odio sobre el hielo,  
y esperarí a que saliera el sol.

Pintaría con un sueño de Van Gogh

sobre las estrellas  
un poema de Benedetti,  
y una canción de Serrat  
sería la serenata que le ofrecería a la luna

Regaría con mis lágrimas las rosas,  
para sentir el dolor de sus espinas,  
y el encarnado beso de sus pétalos

Dios mío,  
si yo tuviera un trozo de vida....  
No dejaría pasar un solo día  
sin decirle a la gente que quiero,  
que la quiero.

Convencería a cada mujer u hombre  
que son mis favoritos  
y viviría enamorado del amor.

A los hombres  
les probaría cuan equivocados están al  
pensar que dejan de enamorarse cuando envejecen,  
sin saber que envejecen cuando dejan de enamorarse.

A un niño le daría alas,  
pero le dejaría que el sólo  
aprendiese a volar.

A los viejos les enseñaría que la muerte no llega con la vejez,  
sino con el olvido.

Tantas cosas he aprendido  
de ustedes los hombres...

He aprendido  
que todo el mundo quiere vivir en la cima de la montaña,  
sin saber que la verdadera felicidad  
está en la forma de subir la escarpada.

He aprendido  
que cuando un recién nacido  
aprieta con su pequeño puño,  
por primera vez, el dedo de su padre,  
lo tiene atrapado por siempre.

He aprendido  
que un hombre sólo tiene derecho a mirar a otro hacia abajo,  
cuando ha de ayudarlo a levantarse.

Son tantas las cosas que he podido aprender de ustedes,  
pero realmente de mucho no habrán de servir,  
porque cuando me guarden dentro de esa maleta,  
infelizmente me estaré muriendo.

Gabriel García Márquez

Carta de despedida de Gabriel García Márquez  
a sus amigos, al abandonar su vida pública  
debido a un cáncer Linfático

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta investigación, pienso ¿Cómo es que "hoy" estoy "aquí" escribiendo estos agradecimientos?

De inmediato, escucho en mi cabeza a Violeta Parra. Y no puedo dejar de cantarla ... y sin mas se las canto: "Gracias a la vida, que me ha dado tanto" ...

Luego (con la violeta de fondo) comienzo a recordar a las personas que fueron parte de este proceso vital, que me ha llevado a estar aquí cantando... "Gracias a la vida que me ha dado tanto"....

En primer lugar, quiero agradecer a mis colegas y profesores españoles Bernardo Moreno y José Antonio Carrobles, quienes respondieron prontamente a cada una de mis mil preguntas.

A José Antonio, también quiero agradecer el haber gestionado con Pilar Arranz mi pasantía en la Unidad de Hemoto-oncología del Hospital La Paz, de Madrid.

A Pilar y a su equipo, les agradezco enormemente el haberme permitido trabajar junto a ellos y tener así mi primera aproximación a la Psicooncología; experiencia que sin duda, fue fundamental en este proceso. A todos ellos gracias.

A Nicole y Oscar quiero agradecerles el haberme prestado su casa y haberla implementado como un acogedor refugio que me permitió descansar y dedicarme por completo a la realización de este trabajo. La tranquilidad e independencia que significó contar con este espacio me alivió enormemente la vida. También quiero agradecer a sus niñitas, quienes siempre han sido una fuente de afecto, distracción y algo de juego en mi vida.

A ti Mirenxhu, te agradezco el tiempo, la paciencia y compañía durante la concepción de esta tesis. Así mismo, nuevamente te agradezco

el ser mi maestra y modelo en el oficio... no te quepa duda que tus lecciones de militancias serán mi bandera frente a las adversidades e injusticias de la vida y el mundo.

A Luis Montesinos, quiero agradecer todo el apoyo y compañía que me brindaste vía e-mail, durante mi permanencia en España y ya de vuelta en Chile. Mucho antes de conocer tu cara, ya eras un importante referente en mi camino. De una especie similar a la de Mirenxhu...sin duda también un maestro, maestro en el conocimiento, en la militancia del oficio y del ser gitano por el mundo.

A Ronald Troncoso, otro entrañable amigo y colega, quiero agradecer sus importantes aportes y asesoría metodológica en esta investigación. Pero, por sobre todo, te agradezco tus horas de sueño y la energía que pusiste en aquellos últimos días de trabajo contra el tiempo. Sin ti el sueño y el cansancio me habrían hecho desistir.

A Gabriel Saez, quisiera agradecer su desinteresado apoyo, compañía y trabajo en la última parte de esta investigación.

A mi Laly, mi amiga y hermana del alma, simplemente gracias por existir....

A partir de la realidad sanitaria que pude ver durante mi trabajo en el Hospital La Paz de Madrid, y de su contraste con las condiciones en que los profesionales de la salud y los usuarios deben enfrentar en los países subdesarrollados; decidí volver a trabajar e investigar en mi país.

Fueron muchas las puertas que toqué ofreciendo mi humilde trabajo y mis muchas energías, sólo quería una oportunidad para cooperar , sólo pedía que se me permitiera investigar; sin embargo una tras otra las puertas se cerraban.

Es por esto que, para finalizar quiero agradecer muy especialmente al equipo que trabaja en el Servicio de Oncología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. A ellos quiero agradecerles por sobre todo la confianza, que sin conocerme, depositaron en mi trabajo.

Así mismo, quiero agradecer al equipo de Damas de Verde que se desempeña en la unidad, quienes fueron un importante nexo para contactar a los pacientes que participaron en esta investigación.

Por último, agradezco a cada uno de los pacientes que participaron en este estudio. Les doy las gracias por su tiempo y disposición a cooperar con mi trabajo y a mostrarme como es que la "esperanza", el "humor" y los "afectos" pueden compensar las carencias económicas y hacer más llevadera esta enfermedad.

Todos ustedes son la razón de mi canto, y por la que doy "Gracias a la vida, que me ha dado tanto"

# INDICE

	<b>PAG.</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	3
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
<b>2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	7
<b>2.1. OBJETIVO GENERAL</b>	7
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	8
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO</b>	9
<b>1. SALUD</b>	9
<b>2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD</b>	11
<b>2.1. PSICOONCOLOGÍA</b>	17
<i>2.1.1. Calidad de Vida en el Paciente Oncológico</i>	21
<i>2.1.2. Psiconeuroinmunología</i>	26
<b>3. CANCER</b>	29
<b>3.1. DEFINICIÓN</b>	29
<b>3.2. EPIDEMIOLOGÍA</b>	33
<b>3.3. PREVENCIÓN</b>	35
<b>3.4. TRATAMIENTOS</b>	36
<b>4. ESTRÉS</b>	37
<b>4.1. LA ENFERMEDAD COMO ESTRESOR</b>	39
<i>4.1.1. Estrés en el Paciente Oncológico</i>	42
<b>5. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS</b>	45
<b>5.1. AFRONTAMIENTO AL CÁNCER</b>	51
<b>6. ADAPTACIÓN AL ESTRÉS DE LA ENFERMEDAD</b>	55
<b>6.1. FACTORES PERSONALES QUE INCIDEN EN LA ADAPTACIÓN</b>	57
<b>6.2. FACTORES SOCIALES Y ADAPTACIÓN</b>	64
<i>6.2.1. Sistema Familiar</i>	72
<i>6.2.2. Sistema Sanitario</i>	77



<b>CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO</b>	85
<b>1. TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	85
<b>2. TIPO DE DISEÑO</b>	85
<b>3. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO</b>	87
<b>4. UNIVERSO- MUESTRA</b>	88
<b>4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	88
<b>4.2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO</b>	88
<b>4.3. MUESTRA</b>	88
<i>4.3.1. Tipo de muestra</i>	88
<i>4.3.2. Confección de la muestra</i>	89
<i>4.3.3. Características de la muestra</i>	89
<b>5. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</b>	99
<b>5.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	99
<i>5.1.1. Procedimiento de construcción del instrumento</i>	99
<i>5.1.2. Descripción del instrumento</i>	101
<b>5.2. TÉCNICA DE ANALISIS DE DATOS</b>	102
<b>6. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN</b>	103
<b>6.1. FIABILIDAD</b>	103
<b>6.2. VALIDEZ</b>	103
<b>CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	104
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES</b>	139
<b>CAPITULO VI. RECOMENDACIONES</b>	142
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	144
<b>ANEXOS</b>	
<i>ANEXO N° 1</i>	<i>149</i>
<i>ANEXO N° 2</i>	<i>150</i>
<i>ANEXO N° 3</i>	<i>151</i>
<i>ANEXO N° 4</i>	<i>154</i>
<i>ANEXO N° 5</i>	<i>160</i>
<i>ANEXO N° 6</i>	<i>163</i>
<i>ANEXO N° 7</i>	<i>165</i>
<i>ANEXO N° 8</i>	<i>168</i>
<i>ANEXO N° 9</i>	<i>170</i>
<i>ANEXO N° 10</i>	<i>172</i>
<i>ANEXO N° 11</i>	<i>175</i>

## INTRODUCCION

Existen múltiples investigaciones que relacionan el estrés con el desarrollo y evolución de la enfermedad neoplásica. Otras muchas, relacionan determinados estilos y estrategias de afrontamiento a este estrés con distintos indicadores de adaptación a nivel biológico, psicológico, social y funcional.

En otras latitudes se han desarrollado instrumentos que permiten obtener información sobre estas variables, algunos específicos para ciertos tipos de cáncer.

Sin embargo, sorprende la ausencia total de datos sobre la incidencia y prevalencia del cáncer en Chile, y más aún, de mediciones de variables psicológicas relacionadas con la enfermedad.

Debido a esto, la presente investigación pretende describir la forma en que un grupo de pacientes chilenos afronta el estrés del diagnóstico y la enfermedad. A su vez, proporciona un instrumento para recoger de forma válida y confiable esta información.

El informe final de esta investigación ha sido dividida en 5 grandes áreas:

- I. Planteamiento del problema y objetivos que pretende alcanzar la investigación
- II. Marco teórico: En él, se hace una revisión de los principales postulados y teorías en torno a la Psicología de la Salud y sus aportes al estudio del Afrontamiento y Adaptación al estrés general, y a la enfermedad oncológica en particular; así como también, una revisión de los resultados de las investigaciones realizadas al respecto.
- III. Metodología de la investigación: Donde se describe el tipo de investigación, la muestra utilizada, la metodología de recolección de datos y los análisis estadísticos realizados.
- IV. Presentación de resultados: En la cual se describen los resultados obtenidos en la investigación.
- V. Conclusiones: en el que se presentan las conclusiones derivadas de los resultados de la investigación, las limitaciones del estudio y los aportes realizados.

# CAPITULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de los factores psicológicos, y en particular, del estrés tanto en la salud como las enfermedades crónicas, ha sido subrayada por numerosos estudios de casos, epidemiológicos y clínicos (Xavier Borrás, 1992)

En cuanto al estrés que sufren las personas aquejadas de cáncer, algunos autores (Craig y Abeloff, 1974; Plumb y Holland, 1977; Roberts, Furnival y Forest, 1972) han informado que de los pacientes de cáncer estudiados, entre el 23 y el 50% se encontraban ansiosos o deprimidos, mientras que otros (Gordon, Freidenbergs, Diller, Hibbard, Wolf, Levine, Lipkins, Ezrachi y Lucido, 1980; en Bayés, R., 1991), señalan que, en muchos casos, este impacto emotivo no decrece con el tiempo. Un dato significativo sobre la amplitud y gravedad del problema nos lo proporcionan Derogatis, Feldstein, Morrow, Schmale, Schmitt, Gates, Murawski, Holland, Penman, Melisaratos, Enelow y McKinney (1979), cuando al analizar mas de 1.500 pacientes admitidos en cinco de los principales centros oncológicos de Estados Unidos, encuentran que la tasa media general de prescripciones de drogas psicotropas para dichos enfermos era algo más de 2 fármacos diferentes por paciente, siendo típicamente uno de ellos un hipnótico para dormir (Bayés, R., 1991)

Los efectos psicológicos producidos a lo largo de la enfermedad cancerosa se enmarcan en las diferentes fases por las que pasa el paciente. Los estudios de Font (1988), con muestras españolas, dan cuenta de que la fase de diagnóstico inicial parece ser un período especialmente

crítico en cuanto al estrés. Por su parte, los estudios de Weisman y Worden (1986) no encuentran evidencia de que la fase de recidiva de la enfermedad sea más estresante que la del diagnóstico inicial (Font 2000; Estapé, T.; 1996).

La relación entre el estrés y la enfermedad neoplásica ha sido analizada desde múltiples perspectivas. Aparte su posible papel causal en el desarrollo del cáncer, el estrés también a sido implicado en la tasa de diseminación y curso de una malignidad establecida. En algunos pacientes, el tumor se extiende rápidamente, mientras que en otros la resistencia y la supervivencia son considerablemente mayores; ello parece ser debido a ciertas actitudes mentales consistentes en la capacidad de superación, de combatir la enfermedad, de desahogarse más emocionalmente y de participar más activamente en el proceso de recuperación y de rehabilitación. (Fox, 1998; Spencer, Carver y Price, 1998; en Edda Barbagelata, D., 1999; Flórez, J., 1999; Beneit, P. 1992; Xavier Borrás, F. 1992)

Al respecto, Bayés señala que los datos experimentales no dejan lugar a dudas sobre el hecho de que las reacciones neuroendocrinas al estrés son capaces de modificar de forma significativa la iniciación, crecimiento y metástasis de los tumores experimentales.

Así mismo, una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como el aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar sinérgicamente con el ambiente neuroendocrino. (Bayés, R., 1991)

Pruyn, en 1983, señala que la vulnerabilidad de un paciente de cáncer puede depender en gran medida de la cantidad de medios de que dispone para hacer frente al estrés que produce la enfermedad, de la intensidad y habilidad con que utiliza dichos medios, y de la eficacia intrínseca de los mismos (Bayés, R., 1991)

Ramón Bayés (1991) menciona que las estrategias de afrontamiento más usadas por los pacientes oncológicos son: buscar información, buscar apoyo y confortación, atribución, acción impulsiva, evitar confrontaciones y afrontamiento activo. Otros autores han correlacionado los estilos y estrategias de afrontamiento con diversos índices de adaptación como: calidad de vida, período de sobrevida, evolución de la enfermedad, ajuste social, etc.

Por otra parte, existen autores que han intentado determinar que recursos del sujeto facilitarían el afrontamiento y adaptación a situaciones estresantes. (Perarlin y Schooler, 1978; Antonovsky, 1979; Lázarus y Folkman, 1986)

Antonovsky utiliza el término “recursos generalizados de resistencia” para referirse a las características físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosociales que facilitan el manejo del estrés. Para el autor la vulnerabilidad de un paciente depende de la cantidad de medios de que dispone para hacer frente a la enfermedad, de su grado de eficacia intrínsecos, de la intensidad, habilidad y constancia con que los maneja, del grado de control que crea le confieren dichos medios para afrontar la enfermedad y de si son adecuados o no en la situación en que los usa (Bayés, R., 1991).

Por su parte Lázarus y Folkman plantean que estos recursos serían factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés. El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

El afrontamiento también viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas y los déficit psicológicos. Los altos grados de amenaza también pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento de forma efectiva (Lázarus y Folkman, 1986).

Los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen la capacidad de expandirse y contraerse y algunos serían más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos períodos de la vida.

Además, estos autores reconocen la existencia de factores que restringen el afrontamiento que derivan tanto del sujeto como del entorno. A estos factores los llaman coactores. Así, conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento. La relación entre recursos y afrontamiento se halla mediada por las coacciones personales y ambientales y por el grado de amenaza (Lázarus y Folkman 1986).

Actualmente no existen datos sobre el comportamiento de estas variables en la población chilena, ni instrumentos de medición debidamente adaptados y validados en ella; lo que entorpece el desarrollo y evaluación de programas de intervención eficaces.

A partir de estos antecedentes, se puede concluir la relevancia de determinar como los pacientes chilenos afrontan el estrés del diagnóstico de cáncer, los estilos y estrategias de afrontamiento que implementan y los recursos personales y sociales (sistema sanitario, redes de apoyo) con que cuentan para hacer frente y adaptarse a la enfermedad.

## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir el comportamiento de la población chilena frente a la variable estrés del diagnóstico de cáncer.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar que variables inciden en el afrontamiento al estrés del diagnóstico de cáncer.
- Determinar que variables inciden en la adaptación al estrés del diagnóstico de la enfermedad oncológica.
- Construir un instrumento para recoger información sobre el estado de estas variables.
- Describir los resultados obtenidos por la población oncológica chilena en el estudio.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. SALUD**

El “Modelo Médico” concibe la enfermedad como un estado puramente fisiológico, que tiene por causa la acción de determinados microorganismos sobre el cuerpo (amebas, hongos, bacterias, virus, etc).

Bajo este modelo, históricamente se han desplegado grandes esfuerzos para tratar de descubrir la etiología de las enfermedades desde diversas vertientes: bioquímica, fisiológica, citológica, microbiología, genética, etc. Gracias a estos estudios, se obtuvieron grandes logros en cuanto al control de enfermedades de tipo infecto contagiosas, por medio de la implementación de medidas sanitarias y de inmunización de la población.

Sin embargo, se investigaba en función de un modelo simple “cocista” o “fiscalista”; marginando los factores psicológicos y sociales en la prevención, aparición, desarrollo y tratamiento de las enfermedades (Flores, J., 1999)

Con el correr del tiempo, se comenzó a observar un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas, funcionales y sistémicas.



Frente a estas nuevas formas de enfermar, la medicina tradicional ya no fue capaz de determinar las causas específicas y curar las enfermedades; dejando de cumplir con su principal objetivo, hasta esos momentos curativo.

Esto trajo consigo un progresivo aumento de los costos por medicación y paleamiento de los efectos secundarios de estas enfermedades, pero no en la eficacia y éxito de su tratamiento. Paralelamente, se produce un importante aumento en las expectativas de vida de la población, con lo que aparecen nuevos problemas de salud.

Surgen así, nuevas necesidades tanto en el paciente, como en el sistema sanitario y la sociedad completa; que requieren para su solución de un enfoque multidisciplinar, que abarque e integre los distintos factores que inciden los procesos de Salud-Enfermedad.

En 1964, la OMS se reúne a analizar esta situación, siendo una de sus principales conclusiones la necesidad de incluir las dimensiones física, social y emocional en el concepto de Salud. Se redefine la Salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social” y no la mera ausencia de enfermedad o trastorno como se consideraba anteriormente (Flores, J., 1999; Font, A., 2000; Rodríguez, J., 1995).

A partir de este momento, se tiene una aproximación más positiva al concepto de salud, entendiendo que, tanto la salud como la enfermedad son parte de un continuo resultado de la interacción de estos factores en un individuo particular.

A esto se suman los antecedentes, cada día más elocuentes, que demuestran la importancia de los factores psicológicos y sociales en los procesos de salud y enfermedad.

Asumiendo este concepto integral de salud, surge el “Modelo Bio-psico-social”. Este modelo propone la aplicación integrada de los conocimientos provenientes de estos tres marcos de referencia, aceptando la multicausalidad de factores que se deben considerar en el análisis de los procesos de salud y enfermedad. (Rodríguez, J., 1995)

Dentro de este contexto, las ciencias sociales y de la conducta son llamadas a colaborar, surgiendo con ello una nueva especialidad y línea de investigación, la Psicología de la Salud.

## **2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Matarazzo, en 1980, define Psicología de la Salud como el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria.

Durante los últimos años los psicólogos, con independencia de su orientación teórica, han sabido hacerse eco de que la salud, como uno de los valores más importantes del ser humano,

tiene un impacto social y psicológico en las personas, y se han dedicado a estudiar y dirigir ese impacto.

Aunque existen abismantes diferencias, en los distintos lugares y países, en cuanto a políticas, calidad, equidad y posibilidades de acceso a la salud; esta ha sido también una realidad de la Psicología latinoamericana (Grau, J., 1996 en Bravo, P. y Silva, L., 1998.).

Varios autores coinciden en que nuestra salud y enfermedad se encuentran determinadas por nuestro modo de vida; es decir, por formas particulares de alimentarse, beber, trabajar, descansar, relajarse, hacer ejercicio y asumir determinados riesgos que son el resultado de experiencias adquiridas a lo largo del tiempo, en distintos contextos e influenciados por los medios de información, comunidad en que se vive, cultura, nivel socioeconómico, características familiares y de personalidad (Grau, J., 1992; Fodor, M., 1991; Bayés, R., 1985; en Montesinos, L., 1987).

Así, los procesos psicológicos y el comportamiento de hacer, de no hacer, de dejar de hacer e incluso el comportamiento de no dejar de hacer, pueden por una parte, mantener la salud, el bienestar y potenciarla; o por el contrario predisponer, agravar o hacer desencadenar una enfermedad. (Grau, J., 1992 en Albornoz, B. y Peña, J., 1999).

A partir de 1980, en la Clasificación Americana de Trastornos Mentales (DSM-III) se acepta formalmente que los factores psicológicos pueden afectar el estado físico. En la siguiente

revisión, el DSM IV (1994), se habla de factores psicológicos que afectan a la condición médica; estableciéndose una nueva categoría, llamada “Trastornos Psicofisiológicos”.

Dentro de los factores psicológicos específicos que pueden afectar la salud se mencionan: el trastorno mental, síntomas psicológicos, rasgos psicológicos o conductas de afrontamiento, conductas desadaptativas y la respuesta fisiológica al estrés. También se establece, como una característica de este tipo de trastornos, que su forma de influencia sobre la enfermedad puede ser: alterando el curso, interviniendo sobre el tratamiento (adherencia), constituyendo un factor de riesgo o agravando los síntomas.

En general, la década de los ochenta se caracterizó por la aparición de modelos experimentales que intentan demostrar las interrelaciones entre variables psicológicas, variables biológicas y las distintas enfermedades.

Al respecto, Friedman y Booth-Kewley, en 1987, señalan que las variables de personalidad pueden actuar de muy diversas maneras. En primer lugar, la personalidad puede influir directamente en la aparición de la enfermedad, tendríamos entonces una personalidad predispuesta a tener una determinada patología en el caso de que enfermara, este sería el caso del Patrón de Conducta Tipo A o de la Personalidad Tipo C.

En Segundo lugar, afirman que podría ocurrir que la enfermedad modificase el patrón de comportamiento de una persona; por ejemplo, el cambio de valores que se observa en los

enfermos oncológicos, o bien la depresión como respuesta al conocimiento del diagnóstico de cáncer.

En tercer lugar, mencionan que puede ocurrir que el tipo de personalidad de un sujeto determine, en buena medida sus hábitos comportamentales y sean precisamente esos hábitos los que juegan un papel importante en la aparición de las enfermedades; ejemplo de esto sería la importancia que tiene la extraversión para la conducta de fumar, hábito este último que, según el modelo de Estilos de Vida, tendría graves repercusiones sobre la salud del individuo, tanto en los trastornos cardiovasculares como en los respiratorios y algunos tipos de cáncer. Por último, la personalidad puede relacionarse con la enfermedad a través de una tercera variable de tipo biológico, tal y como ocurre con la influencia que la represión de emociones negativas, parece tener sobre nuestro sistema inmunológico (Feidman y Booth-Kewley, 1987; en Romero, R. y cols.; 2000).

A partir del análisis de la definición de Psicología de Salud que nos entrega Matarazzo, mencionada anteriormente, podemos identificar los distintos campos de acción en que esta disciplina se desarrolla.

En cuanto a la promoción y mantenimiento de la salud, se está trabajando ampliamente en la búsqueda y puesta en práctica extensiva de métodos y técnicas de influencia psicosocial y educativa que propendan a lograr en la población y en los grupos de riesgo, la motivación del cuidado de la salud y el establecimiento de hábitos de vida más sanos.

En el área de prevención y tratamiento de la enfermedad se fortalece cada vez más el trabajo interdisciplinario con la aplicación del método epidemiológico en la determinación de prioridades para la puesta en práctica de estos procedimientos y en la evaluación de los resultados.

Las técnicas psicosociales, como las encuestas, las entrevistas abiertas de sondeo y de profundidad, los cuestionarios, las escalas autoclasificadoras de uso masivo y los grupos de discusión demostrarán, en ascenso, su efectividad en el estudio de los problemas más complejos de la salud humana.

Cada vez se utilizan con mayor frecuencia las técnicas cognitivo-conductuales en el campo de las enfermedades crónicas, en la disminución y control del estrés, las limitaciones invalidantes, el dolor y sus secuelas psicológicas. La intervención psicológica frente a los procedimientos diagnósticos, en intervenciones quirúrgicas e instrumentaciones médicas cruentas, enriquecen continuamente el arsenal de procedimientos de la Psicología de la Salud y contribuyen a aumentar el bienestar, mejorar la adherencia a las prescripciones médicas, favorecer la adaptación a las consecuencias de la enfermedad y optimizar los servicios de salud, con disminución de los costos y de las complicaciones.

Así mismo tiende a ampliarse sucesivamente la incorporación de la Psicología en la atención integral a pacientes en estado crítico. Los psicólogos incrementan sus aportes en los cuidados paliativos a pacientes terminales, potenciando la integralidad de la atención en la preparación para una muerte inevitable, con dignidad y sin dolor (Grau, J., 1996).

En la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, se observa una tendencia al abandono de estudios correlacionados y de diagnóstico mediante instrumentos aislados, y un crecimiento de estudios de intervención en modelos multidisciplinarios tanto en la atención primaria como en la labor asistencial hospitalaria.

Los trabajos en el área de psicodiagnóstico se refieren, en su mayoría, a intentos de adaptación y validación en determinadas poblaciones de pruebas e instrumentos creados en otras latitudes. También se han concentrado esfuerzos en la distinción, operacionalización y medición de factores psicológicos que pueden predisponer o incidir en la evolución de la enfermedad.

En cuanto a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria, nuevas perspectivas se desarrollan en torno al problema “calidad de los servicios de salud”, de acuerdo con la potencialidad de los métodos y técnicas sociopsicológicas para la evaluación de los componentes subjetivos, la exploración sistemática de la satisfacción de la población con los servicios de salud y la contribución al desarrollo de formas de organización institucional, sistemas de comunicación con los usuarios y métodos incentivadores de la participación popular en las tareas de la salud pública.

Por otra parte, continúa la búsqueda y puesta en práctica de los mejores procedimientos para motivar y capacitar al personal de salud en la comprensión de los factores psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad y en la utilización de los aportes de la Psicología,

tanto en el trabajo de promoción de salud y profilaxis del riesgo, como en la atención a enfermos, para el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas del personal de salud con pacientes y familiares en los más disímiles contextos del que hacer profesional cotidiano.

Desde esta perspectiva, la presente investigación se encuadra dentro de la Psicología de la Salud, ya que intenta la identificación de correlatos etiológicos para la elaboración de un instrumento diagnóstico que ayude a la prevención y tratamiento de las disfunciones relacionadas con la adaptación al estrés del diagnóstico de la enfermedad cancerosa.

## **2.1 PSICOONCOLOGIA**

Desde la antigüedad se ha descrito la relación que los factores emocionales, afectivos y mentales podrían tener con el desarrollo de la enfermedad neoplásica.

Ya en el siglo V antes de Cristo, Galeno expone en su obra “De Tumoribus”, que las mujeres melancólicas eran más susceptibles a la adquisición de cáncer de mama. Luego se sucedieron otros escritos (como los de Gendron, 1701; Burrows, 1783; Nunn, 1822, Walshe, 1846; Paget, 1870) donde se relacionaban los estados emotivos y cáncer (Flórez, J., 1999; Bayés, R., 1991).

Con el auge del psicoanálisis, la influencia de los factores psicológicos en las enfermedades cobró importancia. Se denominaba como enfermedad psicosomática a aquellas sin causa orgánica conocida y que tendrían su origen en conflictos internos no resueltos por el sujeto. El cáncer era una de ellas.

Sin embargo, este modelo explicativo fracasó al no ser capaz de determinar y dar solución a los conflictos subyacentes que daban origen a la dolencia, y al entrar en discusión el concepto de personalidad. Además, con el



incremento del rigor metodológico se pudo demostrar que las relaciones eran más amplias y de tinte menos simbólico (Stone, 1991; en Rodríguez, J., 1995).

En 1979, la Asociación Americana de Psicología otorgó al estudio de los factores psicológicos que influyen en las neoplasias un contexto en el cual encuadrarse: la Psicooncología.

Koinuma en 1993, se refiere a la psicooncología como una subespecialidad oncológica relativamente nueva con intereses multidisciplinarios que conciernen a aspectos psicológicos, sociales, comportamentales y aspectos éticos del cáncer, que abarca todo el manejo de los problemas psicológicos de los pacientes junto con el período de supervivencia, los cuidados paliativos y de soporte, el sistema de cuidado en salud y pone una especial atención a los principios éticos y espirituales.

La psicooncología contempla dos dimensiones del cáncer (Albornoz, B. y Peña, J., 1999; Holland y Zittoun, 1990):

- Las respuestas psicológicas del paciente en todos los estadios de la enfermedad, así como el de sus familiares y/o cuidadores.
- Los factores psicológicos que pueden influenciar el proceso del cáncer.

La dimensión psicológica se refiere al estado cognitivo, conductual y emocional de un individuo y refleja el impacto del diagnóstico del cáncer, la progresión de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos en el bienestar subjetivo de los pacientes. No es difícil observar reacciones emocionales de miedo, ira, vergüenza, negatividad. También se puede incluir en este nivel la alteración de la imagen corporal (insatisfacción con el aspecto físico), el estado de ánimo deprimido, la pérdida del interés por las cosas y los problemas de ansiedad, generalmente

ligados a la sensación de pérdida de control sobre la propia vida, bajas expectativas de resultado y falta de señales de seguridad (Font, A., 2000).

Los efectos psicológicos producidos a lo largo de la enfermedad cancerosa se enmarcan en las diferentes fases por las que pasa el paciente. Como enfermedad crónica, el cáncer pasa por distintas etapas ante las que el enfermo presenta distintas reacciones emocionales. Para Holland estas fases a las que el enfermo se debe adaptar incluyen el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y los acontecimientos que vayan sucediendo a lo largo del curso clínico.

Varios autores han definido reacciones psicológicas paralelas a estas situaciones clínico-evolutivas. Otros autores expresan la importancia de valorar las variables asociadas a cada enfermo: como su entorno, estado emocional, rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento; y a cada situación: como estadio y gravedad, etc. para determinar las reacciones del paciente y las consecuencias de la enfermedad (Estapé, T., 1996; Rolland, 1987, en Perles, F., Martimortugués, C., 1997).

Buceta y Bueno, en 1996, hacen una síntesis de los factores por los cuales cada vez es mayor el interés, el estudio y la aplicación de la psicología al cáncer. Entre estos destacan:

- El hecho de que el comportamiento influencia o determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determinan su aparición o curso: hábitos como el tabaquismo, patrones de alimentación y peso, tienen una importante influencia en la aparición del cáncer.
- La detección precoz de determinados tipos de cáncer como el de mama, de cervix, el de próstata y el testicular es altamente determinante de la supervivencia (Pérez y cols., 1994).

- Los avances en psicofisiología y psiconeuroinmunología han revelado vías a través de las cuales el estrés y las emociones pueden contribuir a la génesis, pronóstico y supervivencia de los pacientes con cáncer (Bovgber, 1991; Cooper, 1991; Anderson y cols, 1994).
- La necesidad de informar correctamente al paciente sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, para tomar decisiones sobre los contenidos de la información, las vías más adecuadas, las secuencias y el estilo de emisión de la información. (Ibáñez, 1988; Dura, 1990).
- El desarrollo de procedimientos de evaluación de calidad de vida de los pacientes, es necesario para la orientación y toma de decisiones sobre los tratamientos médicos y psicológicos a seguir. Esta evaluación incluye el estado psicológico, síntomas físicos asociados al curso de la enfermedad o tratamientos aplicados, imagen corporal, problemas sexuales, etc. (Aaronson y Beckman, 1987; Barofsky y Sugarbaker, 1990; Fallowied, 1990)
- El impacto emocional asociado al diagnóstico y curso del cáncer hacen necesario la evaluación y tratamiento adecuado tanto del paciente como de sus familiares (Spirito, Hewett y Stark, 1988; Pellicer y Salvador, 1990).

Para Koinuma, el concepto actual de la psicooncología se fundamenta en los antecedentes históricos, implicancias clínicas e investigaciones empíricas relacionadas con calidad de vida y estudios de intervenciones psiconeuroinmunológicas; a los cuales nos referiremos a continuación.

### *2.1.1 Calidad de Vida en el Paciente Oncológico*

Levi y Anderson, asumiendo una propuesta de la ONU, entienden el concepto de calidad de vida como una “medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa”. Se destaca que esta medida no es el reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo.

En relación al concepto de calidad de vida, Grau en 1998, señala: “si ha un fenómeno tan complejo como la vida humana se lo despoja de su dimensión temporal (la cantidad), todos los atributos restantes corresponden a la calidad. La cantidad de vida se expresa en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, etc., pero la calidad requiere otro tipo de indicadores. No por gusto se afirma que definirla adquiere una connotación filosófica”.

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en el campo de la oncología. Los primeros antecedentes científicos del concepto amplio de calidad de vida en la oncología se remontan a la década de los ochenta. Anteriormente los resultados de salud se referían en general, o casi exclusivamente, a la duración de la vida y a la toxicidad de los tratamientos.

En un principio se valoraba la calidad de vida sólo en la fase terminal, durante tratamientos paliativos. Actualmente también se valoran los aspectos psicológicos en las fases iniciales de la enfermedad cancerosa. Por otra parte, su valoración se hace éticamente tanto más obligada e inexcusable cuanto más tóxico y/o menos eficaz sean las opciones de tratamiento (Murillo, E., 1996; Estapé, T., 1996)

Dentro de la relevancia la evaluación de la calidad de vida Font (2000) menciona:

- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos: Desde que se define la salud como algo más que ausencia de síntomas físicos, los cambios de carácter no biológico también forman parte de los efectos iatrogénicos de algunos tratamientos y deben ser incluidos en la descripción de los posibles efectos esperados.
- Asumir la definición de Salud de la OMS y ampliar los conocimientos sobre la evolución psicosocial de los enfermos. Así como interesa la evolución de la enfermedad oncológica también es importante conocer como evoluciona el paciente en los distintos niveles de la enfermedad y cuales son los momentos más críticos. Por ejemplo cuales son las respuestas emocionales iniciales, al final del tratamiento, en la recidiva y en las fases avanzadas.

- Facilitar la rehabilitación global de los pacientes: Recoger información sobre la calidad de vida de sus pacientes, permite a médicos y profesionales de la salud aplicar estrategias de prevención en grupos de riesgo (antes que se cronifiquen los problemas) y de intervención de los pacientes afectados, para buscar la mejoría o la recuperación en todas las áreas de impacto de la enfermedad. Debe conseguirse la rehabilitación física y funcional, pero también la psicológica y social.
- Diferenciar mejor los ensayos clínicos y reducir el número de resultados nulos: Disponer de diferentes opciones terapéuticas con efectos similares a nivel de supervivencia, plantea de inmediato la cuestión de hasta que punto las intervenciones son comparables o equivalentes en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. En la medida que el éxito se defina únicamente en términos de mejoras de la supervivencia se obtienen muchos resultados nulos, que tal vez no lo serían al incorporar medidas de calidad de vida, al aumentar las posibilidades de diferenciación.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir el abandono de terapias: El seguimiento del impacto que tiene el tratamiento en la calidad de vida permite identificar a aquellos pacientes con mayores probabilidades de abandonar las terapias. Aquellos cuyo malestar subjetivo va en aumento y las creencias sobre la utilidad de la terapia disminuyen de manera acusada. Cuando las expectativas de éxito y de control son muy escasas la motivación a abandonar la terapia es muy elevada.
- Mejorar la información y potenciar la comunicación médico/paciente: Cuando se habla con los pacientes sobre aspectos de su calidad de vida se crea la sensación de mayor interés por parte del profesional (mayor sensación subjetiva de apoyo social). Jenkinson (1994) observa que en general las interacciones médico paciente mejoran cuando se incorporan medidas de calidad de vida como resultado terapéutico.
- Mejorar la participación de los pacientes en la toma de decisiones médicas: Para poder implicarse en las decisiones es necesario que el paciente esté informado. La información es cada vez más importante fundamentalmente por dos razones (Font, A., 2000):
  - a) Por los efectos psicológicos de la información sobre el bienestar del paciente: preocupaciones, miedos y esperanzas dependen en gran parte de la información que se procesa además de las creencias y los estilos previos de los pacientes.

- b) Por el cambio cultural sanitario que se está dando en el sentido de que cada vez más pacientes y familiares exigen información, atención y participación en un contexto de crecientes derechos y demandas de responsabilidades sanitarias.

Al revisar la literatura muchas son las definiciones que podemos encontrar sobre calidad de vida. No obstante, según Font (2000), la mayoría de ellas concuerdan en al menos dos aspectos: la subjetividad y la multidimensionalidad del concepto. La subjetividad se refiere a la necesidad de entender la calidad de vida desde la perspectiva del paciente. Proponen que en su evaluación se debe considerar no solo la conducta abierta, sino también los procesos cognitivos subyacentes y los vivenciales. La multidimensionalidad se refiere a los dominios o áreas de actividad del paciente que se pueden ver afectados por los cambios en el estado de salud. Se describen un mínimo de cuatro áreas.

- Estatus funcional: movilidad, autocuidados, actividad física, etc.
- Estatus psicológico: ansiedad, depresión, etc.
- Estatus físico: síntomas relacionados con la enfermedad
- Estatus social: habilidad para mantener interacciones sociales

La calidad de vida de un determinado paciente depende de la situación anterior a la enfermedad, la situación estresante en que se configura para cada paciente la enfermedad y su tratamiento, y diversos factores moduladores de tipo psicológico y social que pueden incrementar o reducir el impacto de la enfermedad.

Por otra parte, también puede modificarse espontáneamente, por la propia evolución de la enfermedad y o iatrogénicamente por la acción del médico. Aún así, y considerando además el importante componente subjetivo; no sólo es un concepto conocible y medible, sino también pronosticable e influenciable (en sentido positivo o negativo), que presenta una tendencia previsible dependiendo de la evolución del tumor y de las actitudes clínicas (Murillo, E., 1996). Los datos provenientes de las investigaciones de Andreu y cols. 1991, Brandberg y col., 1992, Carlsson y

Hamrin, 1994, Ganz y cols., 1996, Winer y cols., 1999; apoyan la relación entre progresión de la enfermedad, severidad del tratamiento y disminución del bienestar psicológico.

Debido a lo anterior, Grau señala que al no ser la calidad de vida una variable estable, los indicadores “test-retest” no son los más adecuados para medir confiabilidad. La validez de contenido ha sido generalmente hallada por criterios profesionales; sólo en pocos estudios se incluyen la opinión de pacientes.

Los instrumentos de calidad de vida en cáncer se utilizan cada vez más como parámetros útiles para: reinsertar laboralmente a los pacientes, determinar el impacto de la psicoterapia, evaluar nuevas drogas y obtener para los laboratorios certificados de “marketing”, conocer efectos de toxicidad y recaída, al integrarlos a la curva de supervivencia, etc.

Aún quedan muchos problemas por resolver y hallazgos contradictorios sin esclarecer, por lo que la investigación en este campo sigue siendo necesaria (Grau, J.,1998).

### *2.1.2 Psiconeuroinmunología*

En la actualidad sabemos que los tejidos del sistema inmune son inervados autonómicamente, o que neuronas y leucocitos (células inmunitarias) comparten ciertos receptores y sustancias transmisoras. Todo ello abre un camino de explicación acerca de cómo los procesos psicológicos y en especial el estrés podrían influir en enfermedades infecciosas, autoinmunitarias, las alergias el cáncer y el SIDA (Xavier Borràs, F., 1992).

Se ha observado experimentalmente, en animales, que la influencia de ciertos factores ambientales estresantes pueden llegar a producir las reacciones de alarma típica del estrés que activan la secreción de adrenalina y subsiguientemente un incremento de la concentración plasmática de corticosteroides. Este aumento causa una involución del timo y una linfocitopenia de células T circulantes.

Puesto que las células T son un componente vital del sistema de vigilancia inmunológica, los efectos psicológicos del estrés, al acelerar- distorsionar el sistema de defensa del huésped presumiblemente aumentan la susceptibilidad al desarrollo de una neoplasia. Tales factores ambientales y otros cambios, ejercen influencia en las competencias inmunológicas: si son adversas disminuyen la eficacia de la inmunidad; si son beneficiosas podrían aumentar o mantener íntegra la población circulante de células T, así como la concentración tisular de linfocitos T. El sistema nervioso, como modulador de la función neuroendocrina a través de las glándulas suprarrenales, induciría cambios en la actividad de los linfocitos T.

Investigaciones en humanos ofrecen la evidencia de factores psicosociales y medioambientales, incluidas las experiencias de estrés agudo y crónico, inductores o asociados con funciones inmunes alteradas.

Gran interés se ha despertado el papel de las células NK podrían tener en la evolución de la enfermedad. Existe documentación científica que asocia los cambios positivos del sistema inmune con el bienestar psicológico, traducido en un incremento de la función de las células NK y un aumento de la supervivencia en pacientes con cáncer (Antón, L. Y Antolín, S., 1999). Por su parte, Klein en Estocolmo, pudo comprobar una ausencia de actividad NK en el 47% de enfermos con tumores cancerosos desarrollados (Bayés, R., 1991).

Por lo tanto, es posible, que los acontecimientos inductores de estrés se relacionen con la hipótesis que postula: una alteración de la vigilancia inmunológica puede alterar o modificar el “escape” de células transformadas hacia un comportamiento agresivo.

Últimamente, se ha comenzado a investigar el papel mediador que diversas respuestas psicológicas (conductuales, cognitivas y emocionales) podrían tener en las relaciones entre estresores y función inmune, a través de los diversos mediadores neuroendocrinos implicados. (Flórez, J., 1999).



En relación con esto, Borrás (1991) realizó un estudio sobre estrés prequirúrgico. En él pudo observar que la respuesta del sistema inmune se relacionaba con la evaluación cognitiva de la situación quirúrgica (concretamente, con aspectos de información-experiencia y percepción de control), reforzando la responsabilidad del proceso cognitivo y emocional de estrés en una modulación neuroendocrinoinmunológica.

Otros estudios, informan del papel modulador que tienen aspectos cognitivos, como las expectativas de autoeficacia o de confianza en las propias habilidades y percepción de controlabilidad-incontrolabilidad del estímulo, en la respuesta del sistema inmune frente al estrés (Xavier Borràs, F., 1992).

### **3. CANCER**

#### **3.1 DEFINICIÓN**

El término cáncer en sentido estricto hace referencia a las neoplasias o neoplasmas malignos de carácter epitelial. El hecho de que el 85% de las neoplasias presenten dicho carácter, supone la justificación para considerarlos sinónimos. Los subfijos plasia o plasma derivan de la palabra griega plazos que significa formación; así por tanto, neoplasia quiere decir nueva formación, y se define como una proliferación excesiva, incontrolada, autónoma e irreversible de células, con características morfológicas y funcionales que difieren de las de sus precursoras (Pardo y cols, 1996).

Cáncer, por lo tanto, es una palabra genérica, bajo la que se amparan más de 100 entidades clínicas distintas de la enfermedad, con unas mil variedades histopatológicas diferentes, que pueden clasificarse por su localización, morfología, comportamiento clínico y funcional y su respuesta al tratamiento.

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se utilizan, fundamentalmente, criterios de localización e histológicos para agrupar las diferentes neoplasias. (CIE-10, 1992).

Cada tipo de neoplasia tiene características únicas y difiere en su origen, localización y forma de manifestación; sin embargo, los procesos básicos que los originan son muy similares y tienen en común (Valladares, 1989):

- Aumento del número de células sobre el que es normal para el funcionamiento del organismo (Hiperplasia).
- Acúmulo en forma de masa o bulto (Neoplasia).
- Anomalías en la forma y función de las células (Heterotipia).
- Metabolismo incompatible con la vida del organismo portador (Intrínsecamente deletéreo).

La heterotipia es lo que da especificidad al carácter canceroso de esa proliferación masiva de células.

De acuerdo a Simonton, Matthews y Creighton (1990), el cáncer comienza con una célula que contiene información genética incorrecta, por lo que no es capaz de realizar su función, lo que pudo haber sido causado por la exposición a sustancias químicas nocivas, o haber sido dañadas por otras causas externas, o simplemente, por que en el proceso constante de reproducción de los miles de millones de células del organismo, de vez en cuando sale una imperfecta. Si esta célula reproduce otras células con la misma información genética incorrecta, entonces comienza a formarse un tumor compuesto por gran cantidad de estas células.

Normalmente, las defensas del cuerpo, el sistema inmunológico, reconocen a estas células malignas y las destruyen, o al menos las cercan para que no puedan extenderse (Simonton, 1990; Albornoz, B. y Peña, J., 1999; Beneit, P., 1992)

Así, los tumores o neoplasias benignas, son también tejido anormal de nueva formación que crece localmente, con lentitud, de forma expansiva sin infiltrar los tejidos vecinos; son tumores muy diferenciados con células semejantes a las del tejido de origen, no son heterotípicos. Desde el punto de vista morfológico aparecen bien delimitados y a menudo encapsulados, y aunque pueden ocasionar la muerte, lo harán por la aparición de síndromes paraneoplásicos, por ejemplo, por su localización, por la afectación con su crecimiento a partes sensibles o vitales del

organismo, por complicaciones como hemorragias o por su función anormal, pero su metabolismo no es incompatible con la vida del organismo portador.

Los tumores o neoplasias malignas, por el contrario, están poco diferenciados, crecen con rapidez y tienen carácter infiltrativo, invadiendo los tejidos vecinos. Su característica biológica más importante es que tienen la capacidad de diseminarse a zonas alejadas produciendo metástasis a distancia. Este tipo de tumores no se delimitan claramente, no suelen tener cápsula y su superficie de corte aparece irregular con áreas de necrosis y hemorragias

Este trastorno se caracteriza por una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa, es decir, puede transcurrir mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiestan los primeros signos de enfermedad; y por un curso impredecible, ya que algunos tumores remiten espontáneamente, mientras que otros progresan con extraordinaria rapidez (Encina y Orellana, 1999; Pardo y cols, 1996).

Se han desarrollado variadas teorías que intentan dar cuenta de la etiología del cáncer; pero aún no contamos con la respuesta. Las neoplasias son el resultado final de una serie de circunstancias interrelacionadas, es decir tienen una etiología multifactorial; por lo que hablar de factores causales resulta inapropiado. Sin embargo, es posible referirse a factores que pueden predisponer, influir o ser de riesgo en el desarrollo y evolución de la enfermedad neoplásica. Entre ellos se mencionan: factores genéticos, físicos, químicos, geográficos, culturales, psicológicos. (Beneit, P. 1992; Valladares, 1989; Pardo Mindán y cols., 1996; Bayés, R., 1991)

Según su localización, los distintos tipos de cáncer pueden ser agrupados en cuatro categorías (Simonton, 1990; Albornoz, B. y Peña, J., 1999; Buceta y Bueno, 1996):

- Carcinomas: neoplasmos malignos de la piel y de órganos, como el aparato respiratorio, digestivo o tracto respiratorio, que viene a representar el 85% de los cánceres humanos.
- Linfomas: cánceres del sistema linfático.
- Sarcomas: neoplasmos malignos del tejido muscular oseo o conectivo.

- Leucemias: cánceres de los órganos que forman la sangre, tal como la médula ósea, que conduce a una extrema proliferación de glóbulos blancos.

### 3.2 EPIDEMIOLOGÍA

Según los datos de la O.M.S., una de cada cinco personas muere de cáncer en los países desarrollados, siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. En estos países la incidencia del cáncer es casi un 40% superior a la de los países subdesarrollados. Por su parte, en los países subdesarrollados, si obviamos la elevada mortalidad infantil y consideramos sólo los individuos mayores de 5 años, el cáncer constituye también una de las principales causas de muerte.

Un hecho preocupante es que, a estas cifras, se suman las tasas de mortalidad a causa de este trastorno que se han elevado a un 20% en los últimos treinta años.

Se estima que el 15% de todas las muertes que se producen en el mundo son debidas al cáncer, lo que supone que anualmente mueren de esta enfermedad unos 7 millones de personas. Cada año se diagnostican 6.000.000 de nuevos casos de cáncer y 4.000.000 personas mueren por esta enfermedad. Para el año 2000 se espera que el número de fallecimientos anuales se eleve a 8.000.000. (Albornoz, B. y Peña, J., 1999; Cairns, 1979; Buceta y Bueno, 1996; Beneit, P. 1992; Bayés, R., 1991).

Cairns, en 1978, menciona que aunque se conocen unas 200 variedades de cáncer, la mayoría de ellas son bastante raras. Casi la mitad de las muertes de cáncer que se producen en Estados Unidos son debidas al cáncer de pulmón, estómago, intestino grueso y mama. En España, en 1976, más del 30% de las muertes por cáncer correspondían a cánceres de pulmón y estómago; situándose en tercer lugar los cánceres de intestino y recto. En Chile, según datos de 1980, el cáncer de estómago es el que más muertes produce; se ubican en segundo lugar, siendo responsables de un 13% de las muertes el cáncer de cérvix útero en mujeres y el de pulmón en hombres. (Bayés, R., 1991; Montesinos, L. y Garcia, J., 1986)

Scautres, en 1982, propone que la tasa media de supervivencia a los 5 años del diagnóstico, sin tener en cuenta el estadio de evolución en que la enfermedad ha sido diagnosticada, oscila desde un 74% para los cánceres de útero y un 64% para los cánceres de mama, hasta un 2% para los de páncreas, un 9% para los de pulmón y un 12% para los de estómago. En conjunto, estos últimos tipos de cáncer son los de peor pronóstico en cualquier estadio en que se detecten, aunque una detección precoz, cuando el cáncer se encuentra todavía localizado, puede aumentar en forma sensible las posibilidades de supervivencia, pudiendo alcanzar óptimos de un 5% en el caso del páncreas, un 33% en el de pulmón y un 41% en el de estómago (Bayés, R., 1991)

La existencia de tumores malignos de elevada incidencia que no pueden ser diagnosticados precozmente para ser curados con los medios actuales hace necesaria, de un lado, una cuidadosa vigilancia de los grupos de mayor riesgo, y de otro lado, una investigación científica que avance en el conocimiento de los mecanismos de la carcinogénesis, y que permita obtener pruebas bioquímicas, inmunológicas y/o genéticas que proporcionen un diagnóstico precoz, a la vez que se encuentran formas más eficaces de tratamiento farmacológico e inmunológico.

### 3.3 PREVENCIÓN

El Comité de Expertos de Lucha Contra el Cáncer ha definido la prevención de dicha enfermedad como la supresión o neutralización de los factores carcinogénicos presuntos o confirmados y el tratamiento de los enfermos precancerosos (Piedrola Gil, 1991).

La prevención del cáncer puede dar resultados altamente satisfactorios, ya que se admite que con los conocimientos y medios actuales, se puede reducir al menos en un 50% la mortalidad por tumores malignos (Schwars,1996).

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de que ocurran las enfermedades cancerosas. Pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, antes de que actúen los factores que la provocan. Estas intervenciones deben basarse en Educación para la Salud y en medidas legislativas para actuar sobre los factores de riesgo ya conocidos. Se trata aquí de instaurar hábitos de vida saludables, tanto físicos como psíquicos, adoptar medidas preventivas en los puestos de trabajos que impliquen contacto con sustancias cancerígenas, etc.

La prevención secundaria sólo se alcanza, en el sentido estricto, si el cáncer es diagnosticado en un estadio en el que se pueda interrumpir la evolución natural de la enfermedad. Una intervención eficaz de prevención secundaria del cáncer pasa por el empleo de estrategias que permitan detectar un tumor maligno antes de que aparezcan signos o síntomas, es decir, tiene como objetivo la detección precoz.

Un ejemplo sería la realización de mamografías para detectar el cáncer de mama en sus primeros estadios; aunque como esto no es siempre posible, también puede resultar eficaz el diagnóstico de tumores “in situ”, con lo que aumenta la probabilidad de curación del paciente, al ser más fácil la extirpación total del tumor en estadios iniciales, en los que el tumor no haya formado metástasis (Cairns, 1986; Bayés, 1987).

En la prevención terciaria nos situaríamos ya en la fase terminal del paciente, en la que predominan los cuidados paliativos.

De acuerdo con esta distinción, la presente investigación se centraría en el área de atención secundaria.

### **3.4 TRATAMIENTOS**

Cuando las células cancerosas invaden algún órgano o interrumpen alguna función, es necesario aplicar intervenciones específicas. La primera modalidad de intervención es la quirúrgica, con ella se pretende remover aquellos tumores visibles o extirpables; la segunda modalidad consiste en aplicar otros procedimientos como: quimioterapia, radioterapia, o en algunos tipos de cáncer, trasplante de médula osea; con el objetivo de atacar a las células cancerosas a lo largo del cuerpo, estos procedimientos son efectivos cuando logran reducir el número de células cancerosas permitiendo así, que el sistema actúe efectivamente.

Los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para el desarrollo de terapéuticas contra el cáncer han conseguido mejorar la situación para algunos tipos de cáncer, aumentando la supervivencia de los pacientes, particularmente cuando la enfermedad se detecta en las fases tempranas de su desarrollo.

Aunque estas intervenciones incrementan la expectativa de vida y resultan en la remisión y cura en muchos casos, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de estos pacientes puede quedar gravemente alterado, como sucede luego de ciertas operaciones y debido a efectos secundarios inducidos por ciertos tratamientos (alopecia, náuseas, vómitos, etc.). A esto se suma el estrés que acompaña el diagnóstico y el curso de este trastorno tanto para el paciente como para sus familiares (Albornoz, B. y Peña, J., 1999; Beneit, P. 1992)

## 4. ESTRÉS

En la psicología actual hay variadas definiciones de la palabra estrés. Estas, se pueden agrupar en tres grandes modelos, en función de como es definido el agente estresor: ya sea como un estímulo, como una respuesta o como una interacción.

Se destacan los modelos interactivos, que plantean que es la relación organismo-ambiente la que determina la condición patógena. El estrés es considerado como el resultado de un proceso, acentuándose la naturaleza particular de esta interacción.

Postulan que para que se rompa el equilibrio, que afectará tanto al organismo como al ambiente, deben unirse: un elemento perturbador y un organismo susceptible a él. Debido a esto, las características o estado del sistema que es atacado, son tan importantes como el agente externo que ataca, en la producción de la alteración del equilibrio.

Dentro de estos modelos se encuentra la “Teoría Transaccional del Estrés” de Lázarus y Folkman. Esta teoría plantea que el estrés psicológico, es el resultado de la relación entre ambiente y sujeto, que es evaluado por éste, como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986; Zimbardo 1971)

Las interacciones entre el organismo y el ambiente se basan, generalmente, en un proceso que Lazarus y Folkman denominan evaluación cognitiva. En este proceso el sujeto determina porqué y hasta qué punto una relación individuo-ambiente es estresante.

También en la evaluación cognitiva se determinan las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo y estaría influida por infinidad de factores tanto personales como ambientales



Las demandas o exigencias que se encuentran a la base de la situación estresante pueden surgir tanto del interior del sujeto como del ambiente.

Del sujeto surgen las autoexigencias, expectativas, ideas irracionales, autoestima, etc.; elementos que son capaces de generar situaciones estresantes por sí mismas al entrar en relación con el ambiente. Estos elementos determinan, en parte, la vulnerabilidad del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986; en Bravo, P. y Silva, L., 1988)

Con relación a las exigencias del ambiente, si bien las situaciones extremas (catástrofes naturales, la guerra, la tortura y enfermedades) representan estrés para la mayoría de los sujetos; no ocurre lo mismo con las situaciones de vida cotidiana en las que se produce una gran variabilidad de respuesta.

Las personas y los grupos difieren en su interpretación y reacción a los acontecimientos, lo que establece su sensibilidad o vulnerabilidad ante los mismos. A partir de estas diferencias individuales, se sostiene también que los sujetos podrían influir activamente en el proceso de apreciación y afrontamiento (Bravo, P. y Silva, L., 1998; Cordova, R. y Vargas, P., 1998).

Así lo que es estresante para una persona, no lo es para otra, incluso lo que es estresante en un momento, no lo es en otro momento para el mismo individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

#### **4.1 LA ENFERMEDAD COMO ESTRESOR**

En mayor o menor medida la enfermedad, como proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a producir la muerte; produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, por lo que se puede considerar como una situación estresante (Rodríguez, J., 1995; Bayés, R., 1991)

Sin duda, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece, sino también en su familia. La dinámica de las relaciones personales intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad, su tratamiento, y en su caso,

por la hospitalización, de uno de los miembros de la familia, y se producen cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles por sí mismo es una fuente de estrés, que se suma a la propia situación del enfermo. (Rodríguez, J., 1995; Barreto y cols., 2000; Perles, F., Martimportugués, C., 1997; Bayés, R., 1991).

Cohen y Lazarus, en 1979, mencionan los siguientes aspectos estresantes que pueden estar asociados a la enfermedad física o su tratamiento (Rodríguez, J., 1995) :

- Amenaza a la vida y miedo a la muerte
- Amenaza a la integridad corporal y al bienestar:
  - Daño o incapacidad corporal
  - Cambios físicos permanentes
  - Dolor, incomodidad y otros síntomas negativos
  - Discapacidad.
- Amenaza al autoconcepto y a los planes futuros
  - Necesidad de alterar la imagen corporal o el sistema de creencias.
  - Incertidumbre acerca del curso de la enfermedad y del futuro.
  - Peligro para las metas y valores vitales
  - Pérdida de la autonomía y del control.
- Amenaza al equilibrio emocional.
- Amenaza al cumplimiento de los roles y actividades habituales
  - Separación de familia, amigos y otros apoyos sociales
  - Pérdida de roles sociales importantes
  - Necesidad de depender de otros.
- Necesidad de ajustarse a un nuevo entorno físico y social
  - Ajuste al marco hospitalario
  - Problemas de comprensión de la terminología y usos médicos
  - Necesidad de tomar decisiones en situaciones estresantes.

Los problemas de adaptación, a los que debe enfrentarse el sujeto y su familia, se relacionan con las características específicas de la enfermedad, tales como: duración (aguda/crónica), forma de aparición (repentina, inesperada, lenta, manifiesta y/o insidiosa), intensidad, gravedad y las etapas del proceso de la enfermedad. Cuando se trata de una enfermedad crónica, sus características estresantes se potencian, así como su impacto de perturbación social (Rodríguez, J., 1995; Perles, F., Martimportugués, C., 1997).

Es interesante señalar que, como en el caso de otros estresores, no hace falta que padezcamos de hecho la enfermedad para sufrir estrés por ello. La anticipación de la enfermedad puede ser tan estresante como su ocurrencia real y, a menudo lo es mucho más. Así también, el estrés provocado por la enfermedad puede tener efectos a corto y a largo plazo (Rodríguez, J., 1995)

#### *4.1.1 Estrés en el Paciente Oncológico*

Probablemente no existe ninguna enfermedad cuyo diagnóstico produzca en el ciudadano tanto miedo y temor como el cáncer. Su extensión, generalización y evolución hacen que esta enfermedad provoque respuestas similares a las que se observaron hace varios siglos en la relación con la peste (Flórez, J., 1999; Bayés, R., 1991).

Dentro de las características de la enfermedad oncológica que nos permiten considerarla como acontecimiento estresante, Ibañez afirma que esta enfermedad se caracteriza por ser inescapable, impredecible e incontrolable.

Así mismo, Barreto y cols. en los noventa, nos ofrecen el siguiente listado de características del cáncer como acontecimiento estresante (Barreto y cols, 1990; Beneit, P. 1992; Romero, R. y cols.; 2000):

- Se trata de una enfermedad que amenaza directamente la supervivencia. Además la etiqueta de esta enfermedad implica connotaciones de padecimiento vergonzoso.
- El curso y el pronóstico son inciertos normalmente, y no siguen una pauta determinada o al menos conocida.
- El padecimiento puede suponer mutilación para el sujeto, debido a las terapéuticas invasivas (cirugía), provocando cambios en la autoimagen.
- Los tratamientos son aversivos, producen efectos colaterales y disonancia con los esquemas habituales de enfermedad (los pacientes perciben que “se ponen enfermos”, en vez de mejorar con el tratamiento).
- Los tratamientos irrumpen en la vida cotidiana, provocando cambios importantes en los hábitos de los pacientes.

En vista a lo anterior, parece claro que muchas de las situaciones por las que atraviesa el paciente de cáncer durante el curso de su enfermedad, conducen a una reacción de estrés, experimentada por el paciente como altamente desagradable, y que provoca importantes esfuerzos de adaptación. (Beneit, J., 1992)

Se han realizado investigaciones que comparan los niveles de estrés que experimentan los pacientes en las distintas etapas del tratamiento oncológico. Los estudios de Font (1988), con muestras españolas, dan cuenta de que la fase inicial del diagnóstico de cáncer parece ser un período especialmente crítico. Así mismo, los estudios de Weisman y Worden (1986) no encontraron evidencia de que la fase de recidiva de la enfermedad sea más estresante que la del diagnóstico inicial (Font, A., 2000)

Por su parte, Eysenck (1983) realiza una distinción entre el estrés agudo y el estrés crónico, y su relación con el cáncer. De acuerdo con este investigador, el estrés agudo aumenta la incidencia de tumores espontáneos, mientras que el estrés crónico tiene, presumiblemente, efectos precisamente contrarios. Flórez (1999), concluye que

hay evidente información acerca de que el estrés agudo produce crecimiento del tumor, mientras que el estrés crónico induce su reducción; el estrés agudo exagera las metastasis, mientras que el estrés crónico las inhibe.

Sklar y Anisman (1981), plantean que el estrés agudo lleva a la depleción de catecolaminas y aumento en acetilcolina, síntesis aumentada y secreción de hormonas e inmunosupresión.

Estudios psiconeuroinmunológicos, han analizado la influencia del estrés emocional, psicosocial y de la ansiedad, como factor etiológico y sobre el crecimiento de la neoplasia.

Los resultados apoyan el punto de vista de que frente al estrés, se producen aumentadas concentración plasmática de corticosteroides adrenales en el organismo. Tales concentraciones de corticoides ejercen efectos adversos sobre el timo y las células T- timodependientes; es decir, contra los elementos que constituyen el mayor sistema de defensa frente a diversos procesos neoplásicos y otros procesos patológicos. Esto puede dejar al individuo vulnerable a la acción de virus oncógenos latentes ( Flórez, J., 1999).

También se ha observado que en individuos susceptibles y sometidos a diversos agentes estresantes (físicos o mentales), las células malignas son capaces de establecerse y multiplicarse desordenadamente, hasta convertirse en diversas tumoraciones o formaciones neoplásicas. Empero, en otras personas con un equilibrio psíquico y nervioso adecuado, así como un sistema inmunitario eficiente, hay una mayor potencialidad en reconocer y destruir tales células anormales. (Flórez, J., 1999; Beneit, P. 1992; Xavier Borrás, F. 1992).

Resumiendo, podríamos decir que el diagnóstico de cáncer es una situación que genera altos niveles de estrés, así como también que el estrés tiene propiedades potencialmente profundas sobre la susceptibilidad al cáncer, la malignidad de ciertos tumores y sobre su curso clínico, entre otras cosas, por sus efectos sobre los factores inmunitarios y endocrinos.

## 5. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1986), en su modelo antes citado, proponen la siguiente definición de afrontamiento: “son aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Este es un proceso que se caracteriza por el cambio, consecuente con las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la variable relación sujeto-ambiente.

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto de cada estrategia tiene. La función básica del afrontamiento estaría orientada a permitir la adaptación del individuo a los cambios experimentados por él en su ambiente, tanto interno como externo, en el cual se están presentando sus emociones de manera tal que logre dar ante dicho suceso la respuesta más adecuada posible para él en ese momento.

Existen dos funciones principales del afrontamiento, que han sido observadas por George (1974), Kahn y sus colaboradores (1964), Mechanic (1962), Murphy y Moriarty (1976) y se hallan implícitas en los modelos sugeridos por Mechanic (1974), Pearlin y Schooler (1978), Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan (1981) y White (1974).

Estas son (Lazarus y Folkman, 1986; Bravo, P. y Silva, L., 1998; Isensee, P. y Puentes, P., 1998):

- Afrontamiento instrumental: Está dirigido a enfrentar la situación estresante. Las estrategias de afrontamiento van dirigidas al problema, lo que se traduce en acciones tales como circunscribir y definir el problema, búsqueda de información, considerar alternativas, elección de la solución, exploración de recursos, etc.
- Afrontamiento paliativo: Está dirigido a regular la respuesta emocional del sujeto, son estrategias de afrontamiento encargadas de reducir el grado de trastorno emocional tales como pensamiento positivo,

negación, evitación, percepción selectiva, distanciamiento, minimización, evasión y extracción de valores positivos de acontecimientos negativos, entre otras.

Otra distinción que se realiza es entre el afrontamiento aproximativo y el evitativo (Rodríguez, J., 1995):

- El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el estrés, o las emociones negativas concomitantes.
- El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes.

Besabé, Paez y Valdosedá (1993) realizaron una síntesis a partir de las escalas elaboradas por Carver, Scheier y Weintraub (1989), Lazarus y Folkman (1986) y Aldwin y Revenson (1987) clasificando las estrategias de afrontamiento en base a dos criterios de cuya combinación se desprenden seis dimensiones del afrontamiento.

El primer criterio estaría basado en las formas de afrontamiento de aproximación y de evitación, y el segundo se referiría a tres niveles que contemplan las estrategias de afrontamiento; instrumental, cognitivo y afectivo (Font, A., 2000)

Las dimensiones que se desprenden de la combinación de estos dos criterios darían origen a las siguientes estrategias de afrontamiento (Besabé y cols., 1993; en Isensee, P. y Puentes, P., 1998; Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998):

-Aproximación cognitiva: Entendida como autorresponsabilizarse y elaborar la experiencia como forma de crecimiento personal.

-Aproximación afectiva: Entendida como buscar apoyo y descargar las emociones.

-Aproximación instrumental: Hacer cosas concentrando los esfuerzos en la solución del problema.

-Evitación cognitiva: Es decir, no elaborar y negarla experiencia como posibilidad de crecimiento. Evitar la elaboración por medio de pensar que no es posible hacer nada o de fantasear con que las cosas cambiarán sin hacer algo al respecto.

-Evitación afectiva: Guardarse las emociones, represión emocional, aparentar no estar afectado.

-Evitación instrumental: Es decir, dejar de hacer cosas en relación al problema, realizar actividades distractoras, como estudiar, trabajar o beber alcohol.

Por otra parte, de acuerdo con Bandura y su enfoque de Aprendizaje Social, la iniciación y mantenimiento de las conductas de afrontamiento frente a una situación de estrés, estaría determinada por las expectativas de eficacia personal.

Estas expectativas están basadas en cuatro fuentes de información: Logros de ejecución, Experiencia Vicaria, Persuasión verbal y Arousal emocional. A partir de la información que la persona recoge de cada una de estas fuentes, va construyendo sus expectativas de eficacia personal (Bandura, A., 1977; De la Cerda, C. y Rojas, C., 1994)

Según este enfoque, entre mas fuerte sea la autoeficacia percibida, más activos serán los esfuerzos. Aquellos que persistan en actividades subjetivamente amenazadoras que sean de hecho relativamente inofensivas, ganarán experiencias correctivas que refuercen su sentido de eficacia, eliminando eventualmente sus conductas defensivas. Aquellos que suspendan prematuramente sus esfuerzos de afrontamiento mantendrán sus expectativas autodebilitadoras por largo tiempo.(Bandura, A., 1977; De la Cerda, C. y Rojas, C., 1994)

Por su parte, Seligman resalta el papel que la percepción de control tiene en la aparición y desarrollo de estrategias de afrontamiento. Propone que ante amenazas más leves la percepción de control sobre la situación no ha desaparecido y la sensación de que se puede hacer algo moviliza al organismo a actuar; mientras que ante situaciones más amenazantes la percepción de control es menor o nula, y la percepción de indefensión es mucho mayor por lo que el individuo no actúa (Seligman,1986).



Grootenhuis y cols. (1996) describen diferentes formas de control como estrategias de afrontamiento. Así el control podría ser predictivo, vicario, ilusorio o interpretativo. Para cada una de estas formas habría la posibilidad de afrontamiento primario (cambiar la situación) o secundario (cambiar uno mismo).

Como forma de afrontamiento primario el control predictivo consistiría en querer saber para predecir qué pasará, como control secundario en cambio consistiría en anticipar las dificultades para evitar desengaños. En el control vicario primario se intentan manipular las decisiones de los que tienen el poder (médico), mientras que en el vicario secundario consistiría en la estrategia cognitiva de asociarse a los que tienen el poder (colaborar con los tratamientos). Control ilusorio primario sería intentar cambiar las posibilidades de éxito por ejemplo con cambios en el estilo de vida o con terapias alternativas, el secundario aliarse con posibilidades favorables como el destino. En el interpretativo primario se trata de entender los problemas para resolverlos (informarse, investigar), en el interpretativo secundario buscar un sentido o causa para aceptar mejor los problemas (Font, A., 2000).

En relación con la enfermedad, Lipowski plantea que las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto. Los significados de la enfermedad reflejan las experiencias personales previas, el grado de conocimientos, el bagaje cultural y las creencias del enfermo; actuando como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento (Lipowski, 1970-1971; en Lázarus y Folkman, 1986).

Otros autores han prestado atención a los aspectos temporales del afrontamiento, sugiriendo que esta conformado por etapas similares a las que plantea Kübler- Ross para la agonía.

Shontz (1975) ha propuesto la idea de que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física o a una incapacidad, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que momento en que le informan de su estado. Para este autor, la primera etapa es la de shock, que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso. Esta etapa se manifiesta por un sentimiento de

distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción. A esto le sigue una fase de encuentro, un período extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización. Ello va seguido de una tercera fase, la de retirada, que parece corresponder a la negación. Sin embargo, la etapa de retirada va siendo poco a poco abandonada a favor de una creciente comprobación de la realidad.

El proceso de afrontamiento incluiría un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación y, de acuerdo al análisis de Klinger, la fase de retirada representa un importante recurso natural de prevenir temporalmente el desmoronamiento. Según Shontz cuando el proceso de afrontamiento se ha completado satisfactoriamente, los ciclos se dan con menos frecuencia y prácticamente desaparecen. El proceso de afrontamiento descrito es considerado como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado de propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad (Lazarus y Folkman, 1986)

Por su parte Lázarus y Folkman (1986) consideran tres fases dentro del afrontamiento: la fase de anticipación, la de impacto y de postimpacto. Ellos afirman que la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta y da origen a distintas formas de afrontamiento en cada una de estas fases.

## **5.1 AFRONTAMIENTO AL CÁNCER**

Un marco teórico útil para conceptualizar el afrontamiento al cáncer es el que nos proponen Moorey y Greer, a partir de sus investigaciones y apoyados en la “Teoría Transaccional del Estrés” de Lázarus y Folkman.

Ellos plantean lo que denominan “Esquema de supervivencia”. En él describen la capacidad de adaptación, así como las respuestas emocionales y el estilo de afrontamiento, que pone en marcha el enfermo oncológico desde el momento de conocer su diagnóstico (Greer y Watson, 1987; Greer, 1988; Moorey y Greer, 1989; Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss y Tunmore, 1991; en Romero, R. y cols., 2000).

De acuerdo al “Esquema de Supervivencia”, la interpretación que un individuo realice de su diagnóstico le llevará a que reaccione emocionalmente de una manera determinada; a su vez, esta reacción emocional le activará alguna estrategia de afrontamiento. (Romero, R. y cols., 2000).

En este sentido, en cuanto a valoración se refiere, el diagnóstico de cáncer puede ser considerado por el enfermo bien como un Desafío, es decir, como un reto personal que uno considera que puede y debe superar y vencer; o como una Amenaza, esto es como algo que supone un riesgo para la propia salud tanto física como mental, ya que arriesga uno la vida en ello; o como una Negación, es decir, como un rechazo a admitir la realidad tal y como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que uno padece no es realmente cáncer y que el médico se equivocó al comunicar un diagnóstico de este tipo; o bien como una Pérdida del estado de bienestar y/o de algo que nunca se va a recuperar, es decir, debido a mi enfermedad voy a perder “algo” mi estatus, mi apariencia física, mi trabajo, etc. (Romero, R. y cols., 2000).

Según estos autores, las reacciones emocionales que acompañan al conocimiento del diagnóstico, y que van a motivar un determinado tipo de afrontamiento serían: la Ansiedad, sobre todo como consecuencia de la percepción del diagnóstico de cáncer como amenaza, es decir, el enfermo puede considerar que no tiene estrategias eficaces para afrontarla. La Ira, dado que la enfermedad se considera un ataque injustificado contra la propia salud- se considera injusta la existencia de una enfermedad que puede ser amenazante para la vida- además no se entiende por qué uno y no los demás tiene que enfrentarse al desafío que la enfermedad significa. Los sentimientos de culpa también suelen aparecer como resultado de intentar encontrar un significado a la amenaza. La Tristeza aparece unida a la pérdida e implica el considerar a la enfermedad como una especie de derrota, que acaba con todos los proyectos de futuro y ante la que no se puede hacer nada. Lo inescapable e impredecible de la enfermedad se convierte en algo presente en la vida del enfermo, que considera que debido a ella perdió todas sus oportunidades (Romero, R. y cols.; 2000)

Dependiendo de cómo perciba el enfermo la enfermedad, nos encontramos con diferentes estilos de afrontamiento. Si lo considera un desafío, luchará para superarla; la amenaza entraña un estado de incertidumbre

tanto acerca de la capacidad de control personal sobre la enfermedad y sobre la capacidad para vencerla como sobre las posibilidades de un futuro lo cual suele llevar a la preocupación ansiosa; la negación, puede llevar a una estrategia de evitación activa frente a la enfermedad y, por último, la pérdida lleva o bien al fatalismo (resignación y dejarlo todo en manos de otras personas) o al desamparo/desesperanza “nadie ni nada puede hacer algo por mi, estoy irremediablemente perdido y no tengo salvación posible” (Romero, R. y cols., 2000).

Mención aparte merece el papel que distintos modelos le han dado a la negación como estrategia de afrontamiento. En las clasificaciones psicoanalíticas (Vaillant, 1977) la negación es considerada como un mecanismo de adaptación inmaduro y primitivo, y aparece colocado en los últimos eslabones de las categorizaciones jerárquicas psicoanalistas. Pero se ha comprobado, a través de la experiencia clínica, que la negación en las primeras fases de la enfermedad, siempre y cuando no interfiera con la aplicación de los tratamientos o las revisiones médicas, proporciona una importante función protectora en los momentos iniciales de adaptación al diagnóstico, colocando al sujeto en una posición que le permite plantearse una reordenación de su situación y así enfrentarse con mayor éxito a los nuevos retos que le son impuestos por el acontecimiento (Janoff-Bulman y Timko, 1986; Romero y cols., 2000).

Esto es lo que algunos autores han dado en llamar evitación o negación positiva e incluiría el seguir adelante con las tareas de la vida, sin pensar demasiado en el diagnóstico de cáncer, tratando de usar la distracción como forma de afrontamiento principal (Moorey y Greer, 1989). Al respecto, algunos investigadores han sugerido que en realidad el sujeto estaría suprimiendo información, más que negando su enfermedad (Rowland, 1989; en Romero, R. y cols., 2000).

Así, solo en algunas situaciones sería conveniente desafiar la negación, como por ejemplo, cuando la negación por parte del enfermo o de la pareja ocasiona problemas de comunicación y estrés emocional, o cuando esta no sirve para afrontar los problemas y hace que aumente bruscamente la ansiedad o que aparezcan depresiones, o cuando al negar se evita la adherencia al tratamiento (Romero, R. y cols., 2000).

## 6. ADAPTACIÓN AL ESTRÉS DE LA ENFERMEDAD

El concepto adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a ellas. La magnitud de la discrepancia determina en parte el estrés que experimenta la persona

Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación. Desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa estrés.

En términos operacionales, la adaptación a la enfermedad a sido definida en función de múltiples variables como (Rodríguez, J., 1995):

- Presencia/ausencia de habilidades de ejecución de actividades de la vida cotidiana (comer, vestirse, lavarse, desplazarse).
- Dependencia/independencia funcional.
- Ajuste emocional (malestar, depresión angustia, ansiedad, frustración)
- Ajuste cognitivo (pensamientos positivos/negativos)
- Ajuste social (mantenimiento de la interacción social, interés por actividades de ocio y distracción)
- Ajuste familiar (actividades internas del hogar, comunicación con los demás miembros de la familia, participación en actividades familiares, mantenimiento y calidad de la conducta sexual)
- Ajuste laboral (presencia/ausencia de problemas laborales, satisfacción laboral, cambio en los hábitos de trabajo, pérdida de empleo)

- Ajuste fisiológico (análisis de laboratorio, respuesta al tratamiento, progresión de la enfermedad, tasa de supervivencia/mortalidad)

Existe abundante información en el sentido de que el factor de valoración de la situación, los recursos personales y el apoyo del medio social son factores psicológicos muy importantes en la modulación y adaptación a los efectos del estrés. (Flórez, J., 1999).

Según Moos, la valoración que la persona hace de su enfermedad, la definición de las tareas de adaptación necesarias, la elección y eficacia de las técnicas de afrontamiento implementadas, depende de tres grupos de factores que él clasifica como (Rodríguez, J., 1995):

- a.- Socio-demográficos y personales: edad, sexo, posición económica, inteligencia madures emocional y cognitiva, creencias religiosas o filosóficas, enfermedades anteriores, experiencias de afrontamiento previas y aprendizaje vicariante.
- b.- Relacionados con la enfermedad: tipo, duración, síntomas asociados (ya sea a la enfermedad o su tratamiento)
- c.- Ambientales: físicos (como espacio personal disponible) o sociales (relación familiar, apoyo social, normas y expectativas culturales)

La eficacia adaptativa de las estrategias de afrontamiento que pone en marcha el sujeto frente al estrés, puede ser evaluada en los dominios fisiológico, psicológico o social, pudiendo diferir en cada uno de ellos.

Por su parte Lázarus, en una revisión de 1983, concluyó que la eficacia del afrontamiento depende de la controlabilidad de la situación. Por ejemplo en enfermedades como el asma, la diabetes y el cáncer, que requieren conductas de vigilancia (auto-observación por ejemplo) para un diagnóstico y tratamiento apropiados, la aproximación resultaría una estrategia eficaz; por el contrario en otras enfermedades como la parálisis, la aproximación no produce ninguna ventaja,

mientras que la evitación sirve para reducir la ansiedad y la depresión. Sugiere que la eficacia adaptativa de cualquier estrategia de afrontamiento sólo puede determinarse tomando en cuenta el contexto. Puede ser que una estrategia trabaje bien en un contexto pero no en otro (Rodríguez, J., 1995)

## **6.1 FACTORES PERSONALES QUE INCIDEN EN LA ADAPTACIÓN**

A la luz del marco teórico anteriormente expuesto, haremos referencia, en primer lugar, a investigaciones que han relacionado las estrategias y estilos de afrontamiento que implementa el sujeto frente al estrés del cáncer y su eficacia adaptativa, expresada esta última a través de distintos indicadores.

De acuerdo a Spencer, Carver y Price (1998), los tipos de afrontamiento al cáncer que relatan menores niveles de estrés y que resultan más efectivos, serían la búsqueda apoyo emocional, la búsqueda de información, la confrontación activa, el espíritu de lucha y la actitud positiva.

A su vez, las estrategias que resultarían menos efectivas sería la evitación, la actitud fatalista y desesperanzada. Por su parte, en cuanto a la negación (con huida a la fantasía) como modo de afrontamiento, se ha encontrado evidencia contradictoria, ya que algunos estudios lo asocian con aumento de los niveles de distrés (Watson, Greer, Blake y Shrapnell, 1984; Spencer, Carver y Price, 1998; en Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998), mientras que otros con su disminución (Meyerowitz, 1983; Spencer, Carver y Price, 1998; en Edda Barbagelata, D., 1999).

En torno al tema, Greer, Morris, Pettingale y Haybittle realizaron una investigación longitudinal, con pacientes con cáncer de mama no metastático, y encontraron que las mujeres que se enfrentan abiertamente a su enfermedad o la niegan, en los primeros meses siguientes al

diagnóstico, poseen tasas de recidivas muy inferiores a las que afrontan la enfermedad con actitudes depresivas o de aceptación fatalista (Bayés, R., 1996)

También existen estudios donde se ha observado la relación entre factores psicológicos como el afrontamiento y el curso del cáncer. En ellos se ha encontrado como denominador común que la incapacidad para afrontar el estrés de manera eficaz, puede dar lugar a una mayor progresión del cáncer en general y a una disminución del tiempo de sobre vida (Luchina, 1998; Hislop, 1987; Thomas, 1988; Morris, 1992; Watson y Greer, 1998; en Edda Barbagelata, D., 1999).

En este sentido, Dexeus (1998) propone que un afrontamiento más activo presentaría un grado elevado de control personal sobre el curso de la enfermedad que iría acompañado de un número sustancial de respuestas de afrontamiento dirigidas a vencer la enfermedad y a mantener resultados adaptativos.

Por su parte, diversos autores (Greer, 1990; Di Clemente y Temoshok, 1885; Jensen, 1987; Morris, 1992; Andrykowski, 1994; Watson y Greer, 1998; en Edda Barbagelata, D., 1999) defienden la idea de que, en general, un estilo de afrontamiento pasivo caracterizado por la evitación, resignación, represión emocional, preocupación ansiosa y desesperanza/desamparo, presenta poco éxito en su lucha con la enfermedad, con mayor probabilidad de aumento en la progresión de ésta.

Igualmente, se encontró que un grupo de mujeres con cáncer de mama que presentaban con mayor frecuencia estilos de afrontamiento de tipo escape-evitación, aislamiento, autorreproche y negación, presentaron un menor grado de adaptación a la enfermedad y mayor susceptibilidad al progreso de esta (Luchina, 1998). A su vez, las pacientes que presentaron estrategias caracterizadas por un afrontamiento activo y descarga emocional, presentaron menor progresión de la enfermedad y mayor tiempo de sobre vida (Greer, 1979; Derogatis, 1980; Greer, Morris y Pettingale, 1990; Spencer, Carver y Price, 1998; en Edda Barbagelata, D., 1999).



En estudios más recientes, informan que las estrategias de afrontamiento no son predictores útiles del período de supervivencia en pacientes con cáncer de mama recientemente diagnosticadas, pero si lo son del tamaño del tumor y del número de nódulos auxiliares comprometidos durante el transcurso de la enfermedad (Buddeberg, Sieber, Wolf, Landolt-Ritter, Richter y Steiner, 1996; Cano-Vindel, 1997; en Edda Barbagelata, D., 1999).

Por otra parte, Weinberger, Schwartz y Davison (1979) realizaron estudios en los que relacionaron los estilos de afrontamiento con la función inmune, encontrándose que, en general, un estilo represivo emocional con dificultades para expresar emociones negativas frente al estrés está relacionado con una respuesta inmune deficiente. En otro estudio de Jamer, Schwartz y Leigh (1988), se relacionó el número de eosinófilos y monocitos con estrategias de afrontamiento encontrando que las estrategias de tipo represivo emocional y defensivas se relacionaban con un menor nivel de estas células inmunes.

A partir de estos estudios, algunos investigadores sostienen que ciertas formas de afrontamiento al cáncer estarían asociadas a respuestas autonómicas, neuroendocrinas e inmunológicas que pueden exacerbar el crecimiento del tumor o la extensión de la metástasis y/o debilitar la resistencia del cuerpo al proceso maligno (Pettingale, Philalethis, Tee y Greer, 1981; Pettingale, Morris, Greer, Haybittle, 1985; Spencer, Carver y Price, 1998; en Edda Barbagelata, D., 1999).

Al respecto, Bovbjerg y Valdimarsdottir (1998) afirman que resulta de especial importancia entrenar un estilo de afrontamiento que reduzca el estrés en pacientes que reciben quimioterapia agresiva disminuyendo el riesgo de una inmunosupresión adicional.

Estos pacientes presentarían un doble riesgo de manifestar diversas infecciones; por una parte la acción supresiva en el sistema inmune producto de drogas; y por otra, el estrés psicológico del tratamiento en sí. Además, estos autores sugieren que el nivel de estrés

psicológico experimentado en la primera infusión de quimioterapia es un factor predictor del subsecuente riesgo de infección, condición que interfiere con el éxito del tratamiento e implica un grave riesgo para la salud del paciente (Edda Barbagelata, D., 1999).

Xavier Borrás (1992) afirma que las investigaciones al respecto dan cuenta de como variables psicológicas cognitivo conductuales (autoeficacia, controlabilidad), relacionadas con estilos de personalidad (motivación de poder, locus de control, estilo atribucional) y de afrontamiento (coping represivo, supresión de la cólera), o los mismos recursos de afrontamiento disponibles (por ejemplo soporte social), pueden modular los efectos de los estresores en la función inmune.

Otros autores proponen que el estilo de desamparo y desesperanza afectaría al sistema inmune y endocrino en los pacientes de cáncer, disminuyendo el tiempo de supervivencia (Visintainer, Volpicelli, Seligman, 1982; Fox, 1984; Fox, 1998; en Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998).

Por otra parte, el valor de la información como adaptación también a sido objeto de gran interés e investigación.

La información del diagnóstico y tratamiento a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente pero a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso; la ausencia de información puede producir una mejor adaptación pero solo a corto plazo. A de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo sino se acompaña de entrenamiento de estrategias para afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por lo tanto, registrar los efectos de la información, así como la precisión y comprensión por el paciente de lo que se ha comunicado (Albornoz, B. y Peña, J., 1999)

Existen diferencias importantes en cuanto a la cantidad de información que quieren saber los pacientes sobre su enfermedad y diagnóstico. En un estudio de Ong y cols (1999) se detectaron estas diferencias y se encontró que los pacientes con estilo cognitivo de confrontación prefieren significativamente información más detallada y mayor participación que los de estilo evitativo, sin que por ello haya diferencias significativas en calidad de vida (Font, A., 2000).

Un trabajo de Miller y Mangan (1983) nos ilustra la necesidad de adecuar el contenido de la información a los distintos estilos de afrontamiento. Estos autores compararon pacientes quirúrgicos que prefirieron evitar información estresante con otros que tendieron a buscarla, usando dos condiciones de tratamiento: mayor y menor cantidad de información pre-quirúrgica.

Los sujetos que tendían a buscar información y cuya condición de tratamiento fue mayor cantidad de información, fueron los que tuvieron mejor índice de recuperación. Los sujetos que preferían evitar la información con la misma condición de tratamiento fueron los que obtuvieron un índice menor de recuperación (Rodríguez, J., 1995)

Susane Miller, a partir de esta investigación y de sus otros trabajos en torno a como los individuos se enfrentan a la información que les es dada cuando se ven sometidos a procedimientos médicos y diagnósticos; propone dos alternativas principales que los individuos pueden emplear como formas de estrategias de afrontamiento ante un evento amenazante, diferenciando entre monitors y blunters. (Miller, 1979; Miller, 1980; Miller y Mangan, 1983; en Rodríguez, J., 1995)

Los monitors, o sujetos focalizadores o vigilantes, serían aquellos que buscan y demandan información, y se concentran en las señales y datos que la situación amenazante proporciona; mientras que por el contrario, los

blunters, o también llamados sujetos evitadores, son los que tratan de distraerse a sí mismos evitando información y nuevos detalles sobre la situación amenazante.

Así, los sujetos focalizadores de información presentarán niveles más bajos de ansiedad y distrés general en una situación de amenaza cuando les es ofrecida toda la información que demandan, y presentarán niveles altos de desajuste si, por el contrario, no les es proporcionada la información que necesitan. Lo inverso ocurre con los sujetos evitadores, es decir, no demandan información y prefieren estrategias evitadoras, por lo tanto, alcanzarán los niveles más bajos de distrés cuando les es ofrecida poca información, esto les ayuda a no pensar en la amenaza y distraerse mas fácilmente.

En el análisis del estrés y la adaptación, también han tenido particular interés las creencias sobre el control personal. Como recordaremos, el control personal tiene que ver con la medida en que la persona piensa que es capaz de controlar los acontecimientos mediante su conducta, capaz de tomar decisiones y realizar acciones que produzcan resultados deseados y eviten los indeseados (Rotter, 1966; Rodin, 1987; en Rodríguez, J., 1995).

De acuerdo a esto, se ha observado que el mantenimiento de control es una forma que tienen los pacientes para minimizar el impacto del cáncer en su calidad de vida. Es un intento de mantener una vida normal pese a la amenaza de la enfermedad. En general, mayores creencias de control se asocian a una menor disminución de la calidad de vida, al margen de que el locus de control sea externo o interno (Font, A., 2000).

Ibañez afirma que cualquier conducta que realice el enfermo y le proporcione un sentido de control o dominio personal, puede ayudarle a sentirse capaz de combatir los sentimientos de desamparo y desesperanza. Dentro de esto, el retornar a las actividades que antes de la enfermedad eran importantes para el enfermo sirve para demostrarle que la vida puede volver a la normalidad (Romero, R. y cols.; 2000)

## **6.2 FACTORES SOCIALES Y ADAPTACIÓN**

Son numerosos y sólidos los datos que indican que las relaciones interpersonales afectan a la salud y la enfermedad. Existen estudios epidemiológicos prospectivos que muestran una mayor morbilidad y mortalidad en aquellos individuos con relaciones poco estrechas (Xavier Borràs, F.; 1992).

Se ha visto que el riesgo de morir es mayor en los viudos y en los solteros que en los casados, probablemente porque este vínculo emocional y afectivo con los otros no existe y no tienen quien les de soporte en diversas situaciones críticas. Por pequeños que sean estos lazos sociales cumplen una función muy importante en la preservación de la salud.

En función de múltiples estudios realizados parece cierto que los lazos sociales, incluso leves, protegen contra las enfermedades y sus consecuencias. De hecho, los que tienen pocas conexiones sociales tienen el doble riesgo de morir que aquellos que se relacionan mucho. Esta relación persiste después de estimar la contribución relativa de otras variables como: estado de salud, clase social, prácticas de salud y utilización del sistema sanitario. (Flórez, J., 1999; Costa, M. y López, E., 1986)

Uno de los elementos del contexto social que más se ha relacionado con la salud es el apoyo social. La experiencia clínica y una cantidad cada vez mayor de resultados de investigaciones empíricas sugieren con fuerza que el apoyo social juega un papel importante en la adaptación a la enfermedad, sobre todo en el ajuste a la enfermedad crónica (Berkman, 1984; Waltz y Bandura 1990; en Rodríguez, J., 1995; Perles, F., Martimortugués, C., 1997).

El apoyo social, constituye una dimensión clave para el bienestar de todo individuo, pareja, familia o grupo en general, especialmente en los momentos de estrés, de transición o de crisis, ayudando a proteger y mejorar la calidad de vida en las personas. (Font, A., 2000; Mc Cannell, 1985; Cooke y cols., 1988; en Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998).

De acuerdo con esto están Koopman y cols. (1998) que afirman que es una de las variables relevantes como moderadora de malestar psicosocial y facilitadora de ajuste y adaptación ante un estresor ( Sirgo, A., Gil, F.; 2000).

Así, el apoyo social parece ser uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general y a la enfermedad crónica en particular (Font, A., 2000; Rodríguez, J., 1995; Perles, F., Martimportugués, C., 1997).

Al respecto, Cutrona y Russell (1990) han desarrollado un modelo donde intentan explicar qué tipos de recursos de apoyo social son los más eficaces para afrontar diferentes clases de eventos vitales estresantes. Este modelo se basa en la investigación empírica y se construye sobre tres dimensiones:

Deseabilidad, referida a la naturaleza del suceso estresante, que puede tener matices positivos (como tener un hijo o recibir un ascenso), o negativos (como una enfermedad o la ruptura de una relación deseada).

Controlabilidad, o posibilidades de intervenir activamente en el contexto ambiental, facilitando o evitando el desarrollo de los acontecimientos que originan el estrés. el modelo predice que el apoyo emocional será más efectivo cuando se trata de acontecimientos incontrolables, mientras que el apoyo instrumental es más adecuado para eventos controlables.

Dominio vital, siguiendo el modelo de Stroebe y Stroebe (1983), que plantea que la naturaleza de la pérdida determina la naturaleza de los recursos requeridos para compensar dicha pérdida. De esta forma, ciertas crisis vitales inciden en déficit emocionales y en otras cuestiones más materiales; por lo que los recursos de apoyo tendrán que adecuarse a estas necesidades para conseguir mitigar el malestar experimentado (Perles, F., Martimportugués, C., 1997)

El apoyo social se puede traducir en ayuda socio-emocional, como el afecto, simpatía, empatía, comprensión emocional, aceptación, estimación y estimulación, o bien mediante el suministro de ayuda instrumental, como consejo, información, ayuda con la familia, ayuda económica y cambios laborales. Otros autores han incluido como parte del apoyo social los recursos materiales tangibles como dinero, instrumentos o equipos; y los posibles cambios, como pérdida de empleo o capacidad laboral, que se relacionan con la enfermedad (Font, A., 2000; Rodríguez, J., 1995).

Sus efectos en la adaptación pueden agruparse en dos perspectivas. La primera señala que el apoyo social es importante para el mantenimiento de la salud, para que la persona logre tener un mejor bienestar físico y psíquico, y cuente con mayores recursos que le permitan enfrentar de mejor modo el diario vivir. La segunda se refiere al efecto que tiene como moderador o amortiguador de los eventos de vida estresantes (Guerrero y cols., 1986; en Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998).

De acuerdo con esta última perspectiva, esta la hipótesis del efecto amortiguador del estrés o efecto de “Buffer”, que ha sido descrita ampliamente en la literatura (Aneshen-Heller y Swindle, 1982; Barrera y Ainlay, 1983; Billings y Moos, 1981; Heller y Swindle, 1983; Heller y cols., 1984; Holahan y Moos, 1982; Lin, Ensel, Simeone y Kuo, 1979; Monroe, 1983; Pérez, 1983; Turner y Noh, 1983; en Costa, M. y López, E., 1986)

Ella sostiene que, en condiciones de elevado estrés, el apoyo social protege a las personas de los efectos perjudiciales, facilitando de este modo los procesos de afrontamiento y adaptación; a través de dos modos (Gore, 1981; Cohen y Mac Kay, 1984; en Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998; Cobb, 1976; 1979; Cohen y Wills, 1985; Dean y Ling, 1977; Eckenrode y Gore, 1981; Thoits, 1982; en Rodríguez, J., 1995; ).

1.- Puede intervenir entre los acontecimientos vitales estresantes y la reacción de estrés, atenuando o previniendo las mismas. Los recursos dados por los otros pueden reducir o redefinir el daño potencial del estresor y/o la percepción sobre las destrezas de enfrentamiento, haciendo de este modo evaluaciones más benignas sobre la situación.

## **2.- Puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico, reduciendo o eliminando de este modo las reacciones de estrés, o por influencia en conductas de salud o procesos fisiológicos.**

Así mismo, se han diferenciado varias características estructurales de la red que afectan la cantidad o disponibilidad de apoyo social. Estas son (Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998; Rodríguez, J., 1995):

- Tamaño: número de personas que componen la red social.
- Densidad: grado de relación entre los miembros de la red, indicando la proporción de ligazones. Una alta densidad indica gran proporción de contactos entre sus miembros.
- Intensidad: grado de cercanía de la relación con los distintos miembros de la red. Algunos indicadores son la cantidad de tiempo, la intensidad emocional, la intimidad y los servicios recíprocos de la ligazón.
- Extensión: dispersión física de miembros.
- Dimensionalidad: se refiere a las distintas actividades u oficios que pueden desempeñar los miembros de una red.
- Homogeneidad: indica el grado de semejanzas y diferencias entre los miembros de una red, siendo en función tanto de atributos sociales como características demográficas y psicosociales, como actitudes, valores, etc.
- Puentes: se refiere a aquellas ligazones que son el único camino entre dos sujetos, grupos o redes sociales, e indican el único paso a través del cual interactúan individuos directamente relacionados al sujeto central, o con sujetos que integran otra red social.
- Dispersión: indica la facilidad con que los miembros de la red pueden establecer contactos cara a cara, en función tanto de la distancia geográfica, como de la distancia psicológica.

El apoyo social puede tener diferentes fuentes: la familia, los amigos, el equipo médico o los pacientes de grupos de autoayuda. El apoyo recibido por los médicos puede deducirse en parte de la satisfacción con la forma en que se recibe la información (Font, A., 2000).



Sin duda, específicamente en el cáncer, puede tener un efecto psicoterapéutico evidente mediante la neutralización del estrés asociado a la enfermedad y a sus tratamientos (Flórez, J., 1999).

Las investigaciones han comprobado como el apoyo social y la terapia de grupo consiguen reducir el consumo de analgésicos en pacientes con cáncer, al tiempo que mejoran los síntomas de disfunción cognitiva y sensorial y, especialmente, los síntomas depresivos. También acelera la curación y facilita el cumplimiento del tratamiento medico prescrito. Así mismo, puede conseguir una disminución del dolor crónico, potenciando la actividad diaria del paciente (actividades sociales, artísticas, culturales, conductas de autocuidado, de autoayuda) y reforzando su locus de control interno (Flórez, J., 1999)

Entre estas investigaciones se encuentran las realizadas por Fawzy en 1995. Este autor plantea que la acción de los grupos de apoyo social se traduce en el alivio del sufrimiento y de la angustia que acompaña al diagnóstico y evolución del cáncer (Flórez, J., 1999).

En sus estudios se ha puesto de manifiesto que el soporte social y la terapia de grupo, junto con otras técnicas de psicológicas (relajación, imaginación guiada y biorretroalimentación), producen una disminución en los niveles de ansiedad, así como una mejoría significativa de los diversos parámetros inmunológicos, tales como la actividad de las células NK, el aumento de linfocitos en la sangre periférica y la reactividad de los cultivos mixtos de linfocitos (Flórez, J., 1999).

Por el contrario, la ausencia de dicho apoyo social se correlaciona positivamente con la aparición de tendencias depresivas, paranoides, neuroticismo, ansiedad y otros cambios de personalidad. La privación del apoyo social (ya sea por su ausencia, ya por las estructuras rígidas del hospital) se va a traducir en un mayor número de complicaciones hospitalarias y en un incremento significativo del consumo de medicamentos (hipnóticos, sedantes y analgésicos) (Flórez, J., 1999)

También se ha analizado la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento. Haynes y Sackett (1974) realizaron una revisión de 25 estudios que abordaban el tema, de los cuales 16 encontraron una relación positiva entre el apoyo social y la adherencia a un tratamiento médico, un estudio mostró una relación negativa y ocho una relación no significativa. Baekeland y Lundwall (1975), en una revisión de diecinueve estudios, encontraron que, en todos ellos, la principal causa de incumplimiento del tratamiento fue el aislamiento social. Doherty y cols (1983) también han insistido en la capacidad del apoyo social para aumentar el seguimiento de las prescripciones médicas (Perles, F., Martimportugués, C., 1997)

Por otra parte, los estudios de Weisman y Worden (1971) encontraron que las buenas relaciones sociales estaban asociadas con una supervivencia más larga de lo esperado sobre la base del pronóstico en pacientes de cáncer terminal (Rodríguez, J., 1995)

Dentro del análisis de los factores sociales, quisiéramos referirnos en forma especial al papel de la familia y del sistema sanitario en la adaptación a la enfermedad.

#### *6.2.1 Sistema Familiar*

La familia como “unidad básica de comportamientos de salud- enfermedad “, interviene en la interpretación de los síntomas del enfermo, en el consejo y la prescripción de determinados tratamientos, apoya o no la automedicación así como la decisión de buscar ayuda profesional y el cumplimiento de un tratamiento, influye en el seguimiento de prácticas preventivas y, la mayoría de las veces, es parte fundamental del propio tratamiento (Huici, 1985, en Rodríguez, J., 1995).

Además, supone para el equipo terapéutico una fuente de apoyo tanto en la evaluación de las dificultades del paciente como la intervención o las mismas (Barreto y cols., 2000).

La familia, entendida como sistema (Minuchin, 1974), se ve afectada cuando uno de sus miembros “sufre” algún cambio (escolarización, independencia, matrimonio, accidente o enfermedad), reorganizándose tanto la estructura como las funciones de ese sistema familiar. La enfermedad provoca cambios radicales en el funcionamiento emocional del día a día de la familia, se da una ruptura de la rutina normal y se incrementan los niveles de estrés (Barreto y cols., 2000).

Sin duda, antes de realizar cualquier intervención, resulta fundamental evaluar el modo en que la familia esta afrontando la enfermedad y su funcionamiento a lo largo de esta experiencia (Barreto y cols., 2000).

A partir de los aportes de Beyebach (1995), Miller y Janosik (1980), Martocchio (1985) y Welch-MacCaffrey (1988); Barreto y cols. nos proponen que las principales áreas de evaluación serían:

- Historia de la enfermedad y estado actual del paciente.
- Estructura familiar (genograma) y ecología familiar.
- Funcionamiento familiar: habilidades sociales y de afrontamiento (énfasis en la comunicación); recursos de la familia, educación, apoyo social, capacidad de solución de problemas, capacidad de petición de ayuda; flexibilidad en los roles para una óptima adaptación a las crisis; establecimiento de límites y barreras.
- Percepción de la crisis: repercusión de la enfermedad en los planes vitales de la familia e impacto en el momento evolutivo familiar.
- Necesidades: información, emocionales, espirituales, apoyo, económicas, etc.
- Características psicológicas de los sujetos (a nivel individual).
- Necesidades inmediatas y peticiones de intervención de la familia.

Si bien pueden ser muchas las variables que influyen directamente la experiencia familiar del cáncer, merecen especial atención variables como la edad, tanto del paciente como de los familiares, el estadio de la

enfermedad, el rol que desempeña el paciente en el núcleo familiar y el tipo de funcionamiento previo a la experiencia de enfermedad (Barreto y cols., 2000).

Con respecto a la edad resulta fundamental tener en cuenta el impacto emocional diferencial en la familia que supone una enfermedad grave, según la edad del individuo que la padece. Así la posible muerte de un anciano, que ha atravesado distintas etapas de su vida cumpliendo funciones y ajustándose a lo que supone un ciclo vital completo presenta claras diferencias con la posible pérdida de un adulto joven, un adolescente o un niño (Barreto y cols., 2000).

Cuando las personas sanas comienzan a hacer proyectos estables de su futuro, aquellas que ven su vida amenazada por una enfermedad grave, han de interrumpir esta evolución teniendo que posponer esa etapa vital y cambiar esquemas funcionales enfrentándose a la vida con objetivos a corto plazo más que con posibles proyectos futuros (Barreto y cols., 2000).

La muerte de los niños muchas veces nos deja perplejos, ya que rompe con el esquema natural de funcionamiento habitual. La vida nos enseña a aceptar como inevitable la muerte de nuestros mayores, pero parece antinatural asistir a la muerte nuestros hijos, quienes están destinados a sobrevivirnos (Barreto y cols., 2000).

La edad de los miembros de la familia no enfermos también es fundamental a la hora de entender las respuestas del núcleo familiar y poder proporcionar una ayuda eficaz (Barreto y cols., 2000).

El cáncer puede frenar el desarrollo y exacerbar las dificultades asociadas a la problemática de la individuación del adolescente. Estos mismos autores resaltan como la experiencia de la enfermedad, las necesidades, las preocupaciones, las reacciones emocionales, cognitivas y comportamentales varían según la evolución cognitiva y afectiva del paciente y de sus allegados (Barreto y cols., 2000).

Por lo que se refiere al estadio de la enfermedad, éste ejerce también una notable influencia en la situación familiar. Las posibilidades terapéuticas influyen decisivamente en la creación de un clima de esperanza en el seno

familiar que mitiga el estrés producido por la amenaza inicial del diagnóstico. Por el contrario cuando el estadio de la enfermedad es avanzado, surgen otras dificultades entre las que destacan el afrontamiento de la pérdida irreversible e inminente (Barreto y cols., 2000).

En relación al rol que desempeña el paciente en la familia, este debe ser contemplado también como una variable muy relevante. Tomando en cuenta las funciones tradicionales, es diferente si se trata del cabeza de familia que sostiene la economía, de la madre que cuida del funcionamiento familiar cotidiano o del hijo que en principio debería estar rebosante de salud. En todos los casos, el evento supone una gran fuente de estrés para el núcleo familiar, pero las implicancias y consecuencias son muy diferentes (Barreto y cols., 2000).

Por otra parte, la adaptabilidad familiar hace referencia a la capacidad de la familia de cambiar su estructura de poder, sus roles y relación con las reglas y normas en situaciones de elevado estrés o crisis evolutivas. Las familias con alta adaptabilidad se caracterizan por flexibilidad en el cambio de roles y normas familiares, mientras que las familias de baja adaptabilidad o rígidas se caracterizan por su falta de capacidad de cambio en situaciones de estrés (Barreto y cols., 2000).

De acuerdo a esto, Barreto y cols. destacan como variables claves del funcionamiento familiar que favorecen la adaptación las siguientes:

- La flexibilidad, que permite la reorganización y los cambios de roles (la adaptabilidad)
- Las relaciones intra y extra familiares (cohesión) que permiten y favorecen la expresión de preocupaciones (comunicación)
- La capacidad de recurrir con confianza al sistema sanitario.

En las situaciones de estrés, la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones se ve significativamente afectada. Es por ello que un entrenamiento de las familias en técnicas sistemáticas de resolución de problemas les proporciona una respuesta más efectiva ante las dificultades y tareas de decisión con las que se van

a enfrentar durante el proceso de la enfermedad. Esto ayuda a un afrontamiento más efectivo de los retos que la enfermedad plantea (Barreto y cols., 2000).

Razavi y cols., en 1994, demuestran que una mayor participación de la familia, redundará claramente en una mejor adaptación de todo el sistema (Barreto y cols., 2000).

### *6.2.2 Sistema Sanitario*

Todas las actividades implicadas en el concepto de Psicología de la Salud son resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud; por lo que se desarrollan y se aprenden en dicha interacción (Rodríguez, J., 1995).

Entre los intereses de esta disciplina se encuentra la investigación sobre el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes. Así mismo, como lo mencionara Matarazo en su definición, también está el interés por contribuir a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria. (Latorre y Beneit, 1992; Quirós, M. y Tala, K., 1999; Bravo, P. y Silva, L., 1998).

Un concepto útil para abordar esta tarea ha sido el de Calidad de Atención. Judith Bruce, coincidiendo con otros documentos internacionales, en el documento de trabajo del Population Council, define seis elementos que componen la Calidad de Atención en Salud (Busto, M., 1994):

- 1.- Elección del método: Se refiere al número de métodos (intervenciones, tipos de medicamentos, alternativas terapéuticas, etc) con que el servicio cuenta y si ello responde a las necesidades específicas de las características de las poblaciones atendidas.

2.- Información dada a los clientes: Se refiere a la entrega de la información dada y considera que esta debe incluir las ventajas y desventajas, los posibles efectos secundarios, detallar bien el método de intervención elegida, etc.

3.- Competencia técnica: Incluye desde la preparación del personal de salud para efectuar la tarea específica, hasta la evaluación del desempeño en la práctica.

4.- Relaciones interpersonales: Se refiere a la interacción entre el usuario y el personal de salud durante la atención misma. Se mide a través de factores como: saludar y hablar por el nombre; acoger los temores del consultante; verificar si la persona ha entendido la información. En esta área es donde se consideran aspectos éticos como el consentimiento informado.

5.- Continuidad y mecanismos de seguimiento: Se refiere a las medidas explícitas para asegurar la mantención del contacto y la evolución de los cambios, adecuándolos a las diferentes etapas de un proceso. También incorpora el seguimiento en las evaluaciones.

6.- Constelación apropiada de servicios: Se refiere a que cada enfermedad debe contar con el apoyo de servicios que permitan introducir mayor información, educación y cambios en comportamientos relacionados, como aprovechar esa instancia para entregar información.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Chile, a partir de las propuestas de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud, entiende por Calidad de Atención “la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, que logre la adhesión y satisfacción del usuario”.

Sobre esta base describen cuatro componentes principales de la calidad de atención (MINSAL, 1995; en Quirós, M. y Tala, K., 1999):

- El manejo técnico de la salud y la enfermedad
- La relación interpersonal entre los proveedores de la atención y de estos con los usuarios o clientes
- Los principios éticos que regulan la atención en salud
- Los elementos de apoyo o amenidades de la atención.

Con fines prácticos, dentro de las dimensiones de la calidad de atención que es posible evaluar, mencionan (MINSAL, 1998; en Quirós, M. y Tala, K., 1999):

- Efectividad: Medida en que una determinada tecnología, práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población que la recibe, considerando los recursos disponibles o en condiciones de uso normales.
- Accesibilidad: Facilidad con que la atención sanitaria puede ser obtenida por los usuarios y está influida por aspectos organizacionales, geográficos y culturales. En la práctica existen una serie de barreras entre el usuario y el sistema de salud. El sistema prestador del servicio de salud debe tratar de identificarlas para eliminarlas o atenuarlas.
- Satisfacción: Medida en la que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.



Esta última dimensión se incluye o se confunde con el concepto de aceptabilidad ya que éste último incluye la satisfacción del paciente, el cumplimiento o grado de colaboración del mismo, definida como la medida en que éste acepta y cumple el plan de tratamiento y cuidados prescritos.

En todo caso, llámese satisfacción o aceptabilidad, es fundamental tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello.

Para algunos autores la satisfacción del usuario constituye el indicador más relevante en el monitoreo de la calidad de atención y su medición el pilar fundamental en el mejoramiento continuo de los servicios clínicos. Es decir, la importancia de evaluar la opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio que están recibiendo, es la herramienta que permite al servicio sanitario mejorar la atención ofrecida (Alcayaga y Segovia, 1998; Guzmán, 1987; en Quirós, M. y Tala, K., 1999)

Existen áreas de la atención que los usuarios suelen vincular con la calidad de los servicios. Ellas son (MINSAL, 1998):

## 1. Aquellas vinculadas con la organización de la atención

### 1.1. Accesibilidad en términos de:

- Distancia entre el domicilio y el establecimiento
- Tramitación de ingreso al sistema

- Información adecuada, clara, oportuna y verás
- Tiempo de espera
- Disponibilidad de horas de atención
- Señalización suficiente y adecuada
- Posibilidad de participar y opinar
- Continuidad de la atención entre niveles del sistema.

#### 1.2. Costo de la atención

- Costo del transporte
- Costo de la atención propiamente tal
- Costos derivados de la atención

#### 1.3. Infraestructura de los establecimientos

- Calidad de los edificios
- Mantenimiento y aseo de las instalaciones

### 2. Aquellas vinculadas con la calidad técnica de la atención

- #### 2.1. Trato personalizado: que lo llamen por su nombre, sin tuteos ni apelativos para dirigirse a él, que sepa quien o atiende, que lo atiendan con privacidad, se haga un manejo confidencial de la información que él entrega, que se le mire a la cara. Que reciba información precisa, clara, en un lenguaje comprensible, en un tiempo adecuado, dado por una persona responsable.

2.2. Atención técnicamente adecuada: historia clínica, examen físico, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y control. Exámenes de diferente tipo, oportunos y de buena calidad. Entrega de medicamentos completa, oportuna y de buena calidad. Conocer el nombre de quien provee la atención.

Estas áreas han dado lugar a determinar los factores más importantes dentro de la satisfacción usuaria, que serían (Quirós, M. y Tala, K., 1999):

- Las expectativas que el usuario tiene sobre el dispositivo de salud y el profesional del sistema de salud que lo atiende (satisfacción de las necesidades básicas)
- Las condiciones reales del sistema que recibe el usuario (infraestructura física)
- El tipo de relación interpersonal que se establece entre el usuario y el profesional de salud (calidad del recurso humano)

Al evaluar la satisfacción usuaria nos interesa conocer: las expectativas del paciente, y luego el grado de cumplimiento de estas por parte del sistema sanitario; la reacción del receptor de atención a aspectos importantes de su experiencia en relación con los Servicios de Salud; la evaluación cognitiva de la reacción emocional del usuario, a la estructura, proceso y resultado de los Servicios de Salud, las actitudes, creencias y percepciones de los usuarios, en relación con los Servicios de Salud. Por último, el estado de satisfacción es entendido como que lo recibido es técnicamente bueno, humanamente agradable y contribuye a resolver un problema físico y/o psicosocial. (MINSAL, 1998; en Quirós, M. y Tala, K., 1999):

La satisfacción del usuario es particularmente importante cuando se trata de enfermos crónicos ya que en estas circunstancias pasa a ser un componente de su calidad de vida, como es el caso de los enfermos de cáncer (Guzmán, 1987; en Quirós, M. y Tala, K., 1999).

Además, este concepto explica directamente algunas conductas referentes a salud, como son la conformidad y la adherencia a tratamientos médicos, una disminución en el tiempo de hospitalización de los pacientes y un aumento en el cumplimiento de las prescripciones médicas (Guzmán, 1987; en Quirós, M. y Tala, K., 1999)

Sin duda, el establecimiento de una relación interpersonal adecuada entre el profesional de salud y el paciente es una variables importante para el éxito de los cuidados de salud. Se debe recordar que toda relación terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal (Rodríguez, J., 1995).

Una de las quejas más comunes entre los usuarios de los servicios de salud, tiene relación con las dificultades que se encuentran en la comunicación; por lo que el análisis de la estructura y la dinámica del proceso de comunicación, y de los factores que los facilitan u obstaculizan, es una cuestión importante a considerar, en el marco específico de la interacción profesional sanitario- enfermo (Morales, 1985, en Rodríguez, J., 1995).

El profesional de salud y el paciente establecen un sistema relacional, donde ambos se están influyendo mutuamente, por lo que el profesional no solo debe estar atento a la comunicación verbal y no verbal del paciente, sino que además debe tener en cuenta la

comunicación que él mismo está trasmitiendo (Latorre y Beneit, 1992; Quirós, M. y Tala, K., 1999)

Algunas investigaciones se han centrado en la relación entre el profesional de salud y el paciente, como una fuente importante de problemas relacionados con la satisfacción y el cumplimiento de las recomendaciones por parte del paciente. (Quirós, M. y Tala, K., 1999)

Según Latorre y Beneit (1992), la falta de una comunicación positiva con los pacientes repercute de manera negativa en el cumplimiento de las prescripciones médicas y en el proceso de curación, alargando muchas veces el período de hospitalización (Quirós, M. y Tala, K., 1999)

Por su parte, Dakof y Taylor (1990) realizaron un estudio con pacientes con cáncer encontrando que el apoyo emocional era valorado más eficazmente cuando provenía de personas cercanas, como la pareja, la familia o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informacional, las fuentes más valoradas eran otros pacientes de cáncer y el equipo sanitario (Perles, F., Martimportugués, C., 1997)

## **CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO**

### **1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Desde el punto de vista del nivel de conocimiento que se alcanza, esta investigación tiene el carácter de estudio descriptivo y se basa en análisis estadístico de datos.

### **2. TIPO DE DISEÑO**

Se utilizó un diseño de investigación no experimental, de tipo descriptivo y corte transeccional, con las siguientes fases:

#### **FASE 1**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los principales modelos teóricos, propuestas de intervención, instrumentos de evaluación e investigaciones referidas a pacientes oncológicos.

A partir de ella se obtuvo un marco conceptual adecuado para sustentar la selección de las dimensiones a considerar en el instrumento.

#### **FASE 2**

Se procedió a definir las dimensiones, identificar los indicadores y a elaborar los ítem que podría considerar el instrumento.

#### **FASE 3**

Con el fin de establecer la validez de contenido muestral de los ítems, se sometió el instrumento a juicio de expertos por psicólogos que trabajan ya sea con pacientes oncológicos o en el área de la salud, y por médicos oncólogos

Para esto se entregó en un primer momento la definición las dimensiones y sub-dimensiones en estudio a través de reactivos que se incluirían en el test (*ANEXO N°10*).

Posteriormente se analizaron los alcances realizados por los expertos y se procedió a la exclusión e inclusión de reactivos quedando conformado el cuestionario por preguntas con respuestas tipo Likert.

#### FASE 4

Se Calculó del coeficiente de concordancia de Kendal para verificar la consistencia de los expertos consultados.

#### FASE 5

Determinación de la validez de contenido muestral del instrumento.

#### FASE 6

Aplicación del instrumento Piloto

#### FASE 7

Se procedió al análisis psicométrico preliminar de los datos arrojados por el instrumento piloto en términos de:

- Cálculo de coeficiente de confiabilidad  $\alpha$  de Crombach
- Determinación de la validez de constructo factorial a través de análisis factorial exploratorio.

#### FASE 8

Obtención y análisis de resultados.

## FASE 9

Conclusiones del estudio

### **3. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO**

**El estudio se realizó con pacientes oncológicos que reciben atención en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ubicado en Av. Santos Dumont # 999, Santiago de Chile.**

### **4. UNIVERSO- MUESTRA**

#### **4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis se referirá al segmento pacientes diagnosticados con cáncer.

#### **4.2 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO**

El universo corresponde a todos aquellos pacientes chilenos que reciben tratamiento oncológico.

#### **4.3. MUESTRA**

##### *4.3.1. Tipo de muestra*



Muestreo no probabilístico e intencionado de la institución, basado en la red de servicios y especialidades que ofrece el Hospital. Además por ser una institución universitaria que contempla dentro de sus objetivos el realizar investigación.

Muestreo por conveniencia de los pacientes, basado en su motivación para participar en el estudio.

#### 4.3.2. *Confección de la muestra.*

**Se realizaron contactos personales y escritos con los jefes de los Servicios de Oncología y Hematología Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; por ser esta una de las instituciones de mayor cobertura nacional, especialización e investigación en el país. Se solicitó acceso los pacientes atendidos y a sus fichas clínicas.**

**Posteriormente se entregó una carta de invitación, para participar en la investigación, a todos los pacientes que asistieron a dichos servicios (ANEXO**

**N° 1).**

**De acuerdo a la motivación de los pacientes, estos asistían donde la investigadora quién luego de explicar los objetivos del estudio y de recibir el**

**consentimiento informado (ANEXO N°2) de los pacientes procedía a aplicar el instrumento de evaluación.**

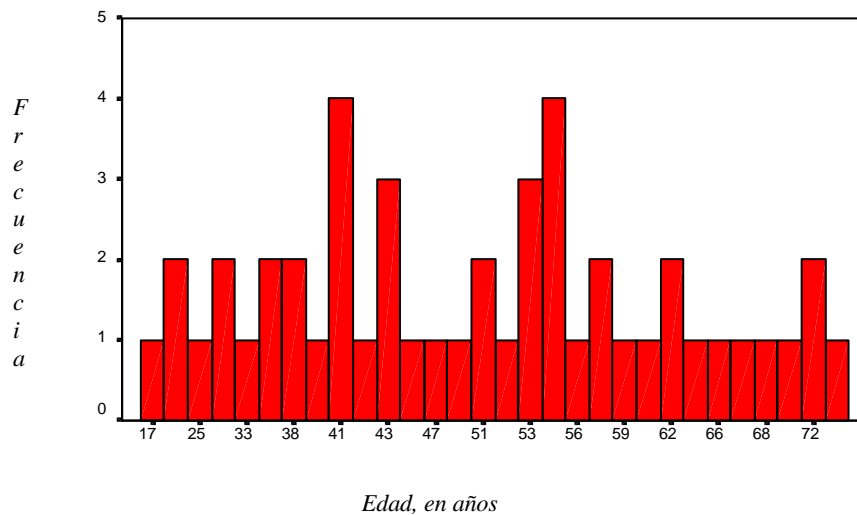
*4.3.3. Características de la muestra*

La muestra final estuvo constituida por un total de 48 pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben atención en los Servicios de Oncología y Hematología Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Las “*características sociodemográficas*” de la muestra se presentan a continuación:

**A) EDAD**

**Gráfico N° 1: EDAD DE LA MUESTRA**



Edad	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
17	1	2,1
19	2	6,3
25	1	8,3
31	2	12,5
33	1	14,6
36	2	18,8
38	2	22,9
40	1	25,0
41	4	33,3
42	1	35,4
43	3	41,7
46	1	43,8
47	1	45,8
50	1	47,9
51	2	52,1
52	1	54,2
53	3	60,4
54	4	68,8
56	1	70,8
58	2	75,0

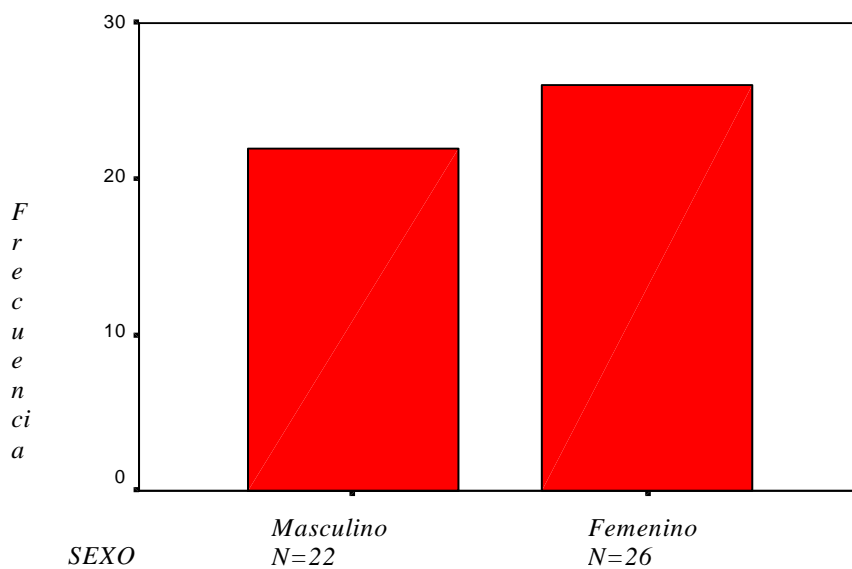
59	1	77,1
61	1	79,2
62	2	83,3
65	1	85,4
66	1	87,5
67	1	89,6
68	1	91,7
69	1	93,7
72	2	97,9
77	1	100,0
Total	48	

N	48
Media	48,79
Desviación Std.	14,45
Mínimo	17
Máximo	77

Como se puede observar la media de edad de la muestra es de 48 años, concentrándose el mayor N° de sujetos entre los 41 y 57 años aproximadamente.

## B) SEXO

**Gráfico N°2: SEXO DE LA MUESTRA**

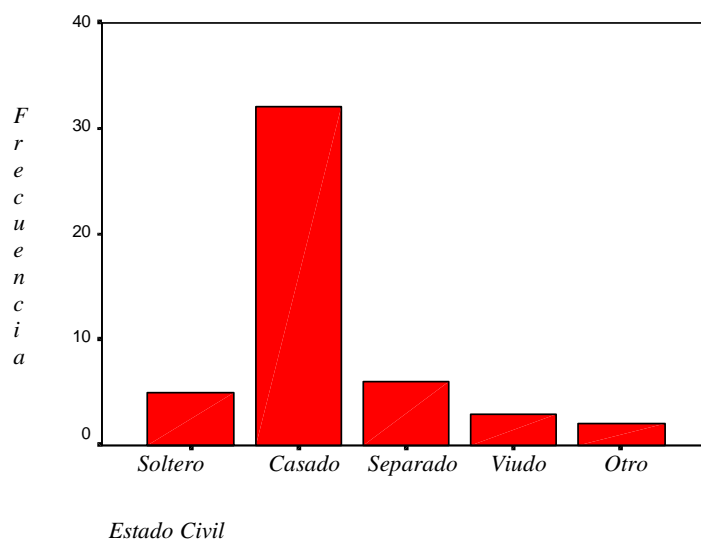


Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	22	45,8	45,8
Femenino	26	54,2	100,0
Total	48	100,0	

Como se observa, la muestra estaba compuesta por un 54,2% de Hombres y un 45,8% de mujeres.

### C) ESTADO CIVIL

**Gráfico N° 3: ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA**



Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	5	10,4	10,4
Casado	32	66,7	77,1
Separado	6	12,5	89,6
Viudo	3	6,3	95,8
Otro	2	4,2	100,0
Total	48	100,0	

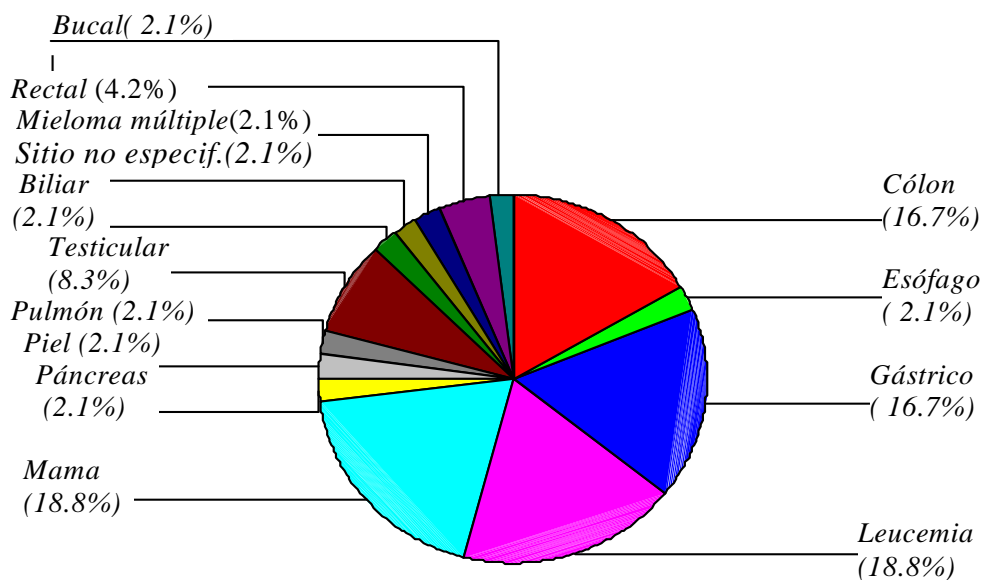
Con respecto al estado civil, el 66,7% de la muestra correspondía a personas casadas, los separados eran el 12,5% de la muestra, solteros representaban el 10,4%, le seguían los viudos con un 6,3% y finalmente un 4,2% de la muestra se clasificó como otro, y correspondía a personas que convivían con sus parejas.

Finalmente, las “*características clínicas*” de la muestra son:

#### D) TIPO DE CÁNCER

Tipo de Cáncer	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Cólon	8	16,7	16,7
Esófago	1	2,1	18,8
Gástrico	8	16,7	35,4
Leucemia	9	18,8	54,2
Mama	9	18,8	72,9
Páncreas	1	2,1	75,0
Piel	1	2,1	77,1
Pulmón	1	2,1	79,2
Testicular	4	8,3	87,5
Biliar	1	2,1	89,6
Sitio no especificado	1	2,1	91,7
Mieloma múltiple	1	2,1	93,7
Rectal	2	4,2	97,9
Bucal	1	2,1	100,0
Total	48	100,0	

**Gráfico N°4: TIPO DE CÁNCER DIAGNOSTICADO**



Los tipos de cáncer de más alta incidencia en la muestra son: el cáncer de mama y las leucemias con un 18,8% cada uno. Le siguen el cáncer de cólon y el gástrico con un 16.7%.

**E) TIEMPO DE INFORMADO EL DIAGNÓSTICO**

N	48
Media	11,23 meses

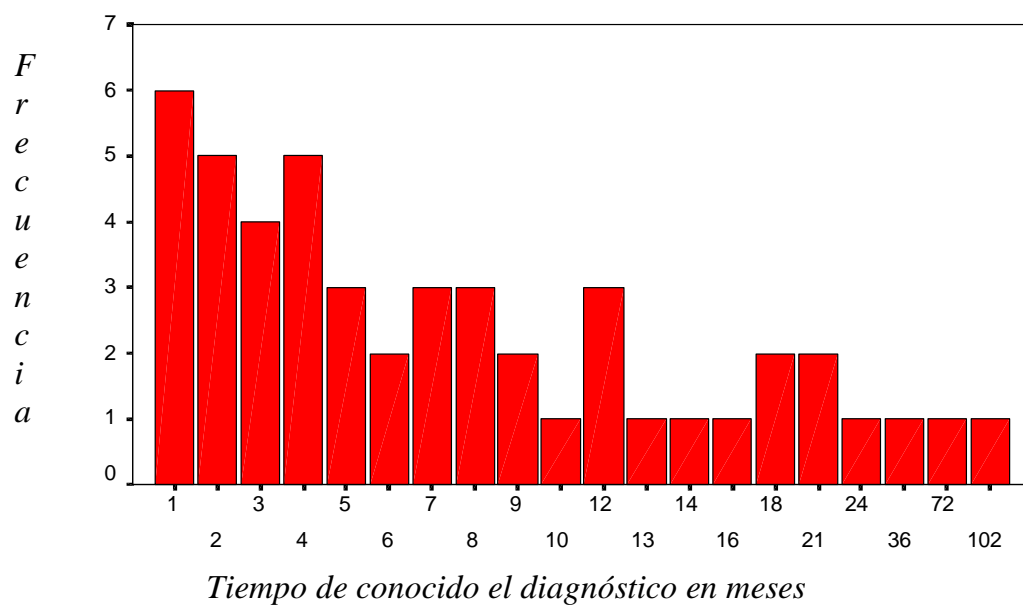


Desviación Std.	17,79 meses
Mínimo	1 mes
Máximo	102 meses

Tiempo de conocido el diagnóstico, en meses	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1	6	12,5	12,5
2	5	10,4	22,9
3	4	8,3	31,3
4	5	10,4	41,7
5	3	6,3	47,9
6	2	4,2	52,1
7	3	6,3	58,3
8	3	6,3	64,6
9	2	4,2	68,8
10	1	2,1	70,8
12	3	6,3	77,1
13	1	2,1	79,2
14	1	2,1	81,2
16	1	2,1	83,3
18	2	4,2	87,5

21	2	4,2	91,7
24	1	2,1	93,7
36	1	2,1	95,8
72	1	2,1	97,9
102	1	2,1	100,0
Total	48	100,0	

***Gráfico N° 5: TIEMPO DE CONOCIDO EL DIAGNÓSTICO***



Por último el 52.1% de la muestra había sido diagnosticado de cáncer hace 6 meses o menos.

## 5. INSTRUMENTOS

### 5.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Al no existir un instrumento específico para la medición del afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica en general, ni instrumentos similares adaptados y/o validados en población chilena; se creó un Cuestionario de “Estimación del Afrontamiento y Recursos para hacer frente al Estrés de la Enfermedad Oncológica”. El propósito de este instrumento de evaluación es dar cuenta del estado de un conjunto de variables que, de acuerdo con antecedentes teóricos recavados, incidirían en el proceso de afrontamiento y adaptación al estrés del diagnóstico y enfermedad oncológica.

#### *5.1.1. Procedimiento de construcción del instrumento*

La construcción del instrumento “Estimación del Afrontamiento y Recursos para hacer frente al Estrés de la Enfermedad Oncológica” (Bravo, P., 2001), se basó en la teoría y metodología clásica de construcción de test psicológicos.

En primer lugar, se realizó un análisis exhaustivo de la información teórica acerca de los aportes de la Psicología de Salud, la Psicooncología, y los modelos sobre estrés y afrontamiento; al estudio de la adaptación al estrés de la enfermedad oncológica.

A partir de este análisis se determinó la relevancia de las dimensiones, sub-dimensiones e indicadores a evaluar. Posteriormente se analizaron instrumentos de evaluación relacionados con el tema.

Con esta información, se procedió a la construcción de los ítems de la prueba. La escala original estaba compuesta por 100 ítems distribuidos en 3 grandes dimensiones, divididas en 10 sub-dimensiones reflejadas a través de 25 indicadores.

En segundo lugar, estos ítems fueron sometidos a juicio de expertos; por un total de 10 personas (psicólogos y médicos oncólogos).

En tercer lugar, se calculó la consistencia del juicio de expertos, siendo el valor inicial  $W = 0,229$ ;  $p = 0,000$

En cuarto lugar, se determinó la validez del contenido muestral a través de análisis factorial exploratorio.

Y de esta manera se definió una prueba piloto, compuesto por 55 ítems (*ANEXO N° 3*) evaluados por medio de una escala tipo Likert compuesto por 3 alternativas a las que se les asignó un valor de 1 a 3 puntos. Siendo el valor de concordancia final de los expertos  $W = 0,077$ ;  $p = 0,889$ .

Este instrumento piloto se aplicó a la muestra antes mencionada y se procedió al análisis psicométrico asistido por ordenador Software SPSS v. 9,0 para windows, preliminar de los datos arrojados por el instrumento piloto en términos de:

- Confiabilidad a través de  $\alpha$  de Crombach.
- Determinación de la validez de constructo factorial a través de análisis factorial exploratorio

### *5.1.2. Descripción del instrumento*

El instrumento final quedó constituido por un total de 43 ítems (*ANEXO N° 4*) con un alfa de crombach (consistencia interna) de  $\alpha = 0,7504$  (*ANEXO N° 5*); divididos en 3 factores y 10 subdimensiones que explican el 33.882 % de la varianza (*ANEXO N°6*). Estos factores están relacionados con la teoría.

A continuación se presenta un cuadro resumen con la estructura del instrumento.

### Estructura Cuestionario

#### “Estimación del Afrontamiento y Recursos para hacer frente al

#### Estrés de la Enfermedad Oncológica”

(Bravo, P., 2001)

<b>I FACTOR</b> “Percepción del Diagnóstico de la Enfermedad”	N° de Items=16 $\alpha=0,6914$ Varianza= 62,674% (ANEXO N° 7)	Amenaza	9-1-3-10-27-33-30
		Desafío	7-14-16-29
		Pérdida	6-13-28-11-8
<b>II FACTOR</b> “Afrontamiento”	N° de Items= 14 $\alpha= 0,7063$ Varianza= 61,600% (ANEXO N° 8)	Incidencia de la enfermedad en los Recursos Económicos y Sociales	36-40-42-43-41
		Estrategias Aproximativas	2-5-12-19
		Estrategias Evitativas	4-25-23-24-22
<b>III FACTOR</b> “Factores Asociados”	N° de Items=13 $\alpha= 0,6596$ Varianza= 67,849% (ANEXO N° 9)	Sistema Sanitario	38-18-39-17-37
		Negación	20-32-31-21-26
		Apoyo social	35-34-15

## 5.2. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos se sometieron a un análisis estadístico asistido por ordenador

**(Software SPSS for Windows v9.0), interpretando los resultados a la luz de los antecedentes teóricos. Se analizaron diferencias significativas obtenidas por los grupos de sujetos en cada una de las subdimensiones, a través de pruebas:**

-Paramétricas (Análisis de Varianza y T de Student)

-Pruebas no paramétricas (Mann- Whitney U y Kruskal-Wallis H).

## **6. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN**

### **6.1. FIABILIDAD**

La fiabilidad externa se controló a través de la recolección de datos en forma estandarizada por medio del instrumento y la fiabilidad interna por medio del cálculo de  $\alpha$  de Crombach (criterio estadístico).

### **6.2. VALIDEZ**

La validez externa no se pudo controlar ya que no existen test similares estandarizados en Chile y controlar esta validez significaba otro tipo de estudio. Tampoco se contaba con ninguna medida de contraste con la cual comparar los resultados del test o las características de la muestra.

La validez interna se controló a través de la técnica de validez de la elaboración o hipótesis de trabajo; es decir, la utilización de la metodología estadística y su correspondencia a los modelos teóricos de trabajo, además de los índices de validez obtenidos por el instrumento.

## **CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

En el presente capítulo, se expondrán los resultados obtenidos en esta investigación.

En primer lugar nos referiremos a los Factores y Escalas evaluadas por el instrumento “Estimación del Afrontamiento y Recursos para hacer frente al Estrés de la Enfermedad Oncológica”.

En su concepción teórica, a partir del supuesto de que la situación de diagnóstico de cáncer es un evento estresante en sí mismo para la mayoría de los sujetos; el instrumento pretendía evaluar tres grandes dimensiones: Percepción del diagnóstico de la Enfermedad, Implementación de Estrategias de Afrontamiento y Factores Asociados al Afrontamiento y Adaptación a la Enfermedad.

La primera dimensión, llamada “*Percepción del Diagnóstico de la Enfermedad*”, hace referencia al grado de amenaza que representa el diagnóstico de cáncer para el paciente. Esta dimensión correspondería a lo que Lázarus y Folkman llaman “Evaluación cognitiva” en su “Teoría Transaccional del Estrés”.

Las sub-dimensiones que la componen fueron definidas de acuerdo a las distinciones que hacen Moorey y Greer en su “Esquema de supervivencia” sobre los estilos de afrontamiento que los sujetos pueden desarrollar frente al diagnóstico de cáncer.



Se escogieron estas definiciones por su adecuación teórica; y por la existencia de un instrumento desarrollado por los autores (Mental Adjustment of Breast Cancer, MAC), que podría servir posteriormente, como punto comparación y/o validación de la dimensión y sub-dimensiones, en futuras investigaciones. Así, las sub-dimensiones consideradas fueron:

- A) **Desafío:** Se considera el diagnóstico y la enfermedad como un reto personal que uno considera que puede y debe superar y vencer. Esta sub-dimensión se reflejaría en indicadores como: Actitud positiva y Espíritu de lucha
  
- B) **Amenaza:** Se evalúa el diagnóstico y la enfermedad como algo que supone un riesgo para la propia salud, tanto física como mental, ya que arriesga uno la vida en ello. Entraña un estado de incertidumbre tanto acerca de la capacidad de control personal sobre la enfermedad, sobre la capacidad para vencerla así como sobre las posibilidades de un futuro lo cual suele llevar a la preocupación ansiosa. Sus indicadores son: Preocupación ansiosa e Incertidumbre sobre el futuro.
  
- C) **Negación:** Existe un rechazo a admitir la realidad tal y como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que uno padece no es realmente cáncer y que el médico se equivocó al comunicar un diagnóstico de este tipo. Se reflejaría en no creer que se está enfermo y ciertas conductas de tipo evitativo.
  
- D) **Pérdida:** Se evalúa el diagnóstico como una pérdida del estado de bienestar y/o de algo que nunca se va a recuperar. La pérdida lleva o bien al fatalismo (resignación y dejarlo todo en manos de otras personas) o al desamparo / desesperanza, “nadie ni nada puede hacer algo por mí, estoy irremediablemente perdido y no tengo salvación posible”. Los indicadores son: Fatalismo, Actitud negativa, Resignación y Desesperanza.

La segunda dimensión, llamada “*Implementación de Estrategias de Afrontamiento*”, intenta dar cuenta del tipo de estrategias de afrontamiento que el paciente ha implementado para hacer frente al estrés de la enfermedad. Se entiende por afrontamiento todos aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales, 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. Se distinguieron dos sub-dimensiones:

- A) *Estrategias Aproximativas*: Incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el estrés, o las emociones negativas concomitantes, ya sean de índole afectivas, cognitivas y/o instrumentales.
  
- B) *Estrategias Evitativas*: incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes. Sus indicadores serían las estrategias evitativas de tipo afectivo, cognitivo y/o instrumentales.

La tercera dimensión, llamada “*Valoración de Recursos*”, se refiere a la valoración que realiza el paciente del estado de ciertas variables que, de acuerdo con los antecedentes teóricos, podrían incidir de forma positiva o negativa en el proceso de afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica. Se consideraron las siguientes sub-dimensiones:

- A) *Percepción de Control Personal:*** Tiene que ver con la medida en que la persona piensa que es capaz de controlar los acontecimientos mediante su conducta, capaz de tomar decisiones y realizar acciones que produzcan resultados deseados y eviten los indeseados (Rotter, 1966; Rodin, 1987; en Rodríguez, J., 1995). Esta sub-dimensión teóricamente estaba muy relacionada con la sub-dimensión de Desafío evaluada en la dimensión anterior. Sus indicadores fueron: Expectativas de autoeficacia, Incontrolabilidad y el requerir Información como forma de obtener cierto grado de control.
- B) *Apoyo Social:*** Percepción subjetiva de la ayuda y apoyo emocional o instrumental que proporciona la red social. Sus indicadores fueron: Comunicación con la familia, amigos y otras redes; así como la Satisfacción con el apoyo social recibido.
- C) *Sistema Sanitario:*** Se refiere a los factores que surgen en la interacción con los profesionales del sistema sanitario ó que tienen relación con el tratamiento. Sus indicadores fueron la adherencia al tratamiento y la satisfacción con el cuidado médico.
- D) *Incidencia en la Calidad de Vida:*** Valoración que el paciente hace de la medida en que el estado de su salud ha afectado a diferentes aspectos de su vida cotidiana (Font, A., 2000). Los indicadores serían la Capacidad de disfrute, la Incidencia de la enfermedad en la Capacidad Laboral y los Problemas económicos derivados de la enfermedad.

No obstante, luego de los análisis factoriales de la aplicación piloto y de realizar algunas modificaciones en el instrumento, los ítems y las sub-dimensiones, que correspondían teóricamente a las dimensiones se reagruparon.

Las modificaciones realizadas se refieren a la eliminación de 12 ítems de la prueba piloto, por su bajo aporte a la confiabilidad del instrumento. Los ítems eliminados fueron los siguientes: 1, 3, 7, 13,19,31,32,33,34,35, 51, 55; según su numeración en la prueba piloto (*ANEXO N° 3*).

El instrumento final quedó compuesto por 43 ítems que, luego de ser nuevamente numerados, fueron sometidos a análisis factorial, agrupándose en 3 grandes factores (*ANEXO N°4*)

El Primer Factor quedó compuesto por 3 escalas, cuyos ítems hacen referencia a las sub-dimensiones de Amenaza, Pérdida y Desafío, por lo que el factor fue nombrado “Percepción del Diagnóstico de la Enfermedad”. Los ítems indicadores de negación se reagruparon en una escala del Tercer Factor.

El Segundo Factor, que conservó el nombre de “Implementación de estrategias de Afrontamiento”, quedó compuesto por 3 escalas cuyos ítems corresponden a las sub-dimensiones de Estrategias Aproximativas, Estrategias Evitativas y una nueva escala. Esta nueva escala fue llamada “Incidencia de la Enfermedad en los Recursos Económicos y Sociales” ya que contiene (en su mayor parte) los ítem indicadores de la sub-dimensión Incidencia en la Calidad de Vida, propuesta originalmente.

El Tercer Factor recibió el nombre de “Factores Asociados”. Quedó compuesto por tres escalas llamadas Sistema sanitario, Negación y Apoyo Social, por la similar configuración de sus ítem con los propuestos originalmente para las sub-dimensiones del mismo nombre.

Los rangos en que pueden variar las puntuaciones de cada una de las escalas del instrumento final se presentan a continuación.

- A) Amenaza:           Puntaje mínimo 7 puntos  
                          Puntaje máximo 21 puntos

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala, bajo 14 puntos indican mayor presencia de la variable; es decir que el sujeto percibe como amenazante la enfermedad.

- B) Desafío:            Puntaje mínimo 4 puntos  
                          Puntaje máximo 12 puntos

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala, bajo 8 puntos indican mayor presencia de la variable; es decir que el sujeto percibe la enfermedad como un desafío.

- C) Pérdida:           Puntaje mínimo 5 puntos  
                          Puntaje máximo 15 puntos.

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala, bajo 10 puntos, indican mayor presencia de la variable; es decir que el sujeto percibe la enfermedad como una pérdida de su estado de bienestar.

D) Incidencia de la Enfermedad en los Recursos Sociales y Económicos.

Puntaje mínimo 5 puntos

Puntaje máximo 15 puntos

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala, bajo 10 puntos indican mayor presencia de la variable; es decir, que la enfermedad a incidido de manera negativa en los recursos económicos y sociales del sujeto.

E) Estrategias Aproximativas: Puntaje mínimo 4 puntos

Puntaje máximo 12 puntos

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala, bajo 8 puntos indican mayor presencia de la variable; es decir, que el sujeto a implementado estrategias de tipo aproximativo para hacer frente a la enfermedad.

F) Estrategias Evitativas: Puntaje mínimo 5 puntos

Puntaje máximo 15 puntos

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala bajo 10 puntos, indican mayor presencia de la variable; es decir que el sujeto a implementado estrategias de afrontamiento de tipo evitativo para hacer frente a la enfermedad.

G) Sistema sanitario: Puntaje mínimo 5 puntos

Puntaje máximo 15 puntos

La sumatoria de las puntuaciones de los sujetos en la escala, bajo 10 puntos, indican una mayor presencia de la variable; es decir, que el sujeto no está satisfecho con la atención del equipo médico y que existirían dificultades en la comunicación y el manejo de la información.

H) Negación : Puntaje mínimo 5 puntos

Puntaje máximo 15 puntos

Las puntuaciones bajo 10 puntos en esta escala indican mayor presencia de la variable; es decir, que el sujeto estaría negando su enfermedad ya sea por la abierta negación de la realidad o por la realización de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo.

I) Apoyo social: Puntaje mínimo 3 puntos

Puntaje máximo 9 puntos

La sumatoria de las puntuaciones bajo 6 puntos, indican mayor presencia de la variable; es decir, que el sujeto dice tener problemas familiares a causa de la enfermedad o que existen problemas de comunicación con su red social.

Por lo tanto, el resultado de los análisis estadísticos obtenidos en la investigación, se exponen a continuación en función de estas 9 escalas. Los ítem fueron puntuados a través de una escala tipo Likert compuesta por tres alternativas a las que se les asignó un puntaje de 1 a 3 puntos según su orden de aparición (*ANEXO N° 4*).

En segundo lugar, nos referiremos al análisis de los resultados en función de las características clínicas y sociodemográficas de la muestra.

A partir de los antecedentes teóricos, se contaba con información de cómo ciertas características clínicas y sociodemográficas de la muestra, podrían afectar los resultados. Es por esto, que una de las principales inquietudes del estudio, era analizar y determinar la posible influencia que ciertas variables clínicas y sociodemográficas podrían tener sobre los resultados.

Para esto se analizó la posible existencia de diferencias significativas, de los distintos grupos en las variables de Sexo, Edad, Estado Civil, Tiempo de Conocido el Diagnóstico y Tipo de Cáncer, para las escalas de Amenaza, Desafío, Pérdida, Incidencia de la Enfermedad en los Recursos Económicos y Sociales, Estrategias

Aproximativas, Estrategias Evitativas, Sistema Sanitario, Negación y Apoyo Social; a través de análisis estadístico asistido por ordenador (SPSS for Windows, v. 9.0).

A continuación se exponen los resultados obtenidos:

## 1. SEXO

En la siguiente tabla se exponen los resultados descriptivos de la variable Sexo en las distintas escalas en términos de: el tamaño (N) de los subgrupos Masculino y Femenino y su total, la Media alcanzada por los subgrupos y el total, la Desviación Estándar la Desviación Estándar Error, el intervalo mínimo y máximo de la Media a un nivel de seguridad del 95%, y los Valores mínimos y máximos hallados en la muestra.

2 “Tabla:Resultados Descriptivos de la Variable Sexo en las Escalas”.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<b>2.1 AM ENAZA</b>	22	18,9091	2,3281	,4963	17,8769	19,9413	12,00	21,00
<b>2.2 Masculino</b>	22	18,9091	2,3281	,4963	17,8769	19,9413	12,00	21,00
<b>Femenino</b>	26	18,0769	3,0056	,5895	16,8629	19,2909	9,00	21,00
<b>Total</b>	48	18,4583	2,7208	,3927	17,6683	19,2484	9,00	21,00
<b>DESAFIO</b>	22	5,1818	1,2960	,2763	4,6072	5,7564	4,00	9,00
<b>Masculino</b>	22	5,1818	1,2960	,2763	4,6072	5,7564	4,00	9,00
<b>Femenino</b>	26	5,3846	1,3879	,2722	4,8240	5,9452	4,00	9,00
<b>Total</b>	48	5,2917	1,3362	,1929	4,9037	5,6797	4,00	9,00
<b>PÉRDIDA</b>	22	12,0000	2,1381	,4558	11,0520	12,9480	8,00	15,00
<b>Masculino</b>	22	12,0000	2,1381	,4558	11,0520	12,9480	8,00	15,00
<b>Femenino</b>	26	10,6923	2,4620	,4828	9,6979	11,6867	5,00	15,00
<b>Total</b>	48	11,2917	2,3875	,3446	10,5984	11,9849	5,00	15,00
<b>INCIDENC</b>	22	10,7273	2,7634	,5892	9,5021	11,9525	5,00	15,00
<b>Masculino</b>	22	10,7273	2,7634	,5892	9,5021	11,9525	5,00	15,00
<b>Femenino</b>	26	11,3077	3,2220	,6319	10,0063	12,6091	5,00	15,00
<b>Total</b>	48	11,0417	3,0032	,4335	10,1696	11,9137	5,00	15,00
<b>APROX</b>	22	8,5000	1,6833	,3589	7,7537	9,2463	5,00	11,00
<b>Masculino</b>	22	8,5000	1,6833	,3589	7,7537	9,2463	5,00	11,00
<b>Femenino</b>	26	7,8846	1,7510	,3434	7,1774	8,5919	6,00	13,00
<b>Total</b>	48	8,1667	1,7300	,2497	7,6643	8,6690	5,00	13,00
<b>EVITATIV</b>	22	5,8636	1,2069	,2573	5,3285	6,3988	4,00	8,00
<b>Masculino</b>	22	5,8636	1,2069	,2573	5,3285	6,3988	4,00	8,00
<b>Femenino</b>	26	6,5000	2,1213	,4160	5,6432	7,3568	4,00	12,00
<b>Total</b>	48	6,2083	1,7740	,2561	5,6932	6,7235	4,00	12,00
<b>SSANIT</b>	22	13,7273	2,0279	,4324	12,8281	14,6264	7,00	15,00
<b>Masculino</b>	22	13,7273	2,0279	,4324	12,8281	14,6264	7,00	15,00
<b>Femenino</b>	26	12,9231	2,5911	,5082	11,8765	13,9696	6,00	15,00

	<b>Total</b>	48	13,2917	2,3607	,3407	12,6062	13,9771	6,00	15,00
<b>APSOCIAL</b>	<b>Masculino</b>	22	8,3636	1,0022	,2137	7,9193	8,8080	5,00	9,00
	<b>Femenino</b>	26	8,1154	1,0325	,2025	7,6983	8,5324	6,00	9,00
	<b>Total</b>	48	8,2292	1,0156	,1466	7,9343	8,5241	5,00	9,00
<b>NEGAC</b>	<b>Masculino</b>	22	10,4091	2,0853	,4446	9,4845	11,3337	7,00	14,00
	<b>Femenino</b>	26	10,6538	2,4648	,4834	9,6583	11,6494	6,00	15,00
	<b>Total</b>	48	10,5417	2,2781	,3288	9,8802	11,2032	6,00	15,00

Podemos observar, a modo de ejemplo del análisis realizado con cada una de las variables, que para la escala de Amenaza el total de los sujetos analizados corresponden a 48, siendo 22 de ellos de Sexo Masculino y 26 de Sexo Femenino.

La media alcanzada por el total de la muestra en esta escala es de 18,4583, encontrándose este valor a un 95% de seguridad en los límites mínimo de 17,6683 y máximo de 19,2484, con una desviación estándar de 2,7208, lo que implica una variabilidad moderada de los datos.

Para el subgrupo Masculino la Media es de 18,9091 con una Desviación Estándar de 2,3281; siendo entonces la Variabilidad de los datos moderada. En tanto el subgrupo Femenino, muestra una Media de 18,0769 con una Desviación estándar de 3,0056; lo que implica una mayor variabilidad de las respuestas para este subgrupo en comparación al subgrupo Masculino.

Si comparamos la Media alcanzada tanto por Hombres y Mujeres en la Escala de Amenaza, podemos inferir que no existen grandes diferencias en los mismos, por lo que posiblemente los resultados no estén influenciados por diferencias de Sexo.

Al realizar este análisis en cada una de las escalas, podemos concluir que para cada una de ellas no existen señales evidentes de diferencias significativas en cuanto a Sexo.

Al realizar un análisis estadístico más fino de la variable Sexo en las distintas escalas utilizando la prueba No- Paramétrica para dos muestras independientes de Mann- Whitney U, encontramos los siguientes resultados:

#### NPar Tests



### 2.2.1 Mann-Whitney Test

Test Statistics<sup>a</sup>

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Mann-Whitney U	247,500	262,500	204,500	251,000	201,000	244,000	239,000	245,500	265,000
Wilcoxon W	598,500	515,500	555,500	504,000	552,000	497,000	590,000	596,500	518,000
Z	-,813	-,505	-1,707	-,736	-1,794	-,892	-1,042	-,923	-,440
Asymp. Sig. (2-tailed)	,416	,613	,088	,462	,073	,372	,297	,356	,660

a. Grouping Variable: SEXO

Como se puede observar, los valores probabilísticos encontrados no señalan diferencias significativas entre Hombres y Mujeres en ninguna de las escalas. Por esto, podemos concluir con un 95% de seguridad, que las escalas y el instrumento no son sensibles a esta variable, por lo que los resultados no se hayan influenciados por diferencias de Sexo.

## 2. EDAD

Al utilizar, en el Análisis estadístico de la variable Edad en las distintas escalas, la Prueba No- Paramétrica para varias muestras independientes de

Kruskall-Wallis los resultados son los siguientes:

### 2.2.1.1 NPar Tests

### 2.2.2 Kruskal-Wallis Test

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	APROX	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Chi-Square	30,710	31,214	28,018	31,447	28,120	28,427	30,946	29,365	32,633
df	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Asymp. Sig.	,379	,355	,517	,345	,512	,495	,368	,446	,293

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: EDAD

Este resultado nos señala la inexistencia de diferencias significativas en cuanto a Edad en las distintas escalas; lo que significaría que en esta variable es irrelevante en la muestra estudiada para cada una de las escalas.

A realizar un análisis estadístico más fino a través de la Correlación Paramétrica de Pearson, encontramos que la Edad correlaciona significativamente y en forma positiva con las Escalas de Amenaza, Incidencia en los Recursos Sociales y Económicos, y Estrategias Aproximativas ( $r_{0,184}$ ;  $r_{0,343}$  y  $r_{0,269}$  respectivamente).

Esto implicaría, que a mayor edad existe un aumento en el grado de respuestas en estas escalas; es decir que, el nivel de Amenaza percibida disminuye con la edad, así como también disminuye la Incidencia de la Enfermedad en los Recursos Sociales y Económicos; y disminuye también la Implementación de Estrategias de Afrontamiento de tipo Aproximativas. Los datos de este análisis se exponen en la siguiente tabla.

**Pearson Correlations**

		EDAD	MENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENTE	APROXIMADO	EVITATIVO	SSANITARIO	PSOCIAL	NEGATIVO
EDAD	Pearson Correlation	1,000	,184	-,118	,139	,343*	,269*	,130	,102	-,034	-,043
	Sig. (1-tailed)		,106	,212	,174	,008	,032	,190	,245	,408	,336
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
AMENAZA	Pearson Correlation	,184	1,000	-,517*	,729*	,253*	,173	-,029	,201	,092	-,322*
	Sig. (1-tailed)	,106		,000	,000	,042	,119	,422	,086	,267	,013
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
DESAFIO	Pearson Correlation	-,118	-,517*	1,000	-,381*	-,024	,061	,135	-,061	-,050	,199
	Sig. (1-tailed)	,212	,000		,004	,435	,339	,179	,340	,367	,038
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
PÉRDIDA	Pearson Correlation	,139	,729*	-,381*	1,000	,093	,271*	,136	,188	,297*	-,006
	Sig. (1-tailed)	,174	,000	,004		,264	,031	,178	,100	,020	,433
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
INCIDENTE	Pearson Correlation	,343*	,253*	-,024	,093	1,000	,388*	,342*	,058	,025	,199
	Sig. (1-tailed)	,008	,042	,435	,264		,003	,009	,347	,434	,038
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
APROXIMADO	Pearson Correlation	,269*	,173	,061	,271*	,388*	1,000	,453*	,066	,268*	,020
	Sig. (1-tailed)	,032	,119	,339	,031	,003		,001	,328	,033	,447
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
EVITATIVO	Pearson Correlation	,130	-,029	,135	,136	,342*	,453*	1,000	-,228	,197	,298*
	Sig. (1-tailed)	,190	,422	,179	,178	,009	,001		,059	,089	,020
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
SSANITARIO	Pearson Correlation	,102	,201	-,061	,188	,058	,066	-,228	1,000	,220	,239
	Sig. (1-tailed)	,245	,086	,340	,100	,347	,328	,059		,066	,051
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
PSOCIAL	Pearson Correlation	-,034	,092	-,050	,297*	,025	,268*	,197	,220	1,000	,203
	Sig. (1-tailed)	,408	,267	,367	,020	,434	,033	,089	,066		,034
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
NEGATIVO	Pearson Correlation	-,043	-,322*	,199	-,006	,199	,020	,298*	,239	,203	1,000
	Sig. (1-tailed)	,386	,013	,088	,483	,088	,447	,020	,051	,084	
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Al forzar la muestra para conformar dos grupos etáreos, se obtienen los siguientes resultados:

NPar Tests

2.2.2.1.1 *Kruskal-Wallis Test*

Ranks

	GRUEDAD	N	Mean Rank
AMENAZA	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	19,93
	ENTRE 51 Y MAS	25	28,70
	Total	48	
DESAFIO	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	26,61
	ENTRE 51 Y MAS	25	22,56
	Total	48	
PÉRDIDA	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	22,59
	ENTRE 51 Y MAS	25	26,26
	Total	48	
INCIDENC	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	21,37
	ENTRE 51 Y MAS	25	27,38
	Total	48	
APROX	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	21,43
	ENTRE 51 Y MAS	25	27,32
	Total	48	
EVITATIV	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	22,28
	ENTRE 51 Y MAS	25	26,54
	Total	48	
SSANIT	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	24,02
	ENTRE 51 Y MAS	25	24,94
	Total	48	
APSOCIAL	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	23,15
	ENTRE 51 Y MAS	25	25,74
	Total	48	
NEGAC	ENTRE 17 Y 50 AÑOS	23	26,63
	ENTRE 51 Y MAS	25	22,54
	Total	48	

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Chi-Square	4,887	1,082	,845	2,281	2,203	1,167	,059	,496	1,046
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig	,027	,298	,358	,131	,138	,280	,808	,481	,306

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: GRUEDAD

Es decir, existe una diferencia significativa de los grupos etáreos en la escala de Amenaza y no así en las otras. La relación posible de esta variable en la escala fue estudiada a través de la correlación de Pearson:

**Correlations**

		GRUEDAD	AMENAZA
GRUEDAD	Pearson Correlation	1,000	,241*
	Sig. (1-tailed)	,	,050
	N	48	48
AMENAZA	Pearson Correlation	,241*	1,000
	Sig. (1-tailed)	,050	,
	N	48	48

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

El grupo etáreo comprendido entre los 51 años y más, muestra un aumento significativo de puntajes en la escala Amenaza lo que significa una menor percepción de la misma.

En conclusión, podemos proponer que con respecto a la edad a medida que ésta avanza disminuye la percepción de Amenaza, así como también la Incidencia de la enfermedad en los Recursos Sociales y Económicos y la Implementación de Estrategias de Tipo Aproximativo. En el grupo comprendido entre los 51 años y más, se hace aún más evidente la relación y la disminución de la Percepción de Amenaza.

### 3. ESTADO CIVIL

Los resultados en cuanto a diferencias y/o relaciones entre el Estado Civil y las distintas escalas son los siguientes:

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
						AMENAZA	Soltero		
	Casado	32	18,4063	3,0146	,5329	17,3194	19,4931	9,00	21,00
	Separado	6	20,0000	1,0954	,4472	18,8504	21,1496	18,00	21,00
	Viudo	3	18,0000	1,0000	,5774	15,5159	20,4841	17,00	19,00
	Otro	2	18,0000	1,4142	1,0000	5,2938	30,7062	17,00	19,00
	Total	48	18,4583	2,7208	,3927	17,6683	19,2484	9,00	21,00
DESAFIO	Soltero	5	5,6000	,8944	,4000	4,4894	6,7106	5,00	7,00
	Casado	32	5,0625	1,2936	,2287	4,5961	5,5289	4,00	9,00
	Separado	6	6,1667	1,7224	,7032	4,3591	7,9742	4,00	9,00
	Viudo	3	5,6667	1,5275	,8819	1,8721	9,4612	4,00	7,00
	Otro	2	5,0000	1,4142	1,0000	-7,7062	17,7062	4,00	6,00
	Total	48	5,2917	1,3362	,1929	4,9037	5,6797	4,00	9,00
PÉRDIDA	Soltero	5	10,8000	2,4900	1,1136	7,7083	13,8917	7,00	13,00
	Casado	32	11,2188	2,6486	,4682	10,2638	12,1737	5,00	15,00
	Separado	6	12,3333	1,3663	,5578	10,8995	13,7671	11,00	15,00
	Viudo	3	11,6667	1,1547	,6667	8,7982	14,5351	11,00	13,00
	Otro	2	10,0000	1,4142	1,0000	-2,7062	22,7062	9,00	11,00
	Total	48	11,2917	2,3875	,3446	10,5984	11,9849	5,00	15,00
INCIDENC	Soltero	5	10,2000	1,7889	,8000	7,9788	12,4212	9,00	13,00
	Casado	32	11,3125	3,1154	,5507	10,1893	12,4357	5,00	15,00
	Separado	6	12,0000	2,0976	,8563	9,7987	14,2013	9,00	15,00
	Viudo	3	10,3333	4,1633	2,4037	-8,96E-03	20,6756	7,00	15,00
	Otro	2	7,0000	2,8284	2,0000	-18,4124	32,4124	5,00	9,00
	Total	48	11,0417	3,0032	,4335	10,1696	11,9137	5,00	15,00
APROX	Soltero	5	7,2000	1,3038	,5831	5,5811	8,8189	6,00	9,00
	Casado	32	8,5000	1,6848	,2978	7,8925	9,1075	5,00	13,00
	Separado	6	8,6667	1,8619	,7601	6,7127	10,6206	6,00	11,00
	Viudo	3	7,0000	,0000	,0000	7,0000	7,0000	7,00	7,00
	Otro	2	5,5000	,7071	,5000	-,8531	11,8531	5,00	6,00
	Total	48	8,1667	1,7300	,2497	7,6643	8,6690	5,00	13,00
EVITATIV	Soltero	5	6,0000	,7071	,3162	5,1220	6,8780	5,00	7,00
	Casado	32	6,2188	2,0904	,3695	5,4651	6,9724	4,00	12,00
	Separado	6	6,3333	1,2111	,4944	5,0624	7,6043	5,00	8,00
	Viudo	3	6,0000	1,0000	,5774	3,5159	8,4841	5,00	7,00
	Otro	2	6,5000	,7071	,5000	,1469	12,8531	6,00	7,00
	Total	48	6,2083	1,7740	,2561	5,6932	6,7235	4,00	12,00
SSANIT	Soltero	5	12,6000	2,7019	1,2083	9,2452	15,9548	8,00	15,00
	Casado	32	13,7500	1,8316	,3238	13,0896	14,4104	8,00	15,00
	Separado	6	12,8333	3,1252	1,2758	9,5537	16,1130	7,00	15,00
	Viudo	3	12,3333	2,3094	1,3333	6,5965	18,0702	11,00	15,00
	Otro	2	10,5000	6,3640	4,5000	-46,6779	67,6779	6,00	15,00
	Total	48	13,2917	2,3607	,3407	12,6062	13,9771	6,00	15,00
APSOCIAL	Soltero	5	8,4000	1,3416	,6000	6,7341	10,0659	6,00	9,00
	Casado	32	8,2500	,9837	,1739	7,8953	8,6047	5,00	9,00
	Separado	6	8,1667	1,1690	,4773	6,9398	9,3935	6,00	9,00
	Viudo	3	8,3333	1,1547	,6667	5,4649	11,2018	7,00	9,00
	Otro	2	7,5000	,7071	,5000	1,1469	13,8531	7,00	8,00
	Total	48	8,2292	1,0156	,1466	7,9343	8,5241	5,00	9,00
NEGAC	Soltero	5	10,4000	1,1402	,5099	8,9843	11,8157	9,00	12,00
	Casado	32	10,7188	2,3587	,4170	9,8683	11,5692	7,00	15,00
	Separado	6	9,6667	,8165	,3333	8,8098	10,5235	9,00	11,00
	Viudo	3	11,3333	3,7859	2,1858	1,9285	20,7381	7,00	14,00
	Otro	2	9,5000	4,9497	3,5000	-34,9717	53,9717	6,00	13,00
	Total	48	10,5417	2,2781	,3288	9,8802	11,2032	6,00	15,00

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Chi-Square	4,611	4,596	1,927	4,850	10,434	,829	3,005	2,524	1,802
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,330	,331	,749	,303	,034	,935	,557	,640	,772

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil

En el cuadro anterior, podemos observar que existe una diferencia significativa entre el Estado Civil y las Estrategias de Afrontamiento Aproximativas.

### Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

#### Frequencies

	Estado Civil	N
APROX	Soltero	5
	Separado	6
	Total	11

#### Test Statistics<sup>a</sup>

		APROX
Most Extreme Differences	Absolute	,467
	Positive	,000
	Negative	-,467
Kolmogorov-Smirnov Z		,771
Asymp. Sig. (2-tailed)		,593

a. Grouping Variable: Estado Civil

Un análisis estadístico No- Paramétrico para 2 muestras independientes realizado para cada una de las combinaciones posibles, revela la inexistencia de diferencias significativas entre el Estado civil y las escalas evaluadas por el instrumento.

#### 4. TIEMPO DE CONOCIDO EL DIAGNÓSTICO.

Los resultados de los análisis estadísticos para esta variable se presentan a continuación:

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
AMENAZA	MENOS DE 3 MESES	15	18,2667	2,1865	,5646	17,0558	19,4775	14,00	21,00
	4 Y 6 MESES	9	19,4444	1,5092	,5031	18,2843	20,6045	17,00	21,00
	7 Y 9 MESES	9	18,2222	4,2655	1,4218	14,9435	21,5010	9,00	21,00
	10 Y 12 MESES	4	17,7500	2,3629	1,1815	13,9901	21,5099	16,00	21,00
	13 Y 15 MESES	2	20,5000	,7071	,5000	14,1469	26,8531	20,00	21,00
	16 Y 18 MESES	9	17,8889	3,1002	1,0334	15,5059	20,2719	12,00	21,00
	Total	48	18,4583	2,7208	,3927	17,6683	19,2484	9,00	21,00
DESAFIO	MENOS DE 3 MESES	15	5,0000	1,1339	,2928	4,3721	5,6279	4,00	8,00
	4 Y 6 MESES	9	5,7778	1,3017	,4339	4,7772	6,7784	4,00	7,00
	7 Y 9 MESES	9	5,5556	2,1858	,7286	3,8754	7,2357	4,00	9,00
	10 Y 12 MESES	4	5,5000	,5774	,2887	4,5813	6,4187	5,00	6,00
	13 Y 15 MESES	2	5,0000	1,4142	1,0000	-7,7062	17,7062	4,00	6,00
	16 Y 18 MESES	9	5,0000	,8660	,2887	4,3343	5,6657	4,00	6,00
	Total	48	5,2917	1,3362	,1929	4,9037	5,6797	4,00	9,00
PÉRDIDA	MENOS DE 3 MESES	15	10,8000	1,5675	,4047	9,9319	11,6681	8,00	13,00
	4 Y 6 MESES	9	12,8889	1,4530	,4843	11,7720	14,0057	11,00	15,00
	7 Y 9 MESES	9	11,6667	3,5000	1,1667	8,9763	14,3570	5,00	15,00
	10 Y 12 MESES	4	11,2500	1,5000	,7500	8,8632	13,6368	10,00	13,00
	13 Y 15 MESES	2	9,0000	2,8284	2,0000	-16,4124	34,4124	7,00	11,00
	16 Y 18 MESES	9	10,6667	2,7839	,9280	8,5268	12,8065	7,00	15,00
	Total	48	11,2917	2,3875	,3446	10,5984	11,9849	5,00	15,00
INCIDENC	MENOS DE 3 MESES	15	9,8667	3,5024	,9043	7,9271	11,8062	5,00	15,00
	4 Y 6 MESES	9	10,7778	1,5635	,5212	9,5760	11,9796	9,00	13,00
	7 Y 9 MESES	9	12,3333	2,4495	,8165	10,4505	14,2162	9,00	15,00
	10 Y 12 MESES	4	11,5000	2,5166	1,2583	7,4955	15,5045	9,00	15,00
	13 Y 15 MESES	2	14,0000	1,4142	1,0000	1,2938	26,7062	13,00	15,00
	16 Y 18 MESES	9	11,1111	3,6893	1,2298	8,2752	13,9470	5,00	15,00
	Total	48	11,0417	3,0032	,4335	10,1696	11,9137	5,00	15,00
APROX	MENOS DE 3 MESES	15	7,8000	,6761	,1746	7,4256	8,1744	7,00	9,00
	4 Y 6 MESES	9	8,3333	2,0000	,6667	6,7960	9,8707	5,00	11,00
	7 Y 9 MESES	9	9,1111	1,8333	,6111	7,7019	10,5203	6,00	12,00
	10 Y 12 MESES	4	7,2500	1,8930	,9465	4,2379	10,2621	6,00	10,00
	13 Y 15 MESES	2	9,5000	,7071	,5000	3,1469	15,8531	9,00	10,00
	16 Y 18 MESES	9	7,7778	2,3863	,7954	5,9435	9,6121	5,00	13,00
	Total	48	8,1667	1,7300	,2497	7,6643	8,6690	5,00	13,00
EVITATIV	MENOS DE 3 MESES	15	6,2667	1,6676	,4306	5,3432	7,1902	4,00	10,00
	4 Y 6 MESES	9	5,6667	1,3229	,4410	4,6498	6,6835	4,00	8,00
	7 Y 9 MESES	9	6,8889	1,9650	,6550	5,3785	8,3993	4,00	11,00
	10 Y 12 MESES	4	5,2500	,9574	,4787	3,7265	6,7735	4,00	6,00
	13 Y 15 MESES	2	5,0000	1,4142	1,0000	-7,7062	17,7062	4,00	6,00
	16 Y 18 MESES	9	6,6667	2,3452	,7817	4,8640	8,4694	4,00	12,00
	Total	48	6,2083	1,7740	,2561	5,6932	6,7235	4,00	12,00
SSANIT	MENOS DE 3 MESES	15	13,4667	1,5055	,3887	12,6329	14,3004	11,00	15,00
	4 Y 6 MESES	9	13,6667	1,8028	,6009	12,2809	15,0524	10,00	15,00
	7 Y 9 MESES	9	12,6667	3,2404	1,0801	10,1759	15,1574	7,00	15,00
	10 Y 12 MESES	4	12,5000	3,3166	1,6583	7,2225	17,7775	8,00	15,00
	13 Y 15 MESES	2	14,0000	1,4142	1,0000	1,2938	26,7062	13,00	15,00
	16 Y 18 MESES	9	13,4444	3,0867	1,0289	11,0718	15,8171	6,00	15,00
	Total	48	13,2917	2,3607	,3407	12,6062	13,9771	6,00	15,00
APSOCIAL	MENOS DE 3 MESES	15	8,2000	1,1464	,2960	7,5651	8,8349	5,00	9,00
	4 Y 6 MESES	9	8,4444	,8819	,2940	7,7665	9,1223	7,00	9,00
	7 Y 9 MESES	9	8,6667	,7071	,2357	8,1231	9,2102	7,00	9,00
	10 Y 12 MESES	4	7,5000	1,7321	,8660	4,7439	10,2561	6,00	9,00
	13 Y 15 MESES	2	7,5000	,7071	,5000	1,1469	13,8531	7,00	8,00
	16 Y 18 MESES	9	8,1111	,7817	,2606	7,5102	8,7120	7,00	9,00
	Total	48	8,2292	1,0156	,1466	7,9343	8,5241	5,00	9,00
NEGAC	MENOS DE 3 MESES	15	10,3333	2,3805	,6146	9,0151	11,6516	7,00	14,00
	4 Y 6 MESES	9	10,3333	2,5495	,8498	8,3736	12,2931	7,00	14,00
	7 Y 9 MESES	9	11,0000	1,6583	,5528	9,7253	12,2747	9,00	13,00
	10 Y 12 MESES	4	11,5000	1,9149	,9574	8,4530	14,5470	10,00	14,00
	13 Y 15 MESES	2	9,0000	,0000	,0000	9,0000	9,0000	9,00	9,00
	16 Y 18 MESES	9	10,5556	2,9202	,9734	8,3109	12,8002	6,00	15,00
	Total	48	10,5417	2,2781	,3288	9,8802	11,2032	6,00	15,00



**Test Statistics<sup>a</sup>**

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Chi-Square	4,368	3,250	8,983	5,800	7,964	5,265	1,218	5,573	2,753
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,498	,661	,110	,326	,158	,384	,943	,350	,738

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: GRUPOS SEGUN TIEMPO DE DIAGNOSTICO

**Correlations**

	GRUPOS SEGUN TIEMPO DE DIAGNOS TICO	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC	
GRUPOS SEGUN TIEMPO DE DIAGNOSTICO	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	1,000 ,	-,056 ,354	-,033 ,412	-,124 ,200	,203 ,083	,004 ,488	,044 ,383	-,023 ,437	-,114 ,220	,031 ,417
AMENAZA	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-,056 ,354	1,000 ,	-,517* ,000	,729* ,000	,253* ,042	,173 ,119	-,029 ,422	,201 ,086	,092 ,267	-,322* ,013
DESAFIO	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-,033 ,412	-,517* ,000	1,000 ,	-,381* ,004	-,024 ,435	,061 ,339	,135 ,179	-,061 ,340	-,050 ,367	,199 ,088
PÉRDIDA	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-,124 ,200	,729* ,000	-,381* ,004	1,000 ,	,093 ,264	,271* ,031	,136 ,178	,188 ,100	,297* ,020	-,006 ,483
INCIDENC	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	,203 ,083	,253* ,042	-,024 ,435	,093 ,264	1,000 ,	,388* ,003	,342* ,009	,058 ,347	,025 ,434	,199 ,088
APROX	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	,004 ,488	,173 ,119	,061 ,339	,271* ,031	,388* ,003	1,000 ,	,453* ,001	,066 ,328	,268* ,033	,020 ,447
EVITATIV	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	,044 ,383	-,029 ,422	,135 ,179	,136 ,178	,342* ,009	,453* ,001	1,000 ,	-,228 ,059	,197 ,089	,298* ,020
SSANIT	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-,023 ,437	,201 ,086	-,061 ,340	,188 ,100	,058 ,347	,066 ,328	-,228 ,059	1,000 ,	,220 ,066	,239 ,051
APSOCIAL	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-,114 ,220	,092 ,267	-,050 ,367	,297* ,020	,025 ,434	,268* ,033	,197 ,089	,220 ,066	1,000 ,	,203 ,084
NEGAC	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	,031 ,417	-,322* ,013	,199 ,088	-,006 ,483	,199 ,088	,020 ,447	,298* ,020	,239 ,051	,203 ,084	1,000 ,

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

a. Listwise N=48

Según grupos forzados en intervalos (3 meses) de meses de conocido el diagnóstico, no existen diferencias de los mismos en las escalas en estudio.

## 5. TIPO DE CÁNCER.

A continuación se presentan los resultados relacionados a los casos con diagnóstico de cáncer de Colón, Mama, Gástrico y Leucemia; ya que los otros tipos de cáncer diagnosticados en la muestra, no reunían los requisitos muestrales mínimos para el análisis estadístico.

Estos resultados revelan que:

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	APROX	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENCIA	EVITATIVO	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Chi-Square	10,180	4,804	2,640	1,971	6,225	,452	3,055	1,216	4,303
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,037	,308	,620	,741	,183	,978	,549	,875	,366

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo Cáncer

Estos sub-grupos, en conjunto en la escala Estrategia de Afrontamiento Aproximativa muestran diferencias significativas. Al parecer cada sub-grupo poseería características propias en las puntuaciones de la escala, no así en las otras.

Un análisis más fino revela que:

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Mann-Whitney U	17,000	20,500	27,500	17,000	13,000	27,500	25,000	28,000	21,000
Wilcoxon W	53,000	56,500	63,500	53,000	49,000	63,500	61,000	64,000	57,000
Z	-1,644	-1,258	-,483	-1,606	-2,044	-,507	-,812	-,471	-1,173
Asymp. Sig. (2-tailed)	,100	,208	,629	,108	,041	,612	,417	,637	,241
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,130 <sup>a</sup>	,234 <sup>a</sup>	,645 <sup>a</sup>	,130 <sup>a</sup>	,050 <sup>a</sup>	,645 <sup>a</sup>	,505 <sup>a</sup>	,721 <sup>a</sup>	,279 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tipo Cáncer

a) Los sub-grupos de cáncer de C6lon y c6ncer G6strico muestran diferencias significativas en la escala de Estrategias de afrontamiento Aproximativa.

**Ranks**

	Tipo C6ncer	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AMENAZA	C6lon	8	6,63	53,00
	G6strico	8	10,38	83,00
	Total	16		
DESAFIO	C6lon	8	9,94	79,50
	G6strico	8	7,06	56,50
	Total	16		
PÉRDIDA	C6lon	8	7,94	63,50
	G6strico	8	9,06	72,50
	Total	16		
INCIDENC	C6lon	8	6,63	53,00
	G6strico	8	10,38	83,00
	Total	16		
APROX	C6lon	8	6,13	49,00
	G6strico	8	10,88	87,00
	Total	16		
EVITATIV	C6lon	8	9,06	72,50
	G6strico	8	7,94	63,50
	Total	16		
SSANIT	C6lon	8	7,63	61,00
	G6strico	8	9,38	75,00
	Total	16		
APSOCIAL	C6lon	8	9,00	72,00
	G6strico	8	8,00	64,00
	Total	16		
NEGAC	C6lon	8	9,88	79,00
	G6strico	8	7,13	57,00
	Total	16		

El análisis del sentido y magnitud de la diferencia entre estos sub-grupos en la escala de Estrategias Aproximativas, revela que el grupo con diagnóstico de cáncer de C6lon posee una mayor presencia de la dimensi3n que el grupo con diagn3stico de c6ncer de G6strico

Test Statistics<sup>b</sup>

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA	INCIDENC	APROX	EVITATIV	SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
Mann-Whitney U	20,000	29,000	25,500	11,500	12,000	32,000	23,000	35,500	27,000
Wilcoxon W	65,000	65,000	70,500	56,500	57,000	68,000	68,000	80,500	63,000
Z	-1,595	-,708	-1,028	-2,424	-2,340	-,399	-1,304	-,053	-,881
Asymp. Sig. (2-tail	,111	,479	,304	,015	,019	,690	,192	,958	,378
Exact Sig. [2*(1-tai Sig.)]	,139 <sup>a</sup>	,541 <sup>a</sup>	,321 <sup>a</sup>	,015 <sup>a</sup>	,021 <sup>a</sup>	,743 <sup>a</sup>	,236 <sup>a</sup>	,963 <sup>a</sup>	,423 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tipo C6ncer

b) El grupo de pacientes con diagn3stico de c6ncer G6strico y grupo con diagn3stico de Leucemia muestran diferencias significativas en las escalas de Estrategia Aproximativa, y en la escala de Incidencia de la enfermedad en los Recursos Econ3micos y Sociales; siendo el grupo con leucemia el que implementa en mayor medida Estrategias Aproximativas y evalúa como mayor la Incidencia de la Enfermedad en los Recursos Sociales y Econ3micos, en comparaci3n al grupo de c6ncer G6strico.

Se puede concluir con esta informaci3n que: en cuanto a la implementaci3n de Estrategias de Afrontamiento Aproximativas los grupos con diagn3stico de

Leucemia y cáncer de Colon no muestran diferencias significativas entre ellos; pero sí con el grupo de cáncer Gástrico. Además, los pacientes con Leucemia y cáncer de C6lon implementarían en mayor medida Estrategias de tipo Aproximativas, en comparaci6n al grupo de pacientes con c6ncer G6strico.

Como conclusi6n general podemos afirmar que las variables de Sexo, Estado Civil y Tiempo del Diagn6stico no son significativas en cuanto a la estimaci6n del Afrontamiento y recursos para hacer frente a la enfermedad oncol6gica.

Por otra parte, las variables de Edad y Tipo de C6ncer si son significativas en cuanto a la estimaci6n del Afrontamiento y recursos para hacer frente a la enfermedad oncol6gica; en las escalas de Amenaza, Incidencia de la enfermedad en los Recursos Sociales y Econ6micos; y en Estrategias de Tipo Aproximativo.

Con relaci6n a la variable Edad, podemos afirmar que la Amenaza percibida disminuye a medida que se avanza en edad, disminuye la Incidencia de la enfermedad en los recursos sociales y econ6micos, as3 como tambi6n la implementaci6n de Estrategias de Afrontamiento de tipo Aproximativas. En el grupo de 51 a3os y m6s la disminuci6n de la Percepci6n de Amenaza se hace a3n m6s patente.

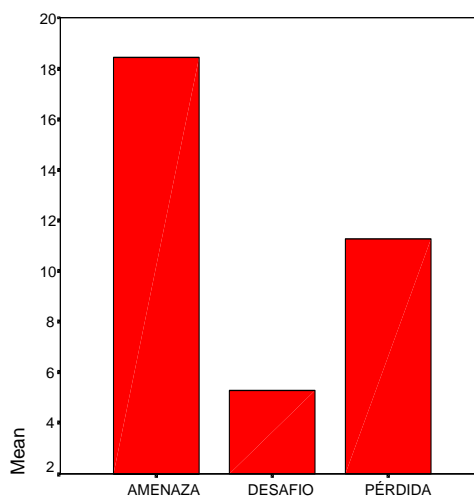
En cuanto al Tipo de Cáncer podemos concluir que los grupos con diagnóstico de Leucemia y cáncer de Colon presentan en mayor medida estrategias de Afrontamiento de tipo Aproximativas en comparación con el grupo de Cáncer Gástrico.

En tercer lugar, presentaremos los resultados descriptivos del comportamiento de los sujetos de la muestra en estudio, frente a los factores y escalas evaluadas por el instrumento “Estimación del Afrontamiento y Recursos para hacer frente al Estrés de la Enfermedad Oncológica”.

## 1.FACTOR I

**Visión Global Factor I**

	AMENAZA	DESAFIO	PÉRDIDA
N Valid	48	48	48
Mean	18,4583	5,2917	11,2917
Std. Deviation	2,7208	1,3362	2,3875
Minimum	9,00	4,00	5,00
Maximum	21,00	9,00	15,00



Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Amenaza*, podemos observar que aproximadamente el 53% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones máximas posibles de obtener. Mientras que sólo un 6% de los sujetos puntúa en los valores mínimos (*ANEXO N° 11*).

**Análisis Items Escala Amenaza**

	Pregunta 1	Pregunta 3	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 27	Pregunta 30	Pregunta 33
N Valid	48	48	48	48	48	48	48
Mean	2,8125	2,8750	2,7708	2,3125	2,5208	2,2083	2,9583
Std. Deviation	,3944	,3928	,5153	,7482	,6185	,8742	,2019
Minimum	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

**Al analizar los ítem que componen la escala de Amenaza, vemos que el 80% de los sujetos de la muestra, se consideran capaces de hacer frente a la enfermedad. En porcentaje similar creen que pueden hacer cosas por mejorar su salud, y tienen una actitud positiva con respecto a la enfermedad.**

**También podemos concluir que en general no muestran una preocupación de tipo ansiosa en relación con la enfermedad, pudiendo concentrar su atención en otros temas sin que aparezcan pensamientos intrusivos sobre su salud.**

Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Desafío*, podemos observar que aproximadamente el 62,5% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que sólo un 4,2% de los sujetos puntúa en los valores máximos (*ANEXO N° 11*).

**Análisis Items Escala Desafio**

	Pregunta 7	pregunta 14	pregunta 16	Pregunta 29
N Valid	48	48	48	48
Mean	1,2292	1,1250	1,0208	1,9167
Std. Deviation	,5153	,3342	,1443	,8464
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	2,00	2,00	3,00

**Al analizar los ítem que componen la escala, vemos que el 80% de la muestra considera la enfermedad como una prueba a superar. En un porcentaje similar, los sujetos se sienten acogidos y reconfortados emocionalmente por su red social. Estas percepciones se acompañan de una alta adherencia al tratamiento medicamentoso. Sin embargo, los sujetos presentan una amplia variabilidad en cuanto a su sensación de certidumbre frente al futuro.**

Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Pérdida*, podemos observar que aproximadamente el 34% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones



máximas posibles de obtener. Mientras que sólo un 14 % de los sujetos puntúa en los valores mínimos (*ANEXO N° 11*).

**Análisis Items Escala Pérdida**

	Pregunta 6	Pregunta 13	Pregunta 28	Pregunta 8	Pregunta 11
N Valid	48	48	48	48	48
Mean	1,7500	2,7500	2,4167	2,0000	2,3750
Std. Deviation	,8629	,5259	,8208	,8251	,7614
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítem que componen la escala, vemos que 80% de la muestra dice nunca sentirse rendido frente a la enfermedad. Un 60 % de la muestra considera que pueden controlar lo que sucede con su salud. El 50% de la muestra cree que puede recuperarse del cáncer e igual porcentaje de sujetos dice tratar de encontrar un significado a su situación de salud.

**Por lo tanto, a la luz de los resultados obtenidos, podemos concluir con respecto al Factor I que en forma global los sujetos de la muestra presentan las siguientes características: tienen una actitud positiva frente a la enfermedad, percibiéndola como un desafío o una prueba a superar, sintiéndose capaces de enfrentarla.**

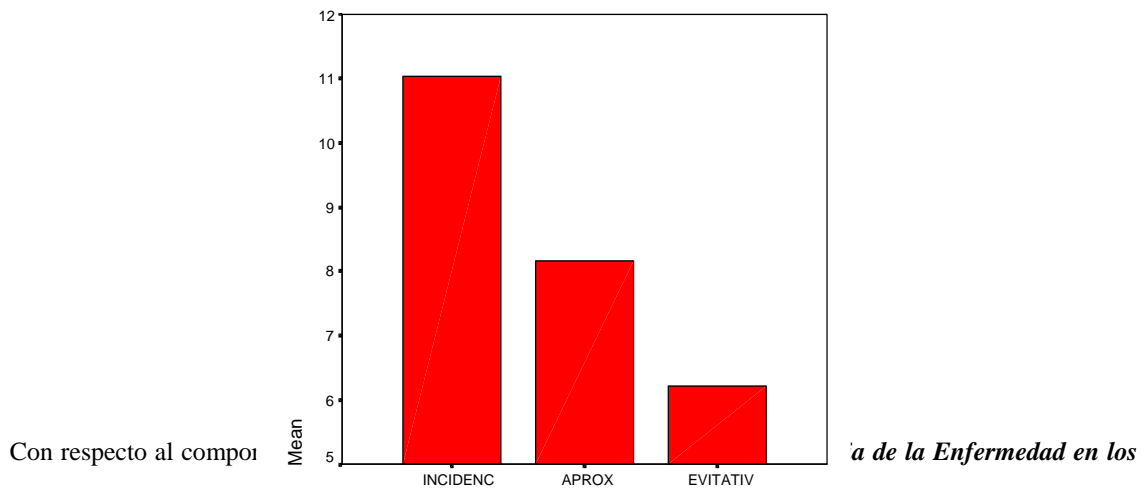
**La mitad de los sujetos de la muestra cree que puede recuperarse del cáncer. Así mismo, creen que pueden hacer cosas por mejorar su salud, y consideran que pueden controlar lo que sucede ella. Estas percepciones se acompañan de una alta adherencia al tratamiento medicamentoso.**

También podemos concluir que en general se sienten acogidos y reconfortados emocionalmente por su red social, y no muestran una preocupación de tipo ansiosa en relación con la enfermedad; pudiendo concentrar su atención en otros temas sin que aparezcan pensamientos intrusivos sobre su salud. Sin embargo, los sujetos presentan una amplia variabilidad en cuanto a su sensación de certidumbre frente al futuro.

## 2. FACTOR II

Vision Global Factor II

		INCIDENC	APROX	EVITATIV
N	Valid	48	48	48
Mean		11,0417	8,1667	6,2083
Std. Deviation		3,0032	1,7300	1,7740
Minimum		5,00	5,00	4,00
Maximum		15,00	13,00	12,00



Con respecto al compo *ión de la Enfermedad en los Recursos Económicos y Sociales*, podemos observar que aproximadamente el 39% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que un 58% de los sujetos puntúa en los valores máximos (ANEXO N° II).

**Análisis Items Escala Incidencia de la Enfermedad en los Recursos Sociales y Económicos**

	Pregunta 36	Pregunta 40	Pregunta 41	Pregunta 42	Pregunta 43
N Valid	48	48	48	48	48
Mean	2,5833	2,7083	1,8958	1,9167	1,9375
Median	3,0000	3,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Std. Deviation	,8208	,6829	,9728	,9857	,9980
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítems que componen la escala, vemos que el 80% de la muestra dice no haberse distanciado de sus redes sociales producto de la enfermedad, ni haber perdido el interés en las actividades sociales y recreativas; por lo que la enfermedad no ha incidido en sus recursos sociales.

No obstante, el 50% de los sujetos de la muestra tiene problemas económicos a causa de su enfermedad; en porcentaje similar tienen dificultad para costear el tratamiento y han visto afectada su capacidad de trabajo producto de la enfermedad; por lo que la enfermedad ha incidido de manera negativa en sus recursos económicos.

Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Estrategias Aproximativas*, podemos observar que aproximadamente el 58% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que sólo un 41% de los sujetos puntúa en los valores máximos(*ANEXO N° II*).

**Análisis de Items Escala Estrategias Aproximativas**

	Pregunta 2	Pregunta 5	Pregunta 12	Pregunta 19
N Valid	48	48	48	48
Mean	1,3542	1,3750	1,1250	1,5417
Std. Deviation	,6355	,7033	,3928	,7133
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítems que componen la escala, vemos que aproximadamente el 80% de la muestra ha implementado estrategias aproximativas, ya que a buscado apoyo emocional en su familia y amigos, mientras que un 60 % de los sujetos dice hablar de con otros sobre como se siente con respecto a la enfermedad. Así también, como

estrategias aproximativa de tipo cognitivo aproximadamente un 90% de la muestra se siente mas tranquilo al tener información sobre la enfermedad.

Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Estrategias Evitativas*, podemos observar que aproximadamente el 95% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que sólo un 4 % de los sujetos puntúa en los valores máximos(*ANEXO N° 11*).

#### Análisis Items Escala Estrategias Evitativas

	Pregunta 4	Pregunta 22	Pregunta 23	Pregunta 24	Pregunta 25
N Valid	48	48	48	48	48
Mean	2,2500	1,5833	1,4375	1,6458	2,0625
Std. Deviation	,7855	,7945	,7118	,8119	,8850
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítems que componen la escala, vemos que menos del 40 % de la muestra dice implementar estrategias evitativas de tipo cognitivas-conductuales, viendo televisión para no pensar en la enfermedad, un 20% dice hacerlo solo a veces, y un 40% dice no hacerlo; por lo que observamos que al respecto es amplia la variabilidad de los datos.

Un 70 % de los sujetos de la muestra prefieren no pensar en la enfermedad, mientras que un 55% de la muestra dice evitar pensar en la enfermedad, manteniéndose ocupado en distintas actividades para ello.

Aunque casi un 50% de los sujetos dicen no tener problemas para hablar de sus miedos y sentimientos, 60% de los sujetos evitan que otros los vean tristes o apesadumbrados .

Por lo tanto, a partir de los resultados antes expuestos, podemos concluir con respecto al Factor II que los sujetos de la muestra se caracterizan por: no haberse distanciado de sus redes sociales producto de la enfermedad, ni haber perdido el interés en las actividades sociales y recreativas; por lo que la enfermedad no ha incidido en sus recursos sociales.

No obstante, la mitad de ellos tiene problemas económicos a causa de su enfermedad, dificultad para costear el tratamiento y han visto afectada su capacidad de trabajo producto de la enfermedad; por lo que la enfermedad ha incidido de manera negativa en sus recursos económicos.

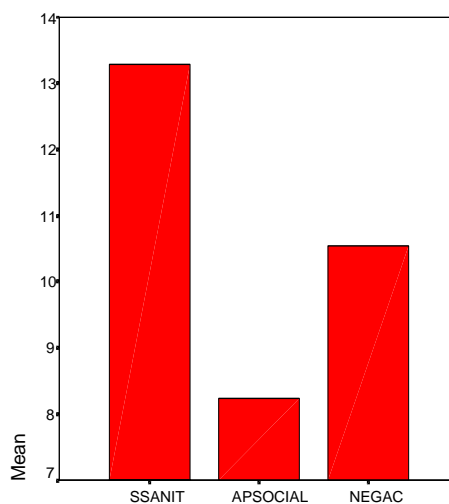
En su mayor parte han buscado apoyo emocional en su familia y amigos, y aunque hablan sobre cómo se sienten con respecto a la enfermedad, evitan que los vean tristes o apesadumbrados .

Aunque en general dicen sentirse más tranquilo al tener información sobre la enfermedad; más de la mitad prefiere evitar pensar en ella, manteniéndose ocupado en distintas actividades para ello.

### 3. FACTOR III

**Visión Global Factor III**

		SSANIT	APSOCIAL	NEGAC
N	Valid	48	48	48
Mean		13,2917	8,2292	10,5417
Std. Deviation		2,3607	1,0156	2,2781
Minimum		6,00	5,00	6,00
Maximum		15,00	9,00	15,00



Con respecto al comportamiento *tema Sanitario*, podemos observar que aproximadamente el 10% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que el 90 % de los sujetos puntúa en los valores máximos(ANEXO N° 11)

### Análisis Ítems Escala Sistema Sanitario

		Pregunta 17	Pregunta 18	Pregunta 37	Pregunta 38	Pregunta 39
N	Valid	48	48	48	48	48
Mean		2,6042	2,4583	2,7917	2,6458	2,7917
Std. Deviation		,7363	,7978	,4593	,7290	,5442
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítems que componen la escala, vemos que el 65% de la muestra dice no tener problemas para expresar sus sentimientos al equipo médico; mientras que casi un 80% manifiesta no tener problemas para hacer preguntas al equipo.

Así mismo, aproximadamente el 90% de los sujetos está satisfecho con la atención medica que recibe, creen que los médicos no les ocultan información sobre la enfermedad y sienten les explican en que consistirá el tratamiento.

Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Negación*, podemos observar que aproximadamente el 52 % de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que sólo un 48 % de los sujetos puntúa en los valores máximos(*ANEXO N° 11*).

### Análisis Ítems Escala Negación

		Pregunta 20	Pregunta 26	Pregunta 21	Pregunta 31	Pregunta 32
N	Valid	48	48	48	48	48
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1,9792	1,8542	1,7917	2,0417	2,8750
Std. Deviation		,7852	,8749	,8495	,9884	,4436
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítems que componen la escala, vemos que en general el 40% de los sujetos de la muestra sólo aveces prestan atención a lo que sienten con relación a la enfermedad; siendo amplia la variación de respuestas al respecto.

Así mismo, casi un 50% aparenta no estar afectado por la enfermedad. Un porcentaje similar, dice haber realizado cambios en sus hábitos que creen mejorarán su salud.

Aunque aproximadamente el 95% cree que su diagnóstico es correcto, al preguntarles si padecen una enfermedad maligna, la variación de respuestas es amplia.

Con respecto al comportamiento global de los sujetos en la *Escala de Apoyo Social*, podemos observar que aproximadamente sólo el 6% de los sujetos tiende a agruparse en las puntuaciones mínimas posibles de obtener. Mientras que un 94 % de los sujetos puntúa en los valores máximos(*ANEXO N° II*).

#### Análisis Items Escala Apoyo Social

		Pregunta 15	Pregunta 34	Pregunta 35
N	Valid	48	48	48
	Missing	0	0	0
Mean		2,8750	2,4792	2,8750
Std. Deviation		,3342	,7987	,3928
Minimum		2,00	1,00	1,00
Maximum		3,00	3,00	3,00

Al analizar los ítems que componen la escala, vemos que aproximadamente mas del 80 % dice no tener problemas familiares a causa de la enfermedad; el 90% de la muestra no cree que su familia les oculte información sobre la enfermedad, mientras que casi un 70% no cree que a su familia o amigos eviten hablar sobre la enfermedad

Por lo tanto, a partir de los resultados obtenidos, podemos concluir con respecto al Factor III, que los sujetos de la muestra presentan las siguientes características: en general están satisfechos con la atención medica que reciben, creen que los médicos no les ocultan información sobre la enfermedad y sienten les explican en que consistirá el tratamiento. Así mismo no tienen problemas para hacer preguntas o expresar sus sentimientos al equipo médico.

En general no tienen problemas familiares a causa de la enfermedad y no cree que su familia les oculte información sobre la enfermedad

La mitad de ellos ha realizado cambios en sus hábitos que creen mejorarán su salud, y aunque la mayor parte de ellos cree que su diagnóstico es correcto, al preguntarles si padecen una enfermedad maligna, la variación de respuestas es amplia.



## CAPITULO V. CONCLUSIONES

Dados los supuestos teóricos y metodológicos utilizados en la realización de la presente investigación, los cuales son consistentes a los objetivos propuestos, se puede afirmar que estos últimos se cumplieron.

*Para nuestro objetivo General, “Describir el comportamiento de la población chilena frente a la variable estrés del diagnóstico de cáncer”, este fue cumplido. Encontrándose que en su comportamiento frente al estrés, las principales características están dadas por una alta percepción del diagnóstico en términos de desafío, un alto grado de implementación de Estrategias de Afrontamiento de Tipo Evitativo, por un Alto Apoyo Social y una alta Satisfacción con los cuidados médicos recibidos. Este tipo de configuración de componentes, sumada a la diferencia encontrada en función de los tipos de cáncer y edad, no ha sido descrito en la literatura por lo que indica la existencia de características Socio Culturales distintivas.*

*Para nuestro objetivo específico “Determinar que variables inciden en el afrontamiento y adaptación al estrés del diagnóstico de cáncer” se organizó la*

*información teórica existente en tres dimensiones a investigar: “Percepción del diagnóstico”, “Implementación de Estrategias de Afrontamiento” y “Valoración de Recursos”.*

*Esta estructuración de la información teórica en las respectivas dimensiones, sub-dimensiones e indicadores asociados, fue corroborada por el análisis factorial del instrumento piloto aplicado a la muestra de estudio.*

Para nuestro Objetivo Especifico “Construir un instrumento para recoger información sobre el estado de estas variables”, se confeccionó utilizando la teoría y metodología clásica un instrumento válido y confiable denominado “Estimación del Afrontamiento y Recursos para hacer frente al Estrés de la Enfermedad Oncológica”(ANEXO N° 4)

Para nuestro objetivo específico “Describir los resultados obtenidos por la población oncológica chilena en el estudio”, el estudio pudo determinar que no existen diferencias significativas en los distintos factores y escalas evaluadas por el instrumento en las variables de Sexo, Estado civil y Tiempo de conocido el diagnóstico; en tanto que las variables de Edad y Tipo de cáncer arrojaban resultados significativamente distintos. Existen correlaciones positivas significativas entre Edad y percepción de amenaza. Leucemia, Cólón y cáncer gástrico mostraban diferencias significativas en las escalas de Estrategias Aproximativas, Amenaza e Incidencia de la enfermedad en los Recursos Sociales y Económicos.

Nos queda por concluir, en forma general, que esta investigación servirá para crear modelos explicativos o de intervención en con pacientes oncológicos en el área de la Psicología

de la salud, ya que ahora el investigador o interventor tendrá una guía, una base, ya no para comenzar, si no para continuar en la investigación y también para plantear soluciones en el tema del estrés, la adaptación y el afrontamiento a la enfermedad oncológica.

**Este tipo de análisis un profesional del área de la salud podría realizarlo para explicar el comportamiento de los sujetos frente a la variables del estrés del diagnóstico y la enfermedad oncológica, ya que permite sistematizar la recogida de información y el planteamiento de hipótesis de trabajo.**

**Si existieran normas poblacionales, a través de esta metodología de investigación podrían hacerse predicciones del comportamiento de los sujetos y de la población chilena.**

**Al ser este un primer aporte a éste vacío de conocimientos es que podemos afirmar que con las debidas restricciones se puede utilizar este instrumento y la metodología de análisis para hacer comparaciones entre los resultados de un sujeto con relación al comportamiento de la muestra en cuestión (valores provisorios de comparación a través de puntajes lineales tipificados).**

## 2.3

## ***2.4 CAPITULO VI***

### ***2.5 RECOMENDACIONES***

En esta investigación se han logrado reconocer 9 variables, pertenecientes a los factores Individuales y Sociales, relacionadas con el Afrontamiento y la Adaptación al Estrés del Diagnóstico y la Enfermedad Oncológica.

La limitación más importante de este estudio es su poca generalización, con la metodología utilizada no podemos asegurar que lo encontrado sea realmente válido para el universo de pacientes diagnosticados de cáncer, pero si que hemos abierto las puertas para la generalización, la cual se logrará si se continúan las investigaciones en esta área.

Esta investigación al ser de carácter exploratorio no ha dado una respuesta definitiva en el tema del estrés y el afrontamiento y la adaptación a la enfermedad oncológica, falta todavía mucho por investigar, por confirmar.

Sin duda se ha dado el primer paso, pero aún quedan muchas preguntas. Llama la atención la buena percepción que tienen los pacientes sobre el equipo sanitario, si consideramos que los pacientes deben esperar “HORAS” para ser atendidos y muchas veces el trato de los profesionales, debido a las características de las políticas de Salud en Chile, no son las mejores. Esta variable podría estar contaminada por factores como deseabilidad social, y con el hecho de que los pacientes contestaban la prueba en las mismas dependencias del hospital, inmediatamente después de ser atendidos por el médico.

La alta satisfacción con el equipo médico también puede explicar la baja percepción de amenaza de los sujetos. Esta institución tiene un alto prestigio a nivel nacional, lo que podría hacer sentir a los sujetos mas seguros o confiados en la competencia técnica de su doctor y del tratamiento que reciben.

Entre ellas surgen principalmente: ¿cuál es la relación existente entre estas variables y otros indicadores como recidiva, sobrevida, calidad de vida y respuesta al tratamiento de los pacientes en la población chilena?; y si ¿las variables encontradas serán las mismas si se replica este estudio en otras ciudades del país o en otros países?.

Por último, cabe señalar que la presente investigación podría servir de base para nuevos programas de investigación estatal en el tema de la salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Abarzúa, A. M.; Ponce, A.; Cartagena, S.; Valdes, R.; Busto, M. **1998**. “*Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención psicológica para disminuir los niveles de depresión y mejorar los estilos de afrontamiento al estrés en sujetos VIH (+) de la Fundación Arriarán*”. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.
- Albornoz, B. ; Peña, J.; Varela, F.; Garrido, V. **1999** “*Aspectos psicológicos en mujeres con Cáncer Cervico Uterino tratadas con y sin Histerectomía: Comparación e Intervención Cognitivo Conductual*”. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.
- American Cancer Society Working Conference. **1982**. “*The psychological, social, and behavioral medicine aspects of cancer: Research and professional education needs and directions for the 1980's*”. *Cancer*, 50 (suppl.), 1919-1978.
- American Cancer Society. **1984**. “*Proceedings of the Working Conference on methodology in behavioral and psychosocial cancer research 1983*”. *Cancer*, 50 (suppl.), 2217-2284.
- Antón, L. y Antolín, S. **1999**. Estrés y Cáncer. Capítulo I. En Flórez, J. “*Personalidad, Estrés y Cáncer: Una aproximación ética e integral en la asistencia*”. Zeneca Farma, Ediciones Ergón, S.A., Madrid.
- Bandura, A. **1977**. Autoeficacia: Hacia una teoría unificante del cambio conductual. “*Psychological Review*”.
- Barreto, M. P., Capafons, A., Ibáñez, E. **1990**. Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. En E. Bañez (ed) “*Psicología de la Salud y Estilos de vida*”. Valencia, Promolibro.
- Barreto, M. P., Molero, M. y Pérez M. A. **2000**. Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. Capítulo VII. En Gil, F. “*Manual de Psicooncología*”. Nova Sidonia Oncología.
- Bayés, Ramon. **1985-1991**. “*Psicología Oncológica*”. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud; Serie Salud 2000. Segunda Edición. Editorial Martínez Roca S.A., Barcelona;
- Beneit, P. **1992**. Aspectos psicológicos del cáncer. Capítulo 15. En Latorre, J. y Beneit, P.  
“*Psicología de la Salud*”. Editorial Albacete.
- Bernal. A., Calderón, P., Zlachevsky, A., Ortiz, B. **1998**. “*Cáncer: Una mirada sistémica*”. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.
- Besabé, N., Paez, D. y Valdosedá, M. **1993**. Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En Paez, D. “*Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia, Promolibro
- Bravo, P.; Silva, L.; Arenas, C.; Nuñez, N. ; Busto, M. **1998**. “*La vida te da sorpresas, sorpresas te da la vida*”. Programa de entrenamiento cognitivo conductual para disminuir el stress y los síntomas depresivos y aumentar la satisfacción subjetiva del personal de enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.

**Buceta, J. y Bueno, A. 1996.** *“Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades”*. Editorial Pirámides, Madrid.

Busto, M. **1994.** “Silencio es la palabra de mi vocabulario”. Problematizando el tema de la Calidad de Trato. En Valdés, T. y Busto M. (Ed.). *“Sexualidad y Reproducción: Hacia la construcción de derechos”*. Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS. Santiago, Salesianos Chile.

Cairns, J. **1979.** La información del hombre con cáncer. *Oncología*, 80 (3), 45-49

Cairns, J. **1986.** Terapéutica y lucha contra el cáncer. *Investigación y Ciencia*, 112, 6-15.

Córdova, M.; Vargas, P.; Arenas, C.; Valdés, R.; Busto, M. **1998.** *“ Arriesgaré la piel”*. Programa de intervención cognitivo conductual para entrenamiento asertivo y manejo de stress destinado a un grupo de técnico paramédicos del hospital San Juan de Dios. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.

Costa, M., López, E. **1986.** *“Salud Comunitaria”*. Editorial Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Salud 2000.

DSM-IV. **1995.** *“Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales”*. Editorial Masson, S.A. Madrid, España.

Edda Barbagelata, D.; Mena, L.; Campos, M.; Campusano, E. **1999.** *“Estilos de afrontamiento a la Quimioterapia y desarrollo de neutropenia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama”*. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile

Estapé, T. **1996.** Trastornos Psicológicos Derivados del Tratamiento Antitumoral. Habilidades que facilitan la intervención del profesional sanitario en los enfermos con cáncer. Capítulo 30. En González Barón, M. *“Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer”*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.

**Flórez Lozano, J.** 1999. *“Personalidad, estrés y cáncer: una aproximación ética e integral en la asistencia”*. Ediciones Ergón S.A.. Zeneca Farma; Madrid

Font , A. **1998** *“Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer”*. Tesis Doctoral. Edición en microficha. Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Font , A. **2000.** Calidad de Vida: Modelo de toma de decisiones compartidas Oncólogo-Paciente. Capítulo X. En Gil, F. *“Manual de Psicooncología”*. Nova Sidonia Oncología.

Grau Abalo, J. **1996.** *“La Psicología de la Salud a las puertas del siglo XXI: Proyecciones en América Latina.”*. Conferencia impartida en el curso de extensión “Psicología de la Salud”, organizado por Universidad Diego Portales y Minsal, Santiago de Chile.

Grau, J. **1998.** La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En Gómez, M. *“Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales”*. Vol. I; 1998. ICEPSS Editores, S.L.

Holland, J.C. y Zittoun, R. **1990.** Psychological issues in oncology: A historical perspective. En

- Holland y Zittoun (Eds) *"Psychosocial aspects of oncology"*. Berlin: Springer-Verlag.
- Isensse, P. ; Puentes, P.; Valdés, R.; Cartagena, S.; Busto, M. **1998**. "Viejo mi querido viejo". *Modelo de intervención cognitivo conductual para la disminución de síntomas en pacientes con diagnóstico de psoriasis*. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.
- Janoff-Bulman, R. y Timko, C. **1986**. Coping with traumatic life events: The role of denial in light of people's assumptive worlds. En C.R. Snyder y C. Ford (Eds.), *"Coping with Negative Life Events: Clinical and Social Psychological Perspectives"*. New York: Plenum Press.
- Koinuma, N. **1993**. "Current concept in Psycho Oncology". Journal Article. Japan.
- Latorre Postigo, M. **1981**. Estrés: Significado, Impacto y Recursos. En Latorre, J. y Beneit, J. (Eds.) *"Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la Salud"*. Editorial Albacete.
- Lazarus, R. S, Folkman, S. **1986**. *"Estrés y procesos cognitivos"*. Editorial Martínez Roca, S.A. Barcelona, España..
- Miller, S.M. **1979**. Coping with impending stress: psychophysiological and cognitive correlates of choice. *"Psychology"*. 1979 a., 16, 572-581.
- Miller, S.M. **1979**. Controlability and human stress: method, evidence and therapy. *"Behaviour Research and Therapy"*. 1979 b. 17,287-304.
- Miller, S.M. **1980**. When is a little information dangerous thing?: coping with stressful life events by monitoring versus blunting. En S. Levine y H. Ursin (Eds.) *"Coping and Health"*. New York: Plenum Press.
- Miller, S.M. y Mangan, C.E. **1983**. Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecological stress: should the doctor tell all?. *"Journal of Personality and Social Psychology"* 45(1), 223-236.
- Montesinos, L. y Garcia, J. **1986**. Algunos determinantes de salud en Chile: Implicaciones para el desarrollo de la Medicina Conductual en Chile. *Revista Chilena de Psicología*.8, 11-18.
- Moorey, S. y Greer, S. **1989**. *"Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach"*. London: Heinemann Medical Books.
- Murillo, E. **1996**. La calidad de vida en el enfermo neoplásico. Capítulo 6. En González Barón, M. *"Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer"*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Pardo Mindán, E.J., Vázquez, J.J., Idoabe, M., Antón,L. y Aliaga, L. Neoplasias. **1996**. En F.J. Pardo Mindán (Ed.), *"Anatomía Patológica General (Vol 1)"*. Doyma, Barcelona.
- Perles, F., Martimortugués, C. **1997**. Apoyo Social y Estrés en Pacientes Crónicos. Capítulo 18. En Hombrados, M. *"Estrés y Salud"*. Promolibro, Valencia.
- Piedrola Gil, G. **1991**. *"Medicina Preventiva y Salud Pública"*. Madrid: Salvat Eds.
- Quirós, M. y Tala, K., Mena, L., Campos, M., Campusano, E. **1999**. *"La comunicación y la cortesía en la relación entre el paciente y el profesional de la salud: indicadores de satisfacción usuaria"*. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, Santiago de Chile.



- Robledo, M., **1981**. Familia y Enfermedad. Capitulo 11. En Latorre, J. Y Benet, P., "*Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*". Editorial Albacete.
- Rodríguez, J. **1995**. "*Psicología social y de la salud*". Editorial Síntesis S.A.
- Romero, R., Ibañez, E., Monsalve, V. **2000** La Terapia Psicológica Adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. Capitulo II. En Gil, F. "*Manual de Psicooncología*". Nova Sidonia Oncología.
- Rowland, J.H. **1989**. Intrapersonal resources: Coping. En J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), "*Handbook of Psychooncology*". New York: Oxford university Press..
- Schwartz, L. **1996**. El cáncer se resiste a la ciencia. "*Mundo Científico*". 167, 340-346.
- Seligman, M. **1996** "*Indefensión*". Madrid: Debate (V.O. 1975)
- Simonton, O. **1990**. "*Recuperar la Salud*". Editorial Raíces, México.
- Trichopoulos, D., Li, F.P. **1996**. ¿Cuáles son las causas del cáncer?. "*Investigación y Ciencia*". 10; 36-41
- Vaillant, G. E. **1977**. "*Adaptation to life*". Boston: Little Brown & Co.
- Valladares, Y. **1989**. Epidemiología y factores causales del cáncer. En A. Die, M. Llombart y A. Matilla (Ed) "*Manual de Oncología Básica*". AECC, Madrid.
- Xavier Borràs, F. **1992** Factores Psicológicos, Sistema Inmune y Estrés. "*Journal of Health Psychology*". 4 (2): 29-51.
- Zimbrado, P. **1971**. "*Comprensión y control del estrés*". Biblioteca técnica de Psicología, Editorial Trillas, México.

## ANEXO N° 1

### CARTA DE INVITACIÓN A PACIENTES

*Estimado Paciente:*

*Sin duda, el enfermar puede afectar tanto su vida personal como laboral, afectiva, sexual y familiar de muchas formas.*

**Lo invito a participar en una investigación que me encuentro realizando, con la colaboración del Servicio de Oncología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.**

*Su participación (que no le llevará más de 20 minutos) consiste en contestar un cuestionario. Su experiencia nos servirá para ayudar a futuros pacientes a adaptarse, de la mejor manera posible, a la enfermedad y su tratamiento.*

*Le agradezco de antemano su importante colaboración.*

---

*Paula Bravo Urbina*  
*Psicólogo*

*PD: Favor presentarse en la Secretaria del Servicio de Oncología, donde será atendido de inmediato.*

## ANEXO N° 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo, ....., estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que lleva a cabo la Psicóloga Paula Bravo Urbina, en conjunto con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y la Universidad Autónoma de Madrid.

El objetivo del estudio es conocer como enfrentan los pacientes chilenos el estrés que conlleva el padecer de cáncer. Con esta información, se podrá saber mas claramente, cómo el equipo de salud puede ayudar y potenciar la adaptación del paciente a la enfermedad y su tratamiento; lo que también potenciará su recuperación.

**Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.**

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

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

\_\_\_\_\_  
Firma investigador

Santiago de Chile, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2001

## ANEXO N° 3

### ITEMS APLICACIÓN PILOTO

1. Le he contado a otros sobre mi cáncer y como me siento
2. Tengo una actitud positiva frente a mi enfermedad
3. Me niego a creer que tengo cáncer
4. Veo el cáncer como un desafío en mi vida
5. Creo que puedo hacer cosas para mejorar mi salud.
6. Tengo dificultades para hablar de mis miedos y sentimientos
7. He pedido ayuda o apoyo a personas que han pasado por una situación similar.
8. He buscado apoyo en mi familia y amigos para enfrentar mi enfermedad
9. Intento encontrar un significado para todo esto.
10. Veo el cáncer como una prueba que quiero superar
11. Me cuesta pedir ayuda a los que me rodean
12. Creo que soy capaz de hacer frente a la enfermedad
13. Creo que mis experiencias pasadas me serán de ayuda para superar esta enfermedad
14. Las preocupaciones sobre mi enfermedad me impiden concentrarme en otras cosas.
15. Creo que nunca me recuperaré del cáncer
16. Me tranquiliza tener información sobre la enfermedad y el tratamiento
17. Me siento rendido frente al cáncer
18. Me siento acogido y reconfortado emocionalmente por los que me rodean.
19. Con mi familia hablamos abiertamente y sin problemas sobre la enfermedad
20. Tengo problemas familiares a causa de mi enfermedad
21. Tomo mis medicamentos a la hora y en las dosis que indica el doctor

22. Tengo dificultad para hacer preguntas a los médicos y/o enfermeras
23. Tengo dificultad en expresar mis sentimientos a los médicos y enfermeras
24. Hablo de cómo me siento con respecto a mi enfermedad
25. No presto atención a lo que siento en relación con la enfermedad
26. Hago como si no me afectara tener cáncer
27. Trato que los otros no me vean triste o apesadumbrado
28. Prefiero no pensar en el cáncer
29. Me mantengo ocupado en distintas actividades, para no recordar que tengo cáncer
30. Voy al cine o veo televisión para no pensar en mi enfermedad
31. He intentado sentirme mejor consumiendo algunas sustancias (como por ejemplo: alcohol, tabaco, medicamentos y otras drogas)
32. Entiendo lo que me explican los médicos o enfermeras mi enfermedad y su tratamiento.
33. Sigo las instrucciones de mi médico
34. He pedido ayuda a alguien que puede hacer algo específico concreto por mi salud
35. He pedido información y consejo a un profesional
36. He estado haciendo cosas que creo mejorarán mi salud (cambiar mi dieta, ejercicio físico, cambios en la rutina diaria)
37. Desde que conozco mi diagnóstico no puedo pensar en otra cosa.
38. Siento que no puedo controlar nada de lo que sucede con mi salud
39. Mi futuro es poco claro e incierto
40. Mi vida nunca volverá a ser lo que era antes de esta enfermedad.
41. En realidad yo no creo que tenga una enfermedad maligna
42. Creo que el diagnóstico es equivocado
43. Creo que nada ni nadie puede hacer algo por mi salud.
44. Mis amigos o familia evitan hablar conmigo acerca del cáncer
45. Creo que mi familia (o amigos) me ocultan información sobre mi enfermedad
46. Desde que estoy enfermo me he distanciado de mis amigos
47. Creo que el equipo médico me oculta información sobre mi cáncer

48. Los médicos no me explican lo que me están haciendo

49. No estoy conforme con la atención del equipo médico

50. He perdido el interés en las actividades sociales y recreativas

51. Disfruto de las cosas tanto como antes que enfermara.

52. El cáncer y su tratamiento me impiden trabajar.

53. Tengo problemas económicos a causa de mi enfermedad

54. Tengo problemas para costear la enfermedad y su tratamiento.

55. El conocer mi diagnóstico y saber que era lo que me estaba pasando, me hizo sentir más tranquilo.

## ANEXO N° 4

### “ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO Y RECURSOS PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA”

(Bravo, P., 2001)

#### 2.5.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Dimensión	Análisis estadístico	Sub- dimensión	Items
<b>I FACTOR</b> “Percepción del Diagnóstico de la Enfermedad”	N° de Items=16 $\alpha=0,6914$ Varianza = 62,674% (ANEXO N° 7)	Amenaza	9-1-3-10- 27-33-30
		Desafío	7-14-16-29
		Pérdida	6-13-28-11-8
<b>II FACTOR</b> “Afrontamiento”	N° de Items= 14 $\alpha= 0,7063$ Varianza = 61,600% (ANEXO N° 8)	Incidencia de la enfermedad en los Recursos Económicos y Sociales	36-40-42-43-41
		Estrategias Aproximativas	2-5-12-19
		Estrategias Evitativas	4-25-23-24-22
<b>III FACTOR</b> “Factores Asociados”	N° de Items=13 $\alpha= 0.6596$ Varianza = 67,849% (ANEXO N° 9)	Sistema Sanitario	38-18-39-17-37
		Negación	20-32-31-21-26
		Apoyo social	35-34-15

# CUESTIONARIO “ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO Y RECURSOS

## PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS DE LA ENFERMEDAD

### ONCOLÓGICA”

(Bravo, P., 2001)

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas de las reacciones que suelen experimentar las personas que tienen cáncer, por lo que *no hay respuestas buenas o malas*.

**Por favor, indique en que medida estas frases reflejan su sentir o pueden aplicarse a usted durante este último mes, marcando con una cruz la alternativa que más lo represente.**

1. Tengo una actitud positiva frente a mi enfermedad  

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, Nunca	Sólo a veces	Sí, Siempre
  
2. Veo el cáncer como un desafío en mi vida  

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí, Siempre	Sólo a veces	No, Nunca
  
3. Creo que puedo hacer cosas para mejorar mi salud.  

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, Nunca	Sólo a veces	Sí, Siempre
  
4. Tengo dificultades para hablar de mis miedos y sentimientos  

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí, Siempre	Sólo a veces	No, Nunca
  
5. He buscado apoyo en mi familia y amigos para enfrentar mi enfermedad  

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí, Siempre	Sólo a veces	No, Nunca
  
6. Intento encontrar un significado para todo esto.  

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí, Siempre	Sólo a veces	No, Nunca
  
7. Veo el cáncer como una prueba que quiero superar



- Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
8. Me cuesta pedir ayuda a los que me rodean  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
9. Creo que soy capaz de hacer frente a la enfermedad  
    
No, Nunca Sólo a veces Sí, Siempre
10. Las preocupaciones sobre mi enfermedad me impiden concentrarme en otras cosas.  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
11. Creo que nunca me recuperaré del cáncer  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
12. Me tranquiliza tener información sobre la enfermedad y el tratamiento  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
13. Me siento rendido frente al cáncer  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
14. Me siento acogido y reconfortado emocionalmente por los que me rodean.  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
15. Tengo problemas familiares a causa de mi enfermedad  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
16. Tomo mis medicamentos a la hora y en las dosis que indica el doctor  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
17. Tengo dificultad para hacer preguntas a los médicos y/o enfermeras  
    
Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca
18. Tengo dificultad en expresar mis sentimientos a los médicos y enfermeras

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

19. Hablo de cómo me siento con respecto a mi enfermedad

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

20. No presto atención a lo que siento en relación con la enfermedad

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

21. Hago como si no me afectara tener cáncer

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

22. Trato que los otros no me vean triste o apesadumbrado

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

23. Prefiero no pensar en el cáncer

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

24. Me mantengo ocupado en distintas actividades, para no recordar que tengo cáncer

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

25. Voy al cine o veo televisión para no pensar en mi enfermedad

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

26. He estado haciendo cosas que creo mejorarán mi salud (cambiar mi dieta, ejercicio físico, cambios en la rutina diaria)

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

27. Desde que conozco mi diagnóstico no puedo pensar en otra cosa.

Sí, Siempre Sólo a veces No, Nunca

28. Siento que no puedo controlar nada de lo que sucede con mi salud

De acuerdo No sé En desacuerdo

29. Mi futuro es poco claro e incierto

                                             
En desacuerdo              No sé                      De acuerdo

30. Mi vida nunca volverá a ser lo que era antes de esta enfermedad.

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

31. En realidad yo no creo que tenga una enfermedad maligna

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

32. Creo que el diagnóstico es equivocado

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

33. Creo que nada ni nadie puede hacer algo por mi salud.

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

34. Mis amigos o familia evitan hablar conmigo acerca del cáncer

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

35. Creo que mi familia (o amigos) me ocultan información sobre mi enfermedad

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

36. Desde que estoy enfermo me he distanciado de mis amigos

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

37. Creo que el equipo médico me oculta información sobre mi cáncer

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

38. Los médicos no me explican lo que me están haciendo

                                             
De acuerdo                      No sé                      En desacuerdo

39. No estoy conforme con la atención del equipo médico

De acuerdo

No sé

En desacuerdo

40. He perdido el interés en las actividades sociales y recreativas

De acuerdo

No sé

En desacuerdo

41. El cáncer y su tratamiento me impiden trabajar.

De acuerdo

No sé

En desacuerdo

42. Tengo problemas económicos a causa de mi enfermedad

De acuerdo

No sé

En desacuerdo

43. Tengo problemas para costear la enfermedad y su tratamiento.

De acuerdo

No sé

En desacuerdo

## ANEXO N° 5

### ANALISIS ESTADISTICO ALPHA INSTRUMENTO

#### R E L I A B I L I T Y    A N A L Y S I S    -    S C A L E    ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PREG1	2,8125	,3944	48,0
2.	PREG2	1,3542	,6355	48,0
3.	PREG3	2,8750	,3928	48,0
4.	PREG4	2,2500	,7855	48,0
5.	PREG5	1,3750	,7033	48,0
6.	PREG6	1,7500	,8629	48,0
7.	PREG7	1,2292	,5153	48,0
8.	PREG8	2,0000	,8251	48,0
9.	PREG9	2,7708	,5153	48,0
10.	PREG10	2,3125	,7482	48,0
11.	PREG11	2,3750	,7614	48,0
12.	PREG12	1,1250	,3928	48,0
13.	PREG13	2,7500	,5259	48,0
14.	PREG14	1,1250	,3342	48,0
15.	PREG15	2,8750	,3342	48,0
16.	PREG16	1,0208	,1443	48,0
17.	PREG17	2,6042	,7363	48,0
18.	PREG18	2,4583	,7978	48,0
19.	PREG19	1,5417	,7133	48,0
20.	PREG20	1,9792	,7852	48,0
21.	PREG21	1,7917	,8495	48,0
22.	PREG22	1,5833	,7945	48,0
23.	PREG23	1,4375	,7118	48,0
24.	PREG24	1,6458	,8119	48,0
25.	PREG25	2,0625	,8850	48,0
26.	PREG26	1,8542	,8749	48,0
27.	PREG27	2,5208	,6185	48,0
28.	PREG28	2,4167	,8208	48,0
29.	PREG29	1,9167	,8464	48,0
30.	PREG30	2,2083	,8742	48,0
31.	PREG31	2,0417	,9884	48,0
32.	PREG32	2,8750	,4436	48,0
33.	PREG33	2,9583	,2019	48,0
34.	PREG34	2,4792	,7987	48,0
35.	PREG35	2,8750	,3928	48,0
36.	PREG36	2,5833	,8208	48,0
37.	PREG37	2,7917	,4593	48,0
38.	PREG38	2,6458	,7290	48,0
39.	PREG39	2,7917	,5442	48,0
40.	PREG40	2,7083	,6829	48,0
41.	PREG41	1,8958	,9728	48,0
42.	PREG42	1,9167	,9857	48,0
43.	PREG43	1,9375	,9980	48,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
SCALE	92,5208	80,8932	8,9941	Variables 43

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PREG1	89,7083	78,6791	,2942	,7451
PREG2	91,1667	78,0142	,2205	,7460
PREG3	89,6458	79,0421	,2430	,7464
PREG4	90,2708	76,0315	,3099	,7416
PREG5	91,1458	78,6379	,1411	,7494
PREG6	90,7708	73,6272	,4404	,7342
PREG7	91,2917	79,9982	,0683	,7511
PREG8	90,5208	78,7655	,0988	,7523
PREG9	89,7500	78,0638	,2816	,7444
PREG10	90,2083	74,5514	,4475	,7352
PREG11	90,1458	75,0634	,3979	,7375
PREG12	91,3958	80,9676	-,0324	,7530
PREG13	89,7708	79,6698	,1008	,7502
PREG14	91,3958	81,6485	-,1435	,7547
PREG15	89,6458	80,9996	-,0363	,7526
PREG16	91,5000	80,5106	,1396	,7498
PREG17	89,9167	76,8865	,2683	,7438
PREG18	90,0625	76,3577	,2796	,7431
PREG19	90,9792	81,5953	-,0940	,7595
PREG20	90,5417	76,4238	,2806	,7431
PREG21	90,7292	76,0315	,2795	,7430
PREG22	90,9375	75,7194	,3285	,7407
PREG23	91,0833	77,1418	,2595	,7442
PREG24	90,8750	75,9840	,3003	,7420
PREG25	90,4583	74,6791	,3551	,7388
PREG26	90,6667	80,3121	-,0118	,7586
PREG27	90,0000	76,0000	,4183	,7383
PREG28	90,1042	73,6272	,4680	,7332
PREG29	90,6042	83,7336	-,2296	,7688
PREG30	90,3125	76,9854	,2049	,7471
PREG31	90,4792	79,5315	,0218	,7587
PREG32	89,6458	79,1272	,1988	,7472
PREG33	89,5625	80,1662	,1898	,7488
PREG34	90,0417	74,7216	,4008	,7370
PREG35	89,6458	80,1910	,0779	,7504
PREG36	89,9375	74,0598	,4360	,7349
PREG37	89,7292	78,3293	,2894	,7446

PREG38	89,8750	77,8564	,1947	,7471
PREG39	89,7292	78,7123	,1952	,7471
PREG40	89,8125	75,0066	,4582	,7357
PREG41	90,6250	76,8777	,1799	,7491

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PREG42	90,6042	73,6485	,3708	,7374
PREG43	90,5833	74,2482	,3284	,7401

Analysis of Variance

Source of Variation Prob.	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F
Between People	88,4181	47	1,8812	
Within People	1589,1163	2016	,7883	
Between Measures ,0000	662,1386	42	15,7652	33,5720
Residual	926,9777	1974	,4696	
Total	1677,5344	2063	,8132	
Grand Mean	2,1516			

Reliability Coefficients

N of Cases = 48,0

N of Items = 43

Alpha = ,7504

## ANEXO N° 6

### ANALISIS ESTADISTICO VARIANZA INSTRUMENTO

Total Variance Explained			Extraction				Rotation			
Component	Initial Eigenvalues		Cumulative %	Sums of Squared Loadings			Sums of Squared Loadings			
	Total	% of Variance		Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	6,894	16,033	16,033	6,894	16,033	16,033	6,364	14,800	14,800	
2	4,026	9,363	25,395	4,026	9,363	25,395	4,148	9,646	24,446	
3	3,623	8,427	33,822	3,623	8,427	<b>33,822</b>	4,031	9,375	33,822	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

#### Component Matrix

	Component		
	1	2	3
Pregunta 10	,717	,192	-,106
Pregunta 1	,698	1,911E-02	-,232
Pregunta 3	,690	-,161	-,142
Pregunta 9	,673	-2,278E-02	-,238
Pregunta 27	,671	,177	-5,997E-02
Pregunta 33	,597	-,215	-,149
Pregunta 30	,562	,153	-,489
Pregunta 28	,555	,389	-5,938E-02
Pregunta 13	,550	-,212	-,264
pregunta 14	-,545	,248	-2,443E-02
Pregunta 4	,506	-4,350E-02	,287
Pregunta 11	,482	,203	9,314E-02
Pregunta 6	,475	,318	-,109
Pregunta 29	-,468	-3,858E-02	,239
Pregunta 7	-,458	,392	,315
Pregunta 8	,389	-,272	,155
pregunta 16	,230	9,957E-02	6,540E-02
Pregunta 42	,189	,597	-,170
Pregunta 43	,116	,556	-9,064E-02
Pregunta 5	-,226	,547	-,208
Pregunta 2	-,258	,533	9,768E-02
Pregunta 41	-9,323E-03	,506	-,129
Pregunta 12	-,392	,478	-,142
Pregunta 19	-,443	,477	-,247
Pregunta 40	,314	,466	,132



Pregunta 36	,216	,434	,342
Pregunta 24	2,341E-03	,392	4,592E-02
Pregunta 25	,353	,356	-6,262E-02
Pregunta 23	3,509E-02	,349	9,241E-02
Pregunta 32	8,322E-02	,317	,295
Pregunta 22	,173	,247	,160
Pregunta 18	,395	-,167	,638
Pregunta 17	,353	-,125	,553
Pregunta 21	5,425E-02	,215	,526
Pregunta 38	,302	-4,017E-02	,520
Pregunta 26	-,320	1,260E-02	,421
Pregunta 39	,243	,129	,417
Pregunta 37	,172	,292	,405
Pregunta 35	8,533E-02	-,172	,404
Pregunta 20	,202	8,337E-03	,391
Pregunta 31	-,226	6,600E-02	,360
Pregunta 34	,312	,182	,331
Pregunta 15	-3,161E-02	,165	-,277

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a 3 components extracted.

## ANEXO N° 7

### ANALISIS ESTADISTICO I FACTOR

#### R E L I A B I L I T Y    A N A L Y S I S    -    S C A L E    ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PREG9	2,7708	,5153	48,0
2.	PREG1	2,8125	,3944	48,0
3.	PREG3	2,8750	,3928	48,0
4.	PREG10	2,3125	,7482	48,0
5.	PREG27	2,5208	,6185	48,0
6.	PREG33	2,9583	,2019	48,0
7.	PREG30	2,2083	,8742	48,0
8.	PREG7	1,2292	,5153	48,0
9.	PREG14	1,1250	,3342	48,0
10.	PREG16	1,0208	,1443	48,0
11.	PREG29	1,9167	,8464	48,0
12.	PREG6	1,7500	,8629	48,0
13.	PREG13	2,7500	,5259	48,0
14.	PREG28	2,4167	,8208	48,0
15.	PREG11	2,3750	,7614	48,0
16.	PREG8	2,0000	,8251	48,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	35,0417	18,1684	4,2624	16

#### Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PREG9	32,2708	15,6910	,5418	,6530
PREG1	32,2292	16,1379	,5916	,6573
PREG3	32,1667	16,3972	,5084	,6638
PREG10	32,7292	14,2442	,5957	,6327
PREG27	32,5208	14,8081	,6256	,6366
PREG33	32,0833	17,2695	,5113	,6773
PREG30	32,8333	14,4397	,4462	,6538
PREG7	33,8125	19,2620	-,3005	,7306
PREG14	33,9167	18,8865	-,2856	,7151
PREG16	34,0208	18,0208	,1034	,6926
PREG29	33,1250	20,2394	-,3660	,7709
PREG6	33,2917	14,3812	,4649	,6506
PREG13	32,2917	16,5089	,3236	,6745
PREG28	32,6250	13,9415	,5797	,6319
PREG11	32,6667	14,6099	,5117	,6451

PREG8                    33,0417                    15,9131                    ,2392                    ,6868

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

Analysis of Variance

Source of Variation	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F
Prob.				
Between People	53,3698	47	1,1355	
Within People	536,8750	720	,7457	
Between Measures	289,7865	15	19,3191	55,1218
,0000				
Residual	247,0885	705	,3505	
Total	590,2448	767	,7695	
Grand Mean	2,1901			

Reliability Coefficients

N of Cases =        48,0

N of Items = 16

Alpha =        ,6914

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,618	35,114	35,114	5,618	35,114	35,114	3,219	20,122	20,122
2	1,693	10,579	45,693	1,693	10,579	45,693	3,073	19,207	39,329
3	1,406	8,788	54,481	1,406	8,788	54,481	2,378	14,864	54,193
4	1,311	8,193	62,674	1,311	8,193	<b>62,674</b>	1,357	8,480	62,674

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component			
	1	2	3	4
Pregunta 1	,733	-,140	,147	-,123
Pregunta 3	,718	-,281	,375	,179
Pregunta 10	,715	,183	-7,070E-02	-5,561E-02
Pregunta 9	,708	-,181	,258	,135
Pregunta 27	,684	,225	,203	-,189
Pregunta 30	,670	,176	-,378	,178
Pregunta 33	,662	-,263	,372	,212
Pregunta 28	,577	,499	,230	-3,673E-02
Pregunta 13	,575	-,402	1,153E-02	,389
Pregunta 7	-,544	,412	,452	,122
pregunta 14	-,542	,420	,321	,275
Pregunta 11	,542	,480	2,696E-02	-,234
Pregunta 6	,501	,541	-2,172E-02	,105
Pregunta 29	-,480	-8,407E-02	,650	-,125
Pregunta 8	,379	-5,590E-02	-2,478E-02	-,742
pregunta 16	,165	,292	-,256	,504

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

## ANEXO N° 8

### ANALISIS ESTADISTICO II FACTOR

#### R E L I A B I L I T Y    A N A L Y S I S    -    S C A L E    ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PREG36	2,5833	,8208	48,0
2.	PREG40	2,7083	,6829	48,0
3.	PREG42	1,9167	,9857	48,0
4.	PREG43	1,9375	,9980	48,0
5.	PREG41	1,8958	,9728	48,0
6.	PREG4	2,2500	,7855	48,0
7.	PREG2	1,3542	,6355	48,0
8.	PREG5	1,3750	,7033	48,0
9.	PREG12	1,1250	,3928	48,0
10.	PREG19	1,5417	,7133	48,0
11.	PREG25	2,0625	,8850	48,0
12.	PREG23	1,4375	,7118	48,0
13.	PREG24	1,6458	,8119	48,0
14.	PREG22	1,5833	,7945	48,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	25,4167	25,6099	5,0606	14

#### Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PREG36	22,8333	22,2695	,3442	,6874
PREG40	22,7083	22,7216	,3720	,6854
PREG42	23,5000	19,5745	,5806	,6494
PREG43	23,4792	20,0847	,5063	,6617
PREG41	23,5208	21,7442	,3218	,6914
PREG4	23,1667	24,9504	,0054	,7275
PREG2	24,0625	23,2939	,3117	,6922
PREG5	24,0417	22,6791	,3637	,6860
PREG12	24,2917	24,7216	,1879	,7039
PREG19	23,8750	24,1968	,1288	,7115
PREG25	23,3542	22,0634	,3324	,6891
PREG23	23,9792	22,7442	,3475	,6877
PREG24	23,7708	21,9251	,3980	,6804
PREG22	23,8333	23,1631	,2374	,7007

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

Analysis of Variance

Source of Variation Prob.	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F
Between People	85,9762	47	1,8293	
Within People	465,1429	624	,7454	
Between Measures ,0000	136,9107	13	10,5316	19,6044
Residual	328,2321	611	,5372	
Total	551,1190	671	,8213	
Grand Mean	1,8155			

Reliability Coefficients

N of Cases = 48,0

N of Items = 14

Alpha = ,7063

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,149	22,495	22,495	3,149	22,495	22,495	2,654	18,959	18,959
2	2,580	18,430	40,925	2,580	18,430	40,925	2,107	15,048	34,008
3	1,518	10,844	51,769	1,518	10,844	51,769	2,052	14,660	48,668
4	1,376	9,831	61,600	1,376	9,831	<b>61,600</b>	1,811	12,933	61,600

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component			
	1	2	3	4
Pregunta 42	,706	,263	-,186	-,529
Pregunta 43	,656	,239	-,145	-,599
Pregunta 5	,586	-,316	,160	-6,043E-02
Pregunta 41	,502	-,223	-,197	,345
Pregunta 2	,497	-,289	,426	,232
Pregunta 24	,446	,386	,373	9,611E-02
Pregunta 23	,418	,314	,335	,353
Pregunta 19	,432	-,716	6,580E-02	-5,067E-02
Pregunta 4	-8,226E-02	,677	-,171	-3,421E-02
Pregunta 12	,433	-,662	5,748E-02	-,104
Pregunta 25	,343	,611	,385	-,123
Pregunta 40	,473	,107	-,673	,305
Pregunta 36	,452	,174	-,521	,383
Pregunta 22	,281	,385	,240	,398

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
a. 4 components extracted.

## ANEXO N° 9

### ANALISIS ESTADISTICO III FACTOR

#### R E L I A B I L I T Y    A N A L Y S I S    -    S C A L E    ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PREG18	2,4583	,7978	48,0
2.	PREG17	2,6042	,7363	48,0
3.	PREG38	2,6458	,7290	48,0
4.	PREG39	2,7917	,5442	48,0
5.	PREG37	2,7917	,4593	48,0
6.	PREG20	1,9792	,7852	48,0
7.	PREG21	1,7917	,8495	48,0
8.	PREG26	1,8542	,8749	48,0
9.	PREG32	2,8750	,4436	48,0
10.	PREG31	2,0417	,9884	48,0
11.	PREG35	2,8750	,3928	48,0
12.	PREG34	2,4792	,7987	48,0
13.	PREG15	2,8750	,3342	48,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	32,0625	16,3577	4,0445	13

#### Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PREG18	29,6042	13,0102	,4710	,6078
PREG17	29,4583	13,4876	,4305	,6172
PREG38	29,4167	13,2270	,4902	,6070
PREG39	29,2708	14,5847	,3554	,6345
PREG37	29,2708	14,9251	,3442	,6387
PREG20	30,0833	13,9929	,2976	,6401
PREG21	30,2708	13,4783	,3459	,6314
PREG26	30,2083	13,9131	,2572	,6492
PREG32	29,1875	15,4747	,1966	,6537
PREG31	30,0208	14,3187	,1420	,6779
PREG35	29,1875	15,3471	,2783	,6471
PREG34	29,5833	13,7376	,3348	,6335
PREG15	29,1875	16,8364	-,2153	,6836

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Analysis of Variance

Source of Variation	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F
Prob.				
Between People	59,1394	47	1,2583	
Within People	338,1538	576	,5871	
Between Measures	96,5641	12	8,0470	18,7860
,0000				
Residual	241,5897	564	,4284	
Total	397,2933	623	,6377	
Grand Mean	2,4663			

Reliability Coefficients

N of Cases = 48,0

N of Items = 13

Alpha = ,6596

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,161	24,318	24,318	3,161	24,318	24,318	2,551	19,626	19,626
2	1,924	14,802	39,120	1,924	14,802	39,120	1,835	14,114	33,740
3	1,373	10,562	49,682	1,373	10,562	49,682	1,747	13,436	47,176
4	1,256	9,661	59,343	1,256	9,661	59,343	1,420	10,920	58,096
5	1,106	8,506	67,849	1,106	8,506	<b>67,849</b>	1,268	9,753	67,849

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
Pregunta 38	,763	-,200	3,217E-02	2,826E-02	5,035E-02
Pregunta 39	,684	-,480	,129	6,006E-02	-,9305E-02
Pregunta 18	,682	,243	-,116	-,419	-,190
Pregunta 37	,658	-,497	,222	-,6722E-02	6,264E-02
Pregunta 17	,597	,271	-,400	-,188	-,363
Pregunta 26	,213	,535	,457	,176	-,108
Pregunta 32	,406	-,452	-,153	,437	,250
Pregunta 20	,260	,574	-,585	8,655E-02	,166
Pregunta 35	,299	,397	,480	-,344	,366
Pregunta 21	,413	,373	,476	,172	-,123
Pregunta 31	,102	,354	6,533E-02	,758	5,071E-02
Pregunta 34	,463	,178	-,276	1,627E-02	,646
Pregunta 15	-,307	-3,221E-	,143	-,290	,502

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a 5 components extracted.



## ANEXO N° 10

### DEFINICION DE DIMENSIONES, SUBDIMENSIONES E INDICADORES DE LOS ITEMS SOMETIDAS A JUICIO DE EXPERTOS

#### **DIMENSIÓN N° 1: PERCEPCIÓN DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD.**

Definición: Esta dimensión hace referencia a la evaluación del grado de amenaza que representa el diagnóstico de cáncer para el paciente.

Esta evaluación se relaciona con el estilo de afrontamiento que desarrollará el paciente de acuerdo con el “Esquema de Supervivencia” de Moorey y Greer; y es similar al proceso de evaluación cognitiva que proponen Lázarus y Folkman.

#### *SUB-DIMENSIONES*

A)Desafío: Se considera el diagnóstico y la enfermedad como un reto personal que uno considera que puede y debe superar y vencer.

Indicadores:

- Actitud positiva
- Espíritu de lucha

B)Amenaza: Se evalúa el diagnóstico y la enfermedad como algo que supone un riesgo para la propia salud, tanto física como mental, ya que arriesga uno la vida en ello. Entraña un estado de incertidumbre tanto acerca de la capacidad de control personal sobre la enfermedad, sobre la capacidad para vencerla así como sobre las posibilidades de un futuro lo cual suele llevar a la preocupación ansiosa.

Indicadores:

- Preocupación ansiosa
- Incertidumbre sobre el futuro

C)Negación: Existe un rechazo a admitir la realidad tal y como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que uno padece no es realmente cáncer y que el médico se equivocó al comunicar un diagnóstico de este tipo.

Indicador

- Negación de la realidad

D)Pérdida: Se evalúa el diagnóstico como una pérdida del estado de bienestar y/o de algo que nunca se va a recuperar. La pérdida lleva o bien al fatalismo (resignación y dejarlo todo en manos de otras personas) o al desamparo / desesperanza, “nadie ni nada puede hacer algo por mí, estoy irremediamente perdido y no tengo salvación posible”.

Indicadores:

- Fatalismo actitud negativa
- Resignación
- Desesperanza

## **DIMENSIÓN N° 2: IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Definición: Esta dimensión intenta identificar el tipo de estrategias de afrontamiento que el paciente ha implementado para hacer frente al estrés de la enfermedad.

Se entiende el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales 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.

### *SUB-DIMENSIONES*

A)Estrategias Aproximativas: Incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés, o las emociones negativas concomitantes.

Indicadores:

- Aproximación Afectiva: entendida como buscar apoyo y descargar las emociones
- Aproximación Cognitiva: Entendida como autorresponsabilizarse y elaborar la experiencia como forma de crecimiento persona.
- Aproximación Instrumental: Hacer cosas concentrando los esfuerzos en la solución del problema.

B)Estrategias Evitativas: incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes.

Indicadores:

- Evitación Afectiva: guardarse las emociones, represión emocional, aparentar no estar afectado
- Evitación Cognitiva: no elaborar y negar la experiencia como posibilidad de crecimiento. Evitar la elaboración por medio de pensar que no es posible hacer nada o de fantasear con que las cosas cambiarán sin hacer algo al respecto.
- Evitación Instrumental: Dejar de hacer cosas en relación al problema, realizar actividades distractoras, como estudiar, trabajar o beber alcohol.

### **DIMENSIÓN N° 3: VALORACIÓN DE RECURSOS**

Definición: Se refiere a la valoración que realiza el paciente del estado de ciertas variables que inciden en el afrontamiento y adaptación al estrés del diagnóstico y a la enfermedad oncológica.

#### *SUB-DIMENSIONES*

A) Percepción de Control Personal: Tiene que ver con la medida en que la persona piensa que es capaz de controlar los acontecimientos mediante su conducta, capaz de tomar decisiones y realizar acciones que produzcan resultados deseados y eviten los indeseados (Rotter, 1966; Rodin, 1987; en Rodríguez, J., 1995).

Indicadores:

- Expectativas de autoeficacia
- Incontrolabilidad
- Información como control

B) Apoyo Social: Percepción subjetiva de la ayuda y apoyo emocional o instrumental que proporciona la red social.

*Indicadores*

- Comunicación con la familia y amigos y otras redes
- Satisfacción con el apoyo social recibido.

C) Factores Asociados al Sistema Sanitario: Se refiere a los factores que surgen en la interacción con los profesionales del sistema sanitario ó que tienen relación con el tratamiento.

Indicadores

- Baja Adherencia al tratamiento
- Insatisfacción con el cuidado médico

D) Incidencia en la Calidad de Vida: Valoración que el paciente hace de la medida en que el estado de su salud ha afectado a diferentes aspectos de su vida cotidiana (Font, A., 2000)

Indicadores

- Capacidad de disfrute
- Incidencia en la Capacidad laboral
- Problemas económicos derivados de la enfermedad.

## ANEXO N° 11

### AMENAZA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	1	2,1	2,1	2,1
	12,00	1	2,1	2,1	4,2
	13,00	1	2,1	2,1	6,3
	14,00	3	6,3	6,3	12,5
	16,00	2	4,2	4,2	16,7
	17,00	3	6,3	6,3	22,9
	18,00	11	22,9	22,9	45,8
	19,00	4	8,3	8,3	54,2
	20,00	9	18,8	18,8	72,9
	21,00	13	27,1	27,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

### DESAFIO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	17	35,4	35,4	35,4
	5,00	13	27,1	27,1	62,5
	6,00	10	20,8	20,8	83,3
	7,00	5	10,4	10,4	93,8
	8,00	1	2,1	2,1	95,8
	9,00	2	4,2	4,2	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

### PÉRDIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	1	2,1	2,1	2,1
	7,00	3	6,3	6,3	8,3
	8,00	3	6,3	6,3	14,6
	9,00	4	8,3	8,3	22,9
	10,00	4	8,3	8,3	31,3
	11,00	8	16,7	16,7	47,9
	12,00	8	16,7	16,7	64,6
	13,00	11	22,9	22,9	87,5
	14,00	1	2,1	2,1	89,6
	15,00	5	10,4	10,4	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**INCIDENC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	3	6,3	6,3	6,3
	6,00	1	2,1	2,1	8,3
	7,00	3	6,3	6,3	14,6
	9,00	11	22,9	22,9	37,5
	10,00	1	2,1	2,1	39,6
	11,00	9	18,8	18,8	58,3
	13,00	9	18,8	18,8	77,1
	14,00	2	4,2	4,2	81,3
	15,00	9	18,8	18,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**APROX**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	2	4,2	4,2	4,2
	6,00	5	10,4	10,4	14,6
	7,00	12	25,0	25,0	39,6
	8,00	9	18,8	18,8	58,3
	9,00	12	25,0	25,0	83,3
	10,00	3	6,3	6,3	89,6
	11,00	3	6,3	6,3	95,8
	12,00	1	2,1	2,1	97,9
	13,00	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**EVITATIV**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	8	16,7	16,7	16,7
	5,00	8	16,7	16,7	33,3
	6,00	16	33,3	33,3	66,7
	7,00	8	16,7	16,7	83,3
	8,00	4	8,3	8,3	91,7
	9,00	1	2,1	2,1	93,8
	10,00	1	2,1	2,1	95,8
	11,00	1	2,1	2,1	97,9
	12,00	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**SSANIT**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6,00	1	2,1	2,1	2,1
	7,00	1	2,1	2,1	4,2
	8,00	2	4,2	4,2	8,3
	10,00	1	2,1	2,1	10,4
	11,00	4	8,3	8,3	18,8
	12,00	5	10,4	10,4	29,2
	13,00	5	10,4	10,4	39,6
	14,00	5	10,4	10,4	50,0
	15,00	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**APSOCIAL**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	1	2,1	2,1	2,1
	6,00	2	4,2	4,2	6,3
	7,00	8	16,7	16,7	22,9
	8,00	11	22,9	22,9	45,8
	9,00	26	54,2	54,2	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**NEGAC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6,00	1	2,1	2,1	2,1
	7,00	5	10,4	10,4	12,5
	8,00	1	2,1	2,1	14,6
	9,00	11	22,9	22,9	37,5
	10,00	7	14,6	14,6	52,1
	11,00	7	14,6	14,6	66,7
	12,00	4	8,3	8,3	75,0
	13,00	6	12,5	12,5	87,5
	14,00	5	10,4	10,4	97,9
	15,00	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	