

Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas

Coping and Quality of Life in Women Cancer Patients

Mariana Torrecilla^{1,2}, Leandro Martín Casari^{2,3}, Jimena Rivas⁴

¹ IMBECU-CONICET. ² Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica Argentina, ³ INCIHUSA-CONICET, ⁴ Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.

maritorrecilla@yahoo.com.ar

Resumen

Una de las grandes temáticas en el estudio del cáncer son los factores psicológicos. En los últimos años se han hecho importantes contribuciones al estudio de los mismos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico. (Arbizu, 2000; Baider, 2003; Olivares Crespo, 2004; Palacios Incera, 2012). En el presente artículo, se presenta un estudio descriptivo correlacional diseñado con la finalidad de explorar y describir las estrategias de afrontamiento y dimensiones de calidad de vida (CV) en mujeres pacientes oncológicas y examinar posibles relaciones entre las variables mencionadas. La calidad de vida es evaluada por medio del cuestionario EORTC QLQ-C30 (Arraras, Illarramendi y Valerdi, 1996) específicamente diseñado para evaluar esta variable en pacientes con cáncer y el CRIA-A desarrollado por Moos (1993, validación y adaptación argentina de Mikulic y Crespi, 2008), es utilizado para evaluar las estrategias de afrontamiento. Como resultado y en congruencia con otros estudios, las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la CV en relación a al diagnóstico de cáncer. Se reflexiona sobre la importancia del profesional psicólogo durante el tratamiento de enfermedades oncológicas.

Palabras clave

Afrontamiento, Calidad de vida, Psico-oncología

Abstract

Psychological factors are one of the major themes in the study of cancer. In recent years important contributions have been made to their study, associated with cancer incidence, response to treatment, quality of life and psychological well-being (Arbizu, 2000; Baider, 2003; Olivares Crespo, 2004; Palacios Incera, 2012). In this article, we present a descriptive correlational study designed to explore and describe coping strategies and dimensions of quality of life (QOL) in female oncological patients and to examine possible relationships between these variables. Quality of life was assessed with EORTC QLQ-C30 (Arraras, Illarramendi y Valerdi, 1996), specifically designed to evaluate this variable in cancer patients, and coping strategies were assessed using the CRIA-A developed by Moos (1993, validated and adapted to Argentina by Mikulic and Crespi, 2008). We found, accordance with other studies, that avoidance strategies towards the disease correlated negatively with the perceived quality of life in relation to the diagnosis of cancer. We discuss the importance of the professional psychologist in the treatment of oncological diseases.

Keywords

Coping, Quality of life, Psycho-oncology



Cómo citar Citation

Torrecilla, M., Casari, L., & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8, doi: 10.5872/psiencia/8.3.21

Recibido Received

23 / 12 / 2015

Aceptado Accepted

10 / 10 / 2016

Copyright

© 2016 Torrecilla

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), lo que permite compartirlo o adaptarlo, sin fines comerciales, con indicación del autor y la fuente original.

This is an open access article under Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) license, which allows sharing or adapting it in any medium, without commercial purposes, giving credit to original author and source.

Introducción

De acuerdo al Modelo Biopsicosocial de Salud -Enfermedad, una persona se puede considerar como un sistema con subsistemas biológicos, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiental, que están permanentemente en interacción, y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual. Este punto de vista parte de la premisa de que la combinación compleja de variables físicas, psicológicas y sociales influye en la salud de un individuo, en su vulnerabilidad a la enfermedad, en el desarrollo y/o curso y tratamiento de la misma; y en el ajuste psicológico de la persona a la nueva situación.

Engel (1997) establece que para proporcionar una base a la hora de comprender los elementos que influyen de manera determinante en la enfermedad y lograr tratamientos racionales y patrones de cuidado de la salud, el modelo médico también debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario desarrollado por la sociedad para gestionar los efectos divisores que causa la enfermedad, es decir, el rol médico y el sistema sanitario. Esto requiere un modelo biopsicosocial que haga más hincapié en la salud que en la enfermedad. La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socio-ambiental. Se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Además, enfoca la atención en los aspectos preventivos, en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto física como social y estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humanos con su entorno.

De acuerdo a lo mencionado es importante resaltar la función primordial de la Psicología de la Salud, ya que según Matarazzo (1980) la define como:

“La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como la disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud” (p.815).

Uno de las grandes temáticas en el estudio del cáncer son los factores psicológicos (Arbizu, 2000; Baider, 2003; Olivares Crespo, 2004; Palacios Incera, 2012). Desde hace más de dos décadas, la psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad. El concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el cáncer. A nivel general, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes puede sufrir un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Alfonso Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012; Simón, 1999).

Partiendo de lo anterior, diversas investigaciones (Martín-Ortiz, Sánchez y Sierra, 2005; Palacios Incera, 2012) han buscado tener una aproximación clínica ya sea a nivel psicológico o físico del impacto de la calidad de vida en los pacientes con cáncer.

Mosconi, et.al. (2002), llevaron a cabo un estudio para evaluar la calidad de vida en 952 pacientes con cáncer de mama y colon; los resultados evidenciaron que las pacientes con cáncer de mama tuvieron una calidad de vida muy desfavorable en funciones físicas en comparación al grupo control de mujeres sanas. Las pacientes con cáncer de mama relataron una percepción de salud desfavorable en algunas de las dimensiones funcionales de calidad de vida planteadas por la Organización Europea del Investigación y Tratamiento para el Cáncer, a saber: funcionamiento físico, emocional y social.

En un estudio desarrollado por Da Costa Neto y Ferreira de Araújo (2005), cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida de 190 portadores de neoplasia de cabeza y de cuello (NCP), utilizaron como instrumentos la Escala Análogo-Visual de Calidad de Vida para Portadores de NCP y las escalas EORTC QLQ-C30 y EORTC H&N-35. En la fase diagnóstica encontraron una disminución significativa en la calidad de vida general de los pacientes. Concluyeron además que las dimensiones de Síntomas, Relaciones Familiares y Sociales y Calidad de vida Global fueron las que tuvieron el más fuerte impacto en la Calidad de Vida.

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno (2007) llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia). Se utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, el CAE que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer.

Se han encontrado estudios que abordan particularmente el estudio de las Estrategias de Afrontamiento (EA) y Calidad de vida (Díaz Castellanos et al., 2010; Ojeda-Soto & Martínez-Julca, 2012; Oliveros et al., 2010; Ortiz Garzón et al., 2012)

LLul, Zanier y García (2003) hallaron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionaban negativamente con la percepción de la Calidad de Vida y predecían un alto porcentaje de su varianza. Teniendo en cuenta la Calidad de Vida, Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo y Pecina (2001), pioneros en la investigación sobre Calidad de Vida en Argentina encontraron que la Calidad de Vida estaba significativamente deteriorada en pacientes oncológicos, evidenciándose menores puntajes en la dimensión psicológica, las relaciones sociales y la percepción del medio ambiente, a diferencia del aspecto físico y el nivel de independencia.

En tanto que, otros estudios han intentado indagar qué tipo de relaciones existen entre ambos constructos, algunos autores informan acerca de correlaciones negativas entre la Estrategia de Evitación Cognitiva y Descarga emocional y un menor desempeño en el área de Funcionamiento de Rol, Emocional y Social (Buendía, 2010: Galván, Buki & Garcés, 2009; Llull et al., 2003; Mera & Ortiz, 2012; Rodríguez Quintana et al.; 2012). En tanto que en otros estudios reportan correlaciones positivas en la Estrategia de Reevaluación Positiva y mejor desempeño en el área de Funcionamiento de Rol, Físico y el síntoma Fatiga (Coopari, Acosto, Buzó, Huerta & Ortiz, 2014; Ocampo et al., 2011).

Para el desarrollo del siguiente estudio el objetivo específico fue analizar el grado de correlación entre las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas y dimensiones de la calidad de vida en mujeres que se encuentran en tratamiento oncológico y describir las modalidades de presentación.

Contextualización

La clínica oncológica ha reconocido la necesidad explícita de que para poder brindar un nivel óptimo en la calidad de atención a los pacientes enfermos con cáncer, es necesario lograr una adecuada asistencia a nivel psicológico y, en paralelo, ha habido un marcado interés por parte de la psicología de la salud en la práctica profesional de la oncología, como así también en la investigación de los procedimientos para evaluar e intervenir en esta área y de los factores psicológicos que se ponen en juego (Cruzado, 2003)

En Argentina, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) estimó que en 2012 se produjeron 115.162 casos nuevos de tumores malignos, y en relación al resto del mundo, se encuentra en un nivel medio-alto de incidencia de esta enfermedad.

Las últimas cifras publicadas de la Organización Mundial de la Salud [OMS] aseguran que en la Argentina hay más de 100.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres (2012).

La presencia de psicólogos clínicos en el contexto hospitalario, la necesidad de integración del binomio mente-cuerpo bajo el modelo biopsicosocial (Martínez Taboas y Bernal, 2005), las consideraciones sobre las variables psicológicas inherentes al factor de comorbilidad, ha provocado que la práctica de la psicología se especialice aún más y se creen áreas de la misma dentro de otras disciplinas como la oncológica (Holland, 1992, citado en Asencio Huertas & García Rodríguez, 2011).

Uno de los objetivos de la Psico-oncología es ir desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, e incluyen la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. El psico-oncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base en un campo especializado, en continua evolución y desarrollo (Cruzado, 2003).

Método

Diseño

Se realizó un estudio ex post facto retrospectivo (Montero y León, 2007) que evalúa a los sujetos la exposición y efecto en un mismo momento (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2014). Se han realizado estudios similares en otros contextos y poblaciones (Lull et.al., 2003).

Participantes

Se obtuvo una muestra intencional no probabilística de 80 mujeres entre 21 a 55 años de edad, con un promedio de 38.6 años y una desviación típica 7.6, que se encontraban en tratamiento oncológico, provenientes de un hospital de atención pública de la Provincia de Mendoza Argentina. Debido al número obtenido, la cantidad de participantes no obedece a un criterio de representatividad estadística según la cantidad de casos registrados de cáncer en Argentina, ni tampoco se cumple con una asignación aleatoria. El criterio de selección de los participantes obedeció a factores temporales, es decir, todos los pacientes que asistieron a dicha institución durante el segundo semestre del año 2015.

Como criterio de inclusión, se consideró la presencia de una patología cancerígena en cualquier estadio de la enfermedad. Como criterio de exclusión, se propuso la edad

(menor a 18 años), que la persona haya realizado en el mismo día una sesión de quimioterapia y la presencia de retraso mental o una condición médica que dificulte la lectura e interpretación del cuestionario.

El 54,5 % de las mujeres están casadas o en concubinato, un 27,5 % solteras, 13,7 % separadas o divorciadas, y el resto viudas (3,75 %). En cuanto a la escolaridad, en su mayoría las mujeres sólo concluyeron sus estudios primarios (43,75 %), seguido de secundario completo (33,75 %), y el restante se distribuye entre terciario o universitario completo (20 %), o sin estudios primarios (2,5 %). Prácticamente el 80% es ama de casa, y el porcentaje restante trabaja en relación de dependencia.

En relación a la enfermedad, presentan diversos tipos de cáncer con o sin metástasis en diversos órganos y partes del cuerpo. Principalmente cáncer de mama: 65% y el porcentaje restante se distribuye entre cáncer de ovario: 17%; de cuello de útero: 15%; pulmón: 3%. , colon, tiroides, etc. Y los tratamientos principales incluyen: quimioterapia, cirugía, radioterapia, hormono terapia, y en espera de tratamiento.

Todos los datos referidos tanto a variables sociodemográficas como a características de la condición clínica, fueron facilitados por las mujeres en un cuestionario sociodemográfico Ad Hoc.

Instrumentos

Para evaluar Calidad de Vida (CV) se utilizó el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30), en la versión española de Arraras, Illarramendi y Valerdi (1996). Es un instrumento para evaluar de manera específica la calidad de vida en sus diferentes dimensiones en pacientes con cáncer. Actualmente se trabaja con la versión 3.0. El Grupo de Calidad de Vida de la EORTC ha desarrollado diversos cuestionarios específicos de CV. Este equipo asesora la validación local y el uso adecuado de sus instrumentos. Los cuestionarios son completos y su formulación resulta culturalmente próxima a la idiosincrasia latina. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las escalas estuvieron cercanos a puntajes de 0,70 en su adaptación.

El QLQ- C30 es un cuestionario que puede ser autoaplicable y las preguntas se refieren a un período de tiempo de una semana y se emplea un formato de respuesta tipo Likert (1= Nunca; 2= A veces; 3= Bastante; 4= Muy frecuentemente).

En él se incluyen:

-Escala de Estado de Salud General o Calidad de relacionada con la salud: la cual se evalúa por medio de dos ítems en los que se pide al sujeto su autoevaluación respecto a su salud general y a su calidad de vida.

-Cinco Escalas Funcionales: 1) Funcionamiento Físico (FF): el cual se define por la capacidad que posea el sujeto de realizar determinadas actividades, éstas son: tareas que requieran esfuerzos grandes o mucha energía (como llevar una bolsa de compras pesada), dar paseos largos, dar paseos cortos, la necesidad de tener que permanecer sentado o en cama la mayor parte del día y finalmente la posibilidad de llevar a cabo tareas cotidianas (como ir al baño, comer, vestirse o bañarse). Está compuesto por 5 ítems. 2) Funcionamiento de Rol (FR): está constituido por la existencia o inexistencia de limitaciones para trabajar o realizar los quehaceres diarios y además por las limitaciones para llevar a cabo pasatiempos o actividades de tiempo libre. Está compuesto por 2 ítems. 3) Funcionamiento Emocional (FE): evalúa la presencia de nerviosismo o tensión, preocupación, irritabilidad y depresión en el sujeto, a través de 4 ítems. 4) Funcionamiento Cognitivo (FC): indaga sobre la posibilidad de que el sujeto

presente problemas de concentración o de memoria. Composición: 2 ítems. 5) Funcionamiento Social (FS): incluye la posibilidad que se presenten dificultades en la vida familiar y alteraciones en las actividades sociales del sujeto, a través de 2 ítems.

-Tres Escalas de Síntomas: 1) Fatiga (FA): para establecer la presencia de éste síntoma se interroga al sujeto sobre la posibilidad de que se sienta débil, cansado y de que haya sentido la necesidad de descansar (evaluada mediante 3 ítems). 2) Náuseas y Vómitos (NV): indaga sobre la existencia de estos síntomas en 2 ítems. 3) Dolor (DO): se evalúa por medio de la presencia del mismo y por la posibilidad de que éste haya podido estorbar las actividades cotidianas del sujeto, mediante la respuesta a 2 ítems.

-Ítems de evaluación individual: 1) Disnea (DI). 2) Insomnio (IN). 3) Pérdida de Apetito (PA). 4) Constipación (CO). 5) Diarrea (DR). 6) Dificultades Económicas (DE).

Una vez obtenidos los puntajes brutos, los mismos se transforman en puntajes estandarizados, establecidos para cada escala representadas en el EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) (Arrarás et.al., 2002),

Para evaluar las Estrategias de Afrontamiento se utilizó el CRI-A. Inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (1993) validado y adaptado a población argentina por Mikulic y Crespi (2008). Este consta de 48 ítems que la persona debe contestar en una escala de 4 puntos (desde "no, nunca" a "sí, casi siempre"). Los mismos están divididos en ocho estrategias de afrontamiento que se evalúan a través de 6 ítems cada una de ellas:

- 1- Análisis Lógico (AL): comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias. Por ejemplo: ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?
- 2- Reevaluación Positiva (RP): abarca los intentos cognitivos para construir y reconstruir un problema en un sentido positivo aceptando la realidad de la situación. Por ejemplo: ¿intentó ver el lado positivo de la situación?
- 3- Búsqueda de Apoyo (BA): consiste en los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo. Ejemplo: ¿habló con su cónyuge u otro familiar acerca del problema?
- 4- Solución de Problemas (SP): Intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema. Ejemplo: ¿decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?
- 5- Evitación Cognitiva (EC): intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista acerca del problema. Ejemplo: ¿intentó no pensar en el problema?
- 6- Aceptación-Resignación (AR): intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución. Ejemplo: ¿aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
- 7- Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR): intentos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción. Ejemplo: ¿empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
- 8- Descarga Emocional (DE): intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos. Ejemplo: ¿lloró para manifestar sus sentimientos?

Las cuatro primeras estrategias se consideran de aproximación al problema o estrategias activas y las cuatro últimas de evitación al problema o estrategias pasivas. Asimismo, las dos primeras estrategias de cada bloque suponen una manera de afrontar los problemas por la vía cognitiva y las dos últimas suponen un afrontamiento de tipo conductual.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el inventario cuenta con criterios satisfactorios de validez y confiabilidad.

La validez de la prueba fue determinada mediante análisis factorial exploratorio, método de componentes principales con rotación Oblimin. Se obtuvo un índice KMO = 0,765, valor mediano según el baremo de Kaiser, y un valor de $p < .001$ en la prueba de la esfericidad de Bartlett, mostrando la adecuación de un Análisis Factorial para nuestros datos. Se utilizaron los puntajes directos de las ocho escalas específicas con lo que se obtuvo una matriz estructural de dos factores que explican el 56,1% de la varianza.

En relación a la confiabilidad, las escalas combinadas (Aproximación Cognitiva, Aproximación Conductual, Evitación Cognitiva, Evitación Conductual) obtuvieron valores aceptables en la prueba Alpha de Cronbach ($\alpha > .70$). Pero en el análisis de las 8 estrategias específicas, los valores estuvieron entre .50 y .70, no alcanzando el mínimo aceptable (George & Mallery, 2007).

Procedimiento

Se solicitaron las autorizaciones hospitalarias correspondientes y aprobación del protocolo de trabajo por el Comité de Docencia e Investigación de la Institución. A partir de los datos proporcionados por los médicos tratantes, se establecieron los contactos con las mujeres en tratamiento oncológico y se las invitó a participar del estudio. Su inclusión fue voluntaria y sujeta a consentimiento informado. Se administraron los cuestionarios de forma individual y en presencia del investigador. Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad y actuar en beneficio de los participantes.

Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0. En primer lugar, se obtuvieron estadísticos descriptivos de cada variable en estudio: medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar). Luego se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, fijando un nivel de .05 como valor de significación e interpretando la intensidad de las correlaciones de acuerdo a los criterios de Aaron y Aaron (2001): inferior a .29 (pequeña), inferior a .49 (moderada), y superior a .50 (fuerte).

Resultados

Fase previa de preparación de los datos

Previo al análisis, se evaluó el patrón de valores perdidos para estimar si el mismo respondía a una distribución aleatoria, y de este modo evaluar el porcentaje de estos valores en cada variable en estudio. Se utilizó la rutina de *Análisis de Valores Perdidos de SPSS* para detectar los valores ausentes. Se observó que estos valores, en ninguna de las variables bajo estudio superaron el 5%. Una vez confirmada la aleatoriedad de los casos perdidos mediante la prueba de MCAR ($X^2(831) = 822.060, p = .581$), se decidió imputar los valores ausentes por la media de cada ítem.

Luego, para analizar la normalidad de las variables en estudio, se estudiaron los índices de asimetría y curtosis, considerando como excelente valores entre +1,00 y -1,00, y adecuados valores inferiores a +2,00 y -2,00 (George & Mallery, 2007). En el test EORTC QLQ-C30 los índices oscilaron entre -.24 a .39, y en el test de afrontamiento entre -.52 a .075, por lo que se consideran valores excelentes.

Fase inicial descriptiva

En primer lugar se analizaron ambos instrumentos por separado para determinar el predominio de estrategias de afrontamiento y de funciones de la CV.

En el primer caso, se obtuvieron los puntajes brutos de cada estrategia, ya que al estar compuestos por una cantidad similar de ítems cada escala, aquella donde el sujeto obtenga mayores valores es considerada la predominante.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar de la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento en mujeres con tratamiento oncológico (N = 80).

Estrategias de Afrontamiento	M	DE
Análisis Lógico	40,52	7,79
Reevaluación Positiva	55,74	10,02
Búsqueda de Apoyo	49,86	8,80
Solución de Problemas	48,03	6,64
Evitación Cognitiva	60,13	10,22
Aceptación-Resignación	47,03	8,37
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	43,36	10,73
Descarga Emocional	56,32	12,58

Como puede observarse, aquellas estrategias con mayor puntaje fueron: Evitación Cognitiva y Aceptación Resignación. Esto implicaría que de los cuatro grupos posibles de estrategias de afrontamiento, las mujeres tienden a inclinarse por aquellas que emplean métodos cognitivos y focalizadas en la evitación de los problemas.

Seguidamente, se analizó el cuestionario EORTC QLQ-C 30. Se convirtieron los resultados obtenidos por cada mujer que participó en la muestra en puntajes brutos. Estos puntajes brutos fueron transformados en puntajes estandarizados, establecidos para cada escala representadas en el EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) (Arrarás et.al., 2002).

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en Calidad de Vida en mujeres con tratamiento oncológico (N = 80)

EORTC QLQ-C30	M	DE	Puntajes Transformados	Rango	Descripción
Funcionamiento Físico	64,67	24,36	69	88-90	Por debajo del promedio
Funcionamiento de Rol	69,61	18,88	56	57-100	Por debajo del promedio
Funcionamiento Emocional	56,90	35,74	31	66-100	Por debajo del promedio
Funcionamiento Cognitivo	30,68	28,95	59	85-100	Por debajo del promedio
Funcionamiento Social	60,65	33,57	44	70-100	Por debajo del promedio
Fatiga	44,38	37,12	72	0-37	Por encima del promedio
Náuseas y Vómitos	71,85	30,33	27	0-33	Dentro del Promedio
Dolor	29,16	33,59	67	0-33	Por encima del promedio
Disnea	67,07	35,36	45	0-32	Por encima del promedio
Insomnio	45,43	42,55	44	0-51	Dentro del promedio
Pérdida de Apetito	43,76	43,64	18	0-18	Dentro del promedio
Constipación	17,90	31,37	32	0-23	Dentro del promedio
Diarrea	32,51	39,01	28	0-13	Por encima del promedio
Dificultades Económicas	29,62	40,09	57	0-23	Por encima del promedio
Calidad de Vida Global	57,12	43,82	64	46-88	Dentro del promedio

Con lo descrito anteriormente, se puede decir que algunas mujeres que conformaron la muestra, obtuvieron puntajes que se encuentran *Dentro del Promedio* en las siguientes Escalas Funcionales, Escalas de Síntomas e Ítems Individuales y Escala de Salud General o Calidad de Vida relacionada con la salud: Insomnio, Calidad de Vida relacionada con la Salud, Náuseas y Vómitos, Pérdida de Apetito y Constipación.

Asimismo, se observa que también se obtuvieron puntajes que se encuentran *Debajo del Promedio* esperado en los siguientes ítems de la Escala Funcional: Funcionamiento Físico, Funcionamiento de Rol, Funcionamiento Emocional, Funcionamiento Cognitivo y Funcionamiento Social.

Por otra parte, se observa, que se obtuvieron puntajes que se encuentran *Encima del Promedio* esperado, indicando que hay presencia de síntomas y malestar propios de la enfermedad y su tratamiento en los ítems de la Escala de Síntomas e Ítems Individuales: Fatiga, Dolor, Disnea, Diarrea y Dificultades Económicas.

Con lo desarrollado anteriormente, se observa, que existe una prevalencia de los ítems que conforman la Escala de Síntomas e Ítems Individuales, es decir, que la mayoría de las mujeres que conformaron la muestra, padecen de dolor, fatiga, dificultad para

respirar, diarrea y dificultades económicas, debido al diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios propios de su tratamiento (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).

También se destaca, que en los ítems de la Escala Funcional, en la que debería esperarse que sus puntajes *estén dentro del promedio o por encima del mismo*, la muestra conforme a las 80 mujeres, obtuvo un puntaje inferior al del promedio esperado, indicando que, los ítems de Funcionamiento Físico, Funcionamiento de Rol, Funcionamiento Emocional, Funcionamiento Cognitivo y Funcionamiento Social, están dentro de la descripción de Calidad de Vida *por debajo del Promedio esperado*.

Por último, los ítems que se encuentran *Dentro del Promedio esperado*, son Insomnio, Náuseas y vómitos, Pérdida de Apetito, Constipación, Diarrea y la Escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud, estarían dentro de la descripción de la Calidad de Vida esperada.

Fase estadística correlacional

Tabla 3. Correlaciones entre Calidad de Vida y Afrontamiento.

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$. (1) Análisis Lógico; (2) Reevaluación positiva; (3) Búsqueda de apoyo; (4)

Calidad de Vida / Afrontamiento	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Funcionamiento Cognitivo	-,282*	,053	,175	,164	-,182	-,315**	,520**
Funcionamiento Físico	-,109	,325*	,208	,114	-,035	-,198	-,436**
Fatiga	-,046	,252*	,046	,297**	,000	-,152	-,395**
Funcionamiento de Rol	,099	,222*	-,026	,328**	-,231*	-,197	-,272*
Funcionamiento Emocional	,023	,218	,224*	,321**	-,312**	-,152	-,312**
Constipación	,054	-,126	-,25*	-,257*	,008	,185	,074
Disnea	-,093	-,186	-,002	-,447**	,125	,212	,304**
Funcionamiento Social	,018	,102	,111	,031	-,278*	-,137	-,205
Insomnio	,006	-,097	,012	-,027	,292**	,128	,150
Náuseas y vómitos	,042	-,066	,074	-,186	,206	,090	,245*
Calidad de Vida Global	,029	-,136	,080	-,213	,204	,185	,408**

Solución de problemas; (5) Evitación cognitiva; (6) Aceptación Resignación; (7) Descarga emocional

Como puede observarse en la tabla 3, se encontraron múltiples correlaciones significativas entre las variables Afrontamiento y Calidad de Vida, de diferentes grados de intensidad.

La correlación más intensa se registró entre Descarga Emocional con Funcionamiento Cognitivo ($r = -.520$), siendo una correlación fuerte ($r > .50$) (Aaron & Aaron, 2001).

Aquellas correlaciones que alcanzaron una magnitud moderada ($r > .30$) fueron:

Descarga Emocional con Funcionamiento Físico ($r = -.436$), Fatiga ($r = -.395$), Funcionamiento Emocional ($r = -.312$), Disnea ($r = .304$), y Calidad de Vida Global ($r = .408$). También se encontraron correlaciones significativas entre Solución de Problemas con, Disnea ($r = -.447$), Funcionamiento de Rol ($r = .328$) y Funcionamiento Emocional ($r = .321$). Evitación Cognitiva correlacionó significativamente con Funcionamiento Emocional ($r = -.312$), y Reevaluación Positiva correlacionó positivamente con Funcionamiento Físico ($r = .325$).

Las demás correlaciones presentan una magnitud pequeña ($r < .30$) (Aron & Aron, 2001).

Discusión

Las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como las enfermedades crónicas (Contreras & Cols, 2007). El planteo que presentan Lazarus y Folkman (1986) considerando el afrontamiento como un proceso en el que el individuo cambia de estrategia ante determinados momentos, hace que éste, deba contar con estrategias de tipo defensivas en determinadas situaciones, y en otras, con aquellas que sirvan para resolver el problema. A la vez, plantean que la función del afrontamiento se relaciona con el objetivo de cada estrategia, el resultado del afrontamiento incide en el efecto que cada estrategia tiene; y por tanto, una estrategia puede servir a una función determinada.

A partir del objetivo propuesto de analizar el grado de correlación entre las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas y dimensiones de la calidad de vida en mujeres que se encuentran en tratamiento oncológico, los resultados hallados en el presente trabajo indican que las estrategias que mayor medida utilizaron las mujeres del estudio serían las estrategias pasivas o de evitación al problema, específicamente Evitación Cognitiva (pasiva cognitiva) y la estrategia de Descarga Emocional (pasiva conductual).

En el caso de la estrategia de Evitación Cognitiva (pasiva cognitiva), entendida como los intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista acerca del problema (Moos, 1993), se encontraron correlaciones negativas con Funcionamiento de Rol, Funcionamiento Emocional y Funcionamiento Social, lo cual permite pensar que al utilizar esta estrategia, dificultaría y deterioraría las dimensiones evaluadas en Calidad de Vida; a su vez, las pacientes inhibirían sus emociones negativas como la tensión, preocupación, irritabilidad y depresión, provocando dificultades en la vida familiar y alteraciones en las actividades sociales.

Por otro lado, Evitación Cognitiva correlacionó positivamente con la dimensión de Insomnio correspondiente a la Escala de Síntomas, esto podría suponer, que al utilizar esta estrategia frente a la enfermedad estarían encerrándose en un círculo vicioso, impidiendo poder resolverlo y afrontarlo de una manera más activa, lo que a su vez acentuaría los síntomas de malestar psicológico.

Estos resultados coincidirían con algunos estudios realizados en donde se encontró que la estrategia de afrontamiento de evitación hacia la enfermedad oncológica, correlacionaría negativamente con la percepción de calidad de vida, en sus dimensiones correspondientes al ambiente social y familiar, al estado emocional y otras preocupaciones asociadas a la enfermedad (Llull, et al., 2003; Galván et al., 2009); en su estudio de revisión sistemática identificaron investigaciones que estudiaron factores psicosociales como estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama, hallaron

una fuerte evidencia de que las estrategias de afrontamiento por evitación y negación, correlacionaron negativamente, desencadenando un peor ajuste al cáncer y a la percepción de la calidad de vida.

En cuanto a la estrategia de Descarga Emocional (pasiva conductual), entendida como los intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos (Moss, 1993), correlacionaría negativamente con Funcionamiento Cognitivo, Funcionamiento Físico, Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Emocional, correspondientes a la Escala Funcional de la Calidad de Vida. Esto indicaría, que al utilizar esta estrategia, a través del llanto, desesperación y enojo, impediría poder concentrarse en las recomendaciones del tratamiento y en afrontar mejor la enfermedad; así como también la capacidad de no poder realizar determinadas actividades que requieran esfuerzos de mucha energía y por último, en su relación con la vida familiar y social.

Dentro de la Escala de Síntomas, también correlaciona negativamente con Fatiga, es decir, que al descargar las emociones y tensiones propias de la enfermedad, las pacientes van a sentirse aliviadas al reducir la tensión en ellas, pero no van aproximarse al problema para resolverlo, sino, que van a descargar sus emociones culpabilizando al entorno o a sí mismas, sin aceptar la situación que atraviesan. A su vez, correlacionó positivamente con, Disnea, Náuseas y Vómitos y con la Escala de Calidad de Vida Global. Respecto a la relación entre estas variables, es interesante destacar, que siguen un patrón homogéneo de comportamiento no solo, acentuando los síntomas propios de la enfermedad y su tratamiento sino también, alterando la percepción de su Calidad de Vida. Estos resultados serían congruentes, en el mismo estudio mencionado anteriormente (Llul, et al., 2003), que, además de encontrar que la evitación cognitiva correlacionaría negativamente con la calidad de vida y la mayoría de las escalas. Dentro de las estrategias de evitación conductual, específicamente la descarga emocional, también correlacionaría negativamente con la calidad de vida, en sus dimensiones, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y otras preocupaciones relacionadas con la enfermedad en sí.

Con respecto a las estrategias de aproximación al problema o activas, si bien no fueron empleadas para afrontar la enfermedad en la presente muestra, es interesante resaltar, que la estrategia de Reevaluación Positiva (activa pasiva) fue la que mayor puntuación tuvo dentro del paquete de estrategias activas, correlacionando positivamente con Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Físico y con el síntoma Fatiga. La relación entre las variables también siguen un comportamiento homogéneo, ya que al reevaluar la situación estresante que están atravesando, le dan un nuevo sentido teñido de positividad y enseñanza de vida, fortaleciendo la percepción de Calidad de Vida. Estos resultados serían congruentes con Espantoso (2007), quien descubrió que el recurso de afrontamiento más utilizado en pacientes oncológicos es la "Reevaluación Positiva", por lo que no interfiere y correlaciona positivamente con la evaluación que hacen en torno a su estado físico general de salud y calidad de vida. Cópvari y colaboradores (2014) en su estudio con pacientes oncológicos, halló que la mayoría de los pacientes afronta el proceso de su enfermedad con estrategias de aproximación, Reevaluación Positiva, correlacionando positivamente con su percepción y calificación de Calidad de Vida.

En congruencia con otros estudios, los hallazgos en el presente estudio indican que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la CV. Estos resultados coincidirían con otros estudios realizados, donde se encontraron que las estrategias de aceptación estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias desfavorables en los pacientes (Stiebler Leal, 1993), el fatalismo y la desesperanza se asociaron a una disminución de la CV global (Ferrero, Toledo & Barreto, 1995), y las estrategias de resignación y catarsis

(evitación cognitiva y conductual respectivamente) correlacionaron con mayor deterioro psicosocial (Ibáñez & Rosbundo, 1993).

Articulación

El cáncer es una patología que implica gran complejidad, tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la etapa de diagnóstico e inicio de tratamiento, ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende (Velásquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007). Entre los factores que inciden en el desarrollo y calidad de vida de los individuos diagnosticados, se ubican aquellos que se desprenden de la misma enfermedad, de los tratamientos y pronóstico.

Además de la sintomatología física (enfermedad), es necesario considerar el padecimiento de los pacientes con cáncer – en la evaluación, pronóstico y tratamiento – desde una perspectiva humana integral. El médico realiza una labor increíblemente valiosa, pero junto a él, se necesitan otros profesionales especializados que efectúen intervenciones con los pacientes y sus familiares. De estos datos se deduce la necesidad de una intervención psicológica en los pacientes que desarrollen un afrontamiento que se asocia a mayor malestar y deterioro de la CV.

Como plantean Llull et al. (2003) es válido considerar que en el proceso de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer, el aporte de la psicología es fundamental, ya que a través de la psicooncología se ha contribuido al diseño y aplicación de instrumentos y programas de intervención eficaces, que han permitido establecer los factores biopsicosociales que afectan la morbilidad y mortalidad por cáncer y las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales de los pacientes, sus familiares y los profesionales de la salud.

Referencias

- Arbizu, J. P. (2009). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 173-178.
- Aron, A. & Aron, E. N. (2001). *Estadística para psicología* (2º Ed). Buenos Aires: Pretince Hall.
- Arraras, J.I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., & Valerdi, J. (2002). The eortc QLQ-C30 (version 3.0) quality of life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 249-256. doi: 10.1002/pon.555
- Arraras, J.I., Illarramendi, J.J., & Valerdi, J.J. (1996). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC. Estudio estadístico con una muestra española. *Revista de Psicología y salud*, 7, 13-33.
- Ascencio-Huertas, L., & García-Rodríguez, F. M. (2011). Programa de formación en psico-oncología basado en el modelo fundacional. *GAMO*, 10 (2). 94-102.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista incional de psicología clínica y de salud*, 3 (3), 505-520.

- Bonicatto, S., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919. [doi:10.1016/S0277-9536\(00\)00192-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00192-1)
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Editorial Thompson.
- Buen Día, A.P. (2010). *Aplicación del modelo biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico*. Tesis para optar al título de Doctora (inérita). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Universidad de JAÉN.
- Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery-Huerta, P., & Ortíz, V. (2014). Calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer y SIDA de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5, 82-96.
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 7, 9-19.
- Da Costa Neto, S.B., & Ferreira de Araújo, T. C. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 53-63.
- Díaz Castellanos, I., Velásquez Pérez, B., Rodríguez Jaramillo, C., Ortiz Claro Y. G., Jerez Molina, J., Buitrago Corredor, L. A., & Moreno Vera, Y.D. (2010). Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos. *Ciencia y Cuidado*, 7, 61-70.
- Engel, G.L. (1997). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. [Doi:10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
- Espantoso, R. (2007). Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en pacientes Oncológicos. *Psicooncología*, 4, 43-57.
- Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., Bottomley, A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Ferrero, J., Toledo, M., & Barreto, M. (1995) Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 87-102.
- Galván, N, Buki, L. P., & Garcés, D. M. (2010). Variables psicosociales asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistémica. *Ciencias Psicológicas*, 4, 33-41.
- Gaviria, A.M, Vinaccia, S.; Riveros, M.F & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de Vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Holland, J.C. (1992). Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology*, 1, 1-13. [doi: 10.1002/pon.2960010103](https://doi.org/10.1002/pon.2960010103)
- Llull, D., Zanier, J., & García, F. (2003) Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8, 175-182. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09>

- Martín Ortiz, J.D., Sánchez, M. J., & Sierra, J.C. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-45.
- Martínez-Taboas, A. & Bernal, G. (2005). *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas Editores.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Mera, P. C., & Ortiz, M. (2012). La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia Psicológica*, 30, 69-78.
- Mikulic, I., & Crespi, M. (1998). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*. XV. 305-312.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory CRI-Adult form*. Professional Manual. Odessa: PAR, Inc.
- Mosconi, P., Apolone, G., Barni, S., Secondino, S., Sbanotto, A., & Filiberto, A. (2002). Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumori*, 88,110-116.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (2º Ed.). México: Thomson.
- Ocampo, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L., & García-Fabela, R.O. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 265-269.
- Ojeda- Soto, S., & Martínez- Julca, C. (2012). Afrontamiento en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mamá. *Revista enfermería herediana*, 5, 89-96.
- Olivares Crespo, J. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.
- Oliveros Ariza, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de psicología GEPU*, 2 (1), 19-29.
- Ortiz Garzón, E., Méndez Salazar, L. P., Camargo Barrero, J. A., Chavarro, S.; Toro Cardona, G. I. & Vernaza Guerrero, M. B. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8, 77-83.
- Rodríguez-Quintana R., Hernando-Trancho, F., Cruzado J. A., Olivares, M. E., Jamal I., & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9, 95-112. doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39140
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la Salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermedad*, 9, 9-21.
- Simón, M.A. (1999). *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Velásquez, A., García, M., Alvarado, S., & Ángeles, J. (2007). Cáncer y Psicología. *Gamo*, 6, 19-35.