

**RELACION ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y VARIABLES
ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DEL CANCER CON CALIDAD DE VIDA**

GLORIA PATRICIA OROZCO SALAZAR

JUDITH ESTELLA PARODI FLOREZ

GINNA TATIANA POLANIA PERDOMO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Facultad de Psicología

Chía, Noviembre de 2001

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y VARIABLES
ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DEL CANCER CON CALIDAD DE VIDA

PRESENTADO A: COMITÉ DE TRABAJOS DE GRADO

PRESENTADO POR: Gloria P. Orozco Salazar, Judith E. Parodi Florez y

Ginna Tatiana Polanía Perdomo.

Chía, Noviembre de 2001

Agradezco a mis padres y hermano por el apoyo que me brindaron y la confianza que me ofrecieron durante éste largo proceso, a Ivan por su comprensión y compañía incondicional en los momentos en que más lo necesité y a Dios por el significado que le da día a día a mi vida.

Ginna T. Polanía P.

Quiero agradecer inmensamente a Dios porque siempre me ha dado la luz para encontrar el verdadero significado de la vida. A mis padres porque siempre creyeron en mí y gracias a ellos he podido alcanzar las metas que me he propuesto hasta hoy. A mis hermanas porque gracias a nuestro fuerte lazo de unión siempre me he sentido apoyada y con las suficientes fuerzas para luchar. Y especialmente y con todo mi amor dedico este triunfo en mi vida a mi esposo Oscar y mi pequeña hija Sofía, porque son ellos los que día a día me impulsan a cumplir mis sueños y con su amor me han enseñado lo hermosa que es la vida.

Judith Estela Parodi Flores

Agradezco inmensamente a mi hija Lina Maria por su entusiasmo, ternura y comprensión que siempre me acompañaron . A mi esposo Luis Alejandro por su apoyo incondicional y fortaleza permanente. A mis padres pues sin ellos esto no sería realidad.

Gloria Patricia Orozco Salaza

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO,	1
0. INTRODCUCCIÓN,	4
0.1 JUSTIFICACIÓN,	5
0.2 PROBLEMA,	6
0.3 MARCO CONCEPTUAL,	6
0.4 OBJETIVOS,	34
0.4.1 OBJETIVOS GENERALES,	34
0.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS,	34
0.5 VARIABLES,	35
0.6 HIPÓTESIS,	36
1. MÉTODO,	37
1.1 DISEÑO,	37
1.2 POBLACIÓN,	38
1.3 INSTRUMENTOS,	38
1.4 PROCEDIMIENTO,	42
2. ANÁLISIS DE RESULTADOS,	43
3. DISCUSIÓN,	60
4. REFERENCIAS,	67
5. ANEXOS,	70

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Consentimiento Informado

Anexo B: Escala de Valoración de Calidad de Vida de Font

Anexo C: Escala de Ajuste Mental al Cáncer

Anexo D: Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung

Anexo E: Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung

Anexo F: Datos Tabulados

RELACION ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y VARIABLES
ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DEL CANCER CON CALIDAD DE VIDA

María Teresa Gómez*¹, Gloria P. Orozco, Judith E. Parodi y Ginna T.
Polanía.

Palabras Claves: Estrategias de afrontamiento, depresión, ansiedad,
calidad de vida y cáncer.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre la calidad de vida en pacientes oncológicos con: sus estrategias de afrontamiento, variables demográficas, psicológicas y las asociadas al tratamiento del cáncer. La población seleccionada fueron 50 pacientes del departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil. Para desarrollar la investigación se utilizaron 4 pruebas específicas: cuestionario calidad de vida de Font, prueba de ajuste mental al cáncer y escala de auto evaluación de depresión y ansiedad de Zung. Los resultados fueron analizados a través del coeficiente de correlación Pearson, hallándose una $t = 3.425$ siendo esta significativa a un alfa de 0.05 que demuestran mayores alteraciones en la calidad de vida de las mujeres comparándola con la de los hombres.

SUMMARY

The objective of this investigation was to identify the existing relationship between the quality of life of the oncologic patients and their respective coping strategies, with demographic, psychologic and those variables associated to treatment of cancer. The sample of this study was 50 patients of the oncology unit at the Fundación Cardio Infantil (Bogotá - Colombia). Four specific tests were used: The Quality of Life Questionnaire of Font, the Mental Adjustment to Cancer Scale and the Depression and Anxiety Self – Assessment Scale of Zung. The results were analysed with the pearson

¹ Directora del proyecto. Psicóloga de la Universidad de los Andes y psicóloga de la Fundación Cardio Infantil.

correlation coefficient a $t = 3.452$ was found at an alpha significance level = 0.005. This proves greater alterations in quality of life for women compared to men.

El objetivo del presente trabajo de grado es identificar la relación positiva o negativa existente entre la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus respectivas estrategias de afrontamiento, al igual que ciertas variables específicas como son: (a) Demográficas (género, edad y red de apoyo), (b) psicológicas (respuestas de ansiedad y síntomas de depresión) y (c) las asociadas al tratamiento del cáncer (Tipo de tratamiento y tiempo de diagnóstico).

Durante muchos años, la Psicología de la salud da respuesta a las diversas problemáticas correspondientes al área de la salud, teniendo en cuenta la etiología, evolución y desenlace de muchas patologías orgánicas que se manifiestan en los pacientes con cualquier tipo de enfermedad (Blanco, 1994).

En el caso del cáncer específicamente, las respuestas han sido tan significativas, puesto que se han realizado múltiples investigaciones que permiten conocer características particulares tanto físicas como psicológicas de los pacientes que padecen dicha enfermedad y el efecto que el cáncer tiene en la calidad de vida (Restrepo, 2000) - entendida como la valoración subjetiva que el paciente hace con relación a diversos aspectos de su vida relacionados con su estado de salud – (Bayés, 1991).

De ésta manera la identificación de una gran variedad de problemáticas, ha permitido rescatar la importancia de realizar intervenciones con el fin de

optimizar la calidad en los tratamientos de los pacientes oncológicos, a través de la integración de un equipo interdisciplinario.

0.1 JUSTIFICACIÓN

A través de los años se observa una clara necesidad de llevar a cabo un análisis más complejo de los fenómenos científicos, lo que ha sido un gran reto para el trabajo profesional del psicólogo, puesto que su meta principal es ampliar el nivel de conocimiento, lo que ha tenido grandes implicaciones en el manejo estricto de pacientes con cáncer. De igual manera, a través de una atención interdisciplinaria y óptima, se busca generar técnicas que mejoren las condiciones de vida de la persona que padece cáncer, con el fin de observar las repercusiones de la enfermedad en los aspectos cognoscitivos y comportamentales especialmente.

De ésta manera y teniendo como base fundamental los lineamientos científicos y éticos pertinentes, cabe destacar que los directamente beneficiados con ésta investigación serán inicialmente los pacientes de oncología de la Fundación Cardio - Infantil Instituto de Cardiología (FCI - IC), el servicio de oncología quienes reconociendo la importancia de tener en cuenta la participación permanente y continua de un equipo multidisciplinario de profesionales en medicina (enfermeras y médicos) y en salud mental (psicólogos y psiquiatras), permitirán ampliar espacios para el desarrollo de futuras investigaciones y de trabajos interdisciplinarios en el campo de la salud, en los cuales, se puedan identificar aquellos factores determinantes que afectan la calidad de vida de las personas y por ende, se puedan tratar a tiempo los problemas físicos y mentales que se presentan en los pacientes con cáncer; para posteriormente llevar a cabo un tratamiento integral del

mismo que les permita potencializar los aspectos psicológicos optimizando, su calidad de vida durante el curso de su enfermedad.

Finalmente, el proyecto implica un alto beneficio en general, ya que permite la integración de los conceptos a la práctica cotidiana y particularmente facilita el enriquecimiento en el área profesional y el fortalecimiento en el área de la Psicología de la salud.

A continuación se señalarán algunos conceptos médicos que facilitan la comprensión de las alteraciones psicológicas manifiestas en los pacientes con cáncer - tanto emocionales (respuestas de ansiedad), como afectivas (síntomas de depresión) - y las diversas estrategias de afrontamiento que influyen en el desarrollo positivo o negativo del cáncer. De igual manera se observará la posible influencia de los aspectos señalados anteriormente sobre la calidad de vida de los pacientes que padecen de dicha enfermedad.

0.2 PROBLEMA

¿Las estrategias de afrontamiento, las variables asociadas al tratamiento del cáncer (tiempo de diagnóstico y tipo de tratamiento), las variables demográficas (edad, género y red de apoyo) y las variables psicológicas (respuestas de ansiedad y síntomas de depresión) se relacionan con la calidad de vida de los pacientes de oncología de la Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología?

0.3 MARCO TEORICO

El cáncer no es una única enfermedad, es un conjunto de muchas enfermedades que tienen en común el hecho de que algunas células del cuerpo proliferan de forma incontrolada originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos (Zomeño, 2000). Existen diversos tipos de cáncer,

los más frecuentes son el cáncer de próstata – segunda causa de muerte en los hombres mayores de 65 años de edad (Ptacek, Pierce, Ptacek & Nogel, 1999) y de mama en las mujeres (Michielutte, Dignan & Lanier, 1999 y Astin, Antón-Culver, Schwartz & Shapiro, 1999) y el cáncer de pulmón y colo – rectal en ambos géneros.

Como factor asociado al cáncer y como ente predictor de la salud física y mental se encuentra la metástasis, definida por Zomeño (2000) como el grupo de células tumorales que viajan por el cuerpo y se alojan en lugares diferentes al sitio donde se origina inicialmente el tumor; ésta puede instalarse en los ganglios linfáticos (Metástasis ganglionares o linfáticas), o en lugares más lejanos como el pulmón, los huesos, el hígado o el cerebro (Metástasis a distancia producidas por células que viajan por la sangre). Con ésta definición cabe mencionar, que en la medida en que la persona siente que todo su cuerpo, o al menos gran parte de él, se encuentran invadidos por el cáncer, su percepción ante la vida, la enfermedad, sus logros o fracasos y otros aspectos de gran relevancia para el ser humano se ven alterados en una gran proporción (Zomeño, 2000).

Tomando como referencia lo anterior, es posible determinar que existen tres factores importantes los cuales permiten definir el pronóstico del cáncer y la respuesta que esto puede producir en el individuo frente a dicha enfermedad, permitiendo así facilitar el proceso de decisión sobre cual es el mejor tratamiento, para cada tipo de cáncer específico (Zomeño, 2000). Los factores a mencionar son: (a) El tipo de tumor, (b) el lugar donde se ha producido y (c) el grado de extensión del tumor.

- (a) El tipo de Tumor. Hace referencia a que los tumores se clasifican según su tejido o la célula de donde procede; es posible también clasificarlo por su agresividad, esto es, dependiendo de si dichos tumores son malignos o no.

Los tumores malignos se caracterizan por la capacidad de invadir los tejidos que se encuentran a su alrededor, es decir, donde se han producido y pueden producir metástasis en otras partes del cuerpo. Los tumores benignos por el contrario crecen lentamente y tienen la tendencia a empujar a los tejidos que los rodean, sin invadirlos, además son incapaces de producir metástasis. Es necesario considerar que los tumores malignos, se pueden curar en muchas ocasiones, y también existen tumores benignos incurables debido a su localización, por lo cual son inaccesibles a la cirugía.

Según esto, el pronóstico de un tumor es la información relativa a las expectativas de curación y/o supervivencia de cada paciente y además es uno de los conceptos que más confusión genera entre las familias (Zomeño, 2000). Los tumores son agrupados de la siguiente forma:

1. Linfomas de alto grado. Algunos tumores son agresivos y sin posibilidad de tratamiento, ocasionan la muerte en los pacientes en un plazo breve de tiempo. Aún con tratamiento correcto y realizado a tiempo, existe una posibilidad no despreciable de que el paciente fallezca, en un período de tiempo relativamente corto después del diagnóstico.

2. En el otro extremo, existen tumores, como el cáncer de próstata con metástasis diseminadas en los que no es posible la curación, pero es poco probable que el paciente fallezca en un plazo breve.
3. Tumores con excelente pronóstico, en los que es posible la curación, y es poco frecuente que el tumor o el tratamiento produzcan complicaciones graves a corto plazo.

En las circunstancias más negativas, no sólo resulta incurable la enfermedad, sino que se observan complicaciones en un plazo breve y no hay tratamiento alguno a intentar.

- (b) El lugar donde se ha producido. Hace referencia al hecho de que el cáncer en un principio es local e indoloro por ello es difícil hacer un diagnóstico precoz, el cual sería indispensable para el tratamiento eficaz y oportuno de dicha enfermedad.
- (c) El grado de extensión de tumor o estadio. Considerado, como el tiempo de evolución dentro del organismo.

Según los factores anteriormente señalados es posible mencionar tres de los tratamientos más importantes para combatir el tumor de la mejor manera posible. Estos son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia; claro está que existen otros tratamientos menos utilizados aunque útiles en algunos tumores, como son la hormonoterapia y la inmunoterapia, razón por la cual no serán mencionados en el transcurso de éste trabajo (Zomeño, 2000).

1. Cirugía. Es el tratamiento más antiguo del cáncer y el más utilizado hoy en día, además se trata de la modalidad del tratamiento que por sí sola mas tipos de cáncer cura. Consiste en la extracción de las células

cancerosas y se apoya en la cirugía torácica, la cirugía plástica, la maxilofacial, la otorrinolaringología, la urología, la neurocirugía, etc.

Requiere un gran cuidado post - quirúrgico, una intervención integral y multidisciplinaria posibilitando así en el paciente una mejoría real en su calidad de vida (Zomeño, 2000)

2. Quimioterapia. Consiste en la administración de unos medicamentos, generalmente por vía intravenosa, con la intención de matar a las células cancerosas que puedan haber en el organismo. La quimioterapia no es localizada y busca la eliminación de células por todo el cuerpo. Se administra en ciclos, puesto que no se usa un solo medicamento sino varios, lo cual afecta la calidad de vida de dichos pacientes puesto que altera directamente la función cognitiva y por ende su bienestar físico y funcional . (Bender, Yazco, Kirkwood & Ryan, 2000). Esto genera un gran impacto tanto en las personas que padecen dicha enfermedad como en sus familias para manejar la difícil situación a la cual se están enfrentando. Hilton, Crawford & Tarko (2000).

Los efectos secundarios más frecuentes, son los vómitos y la caída del cabello, algunos tipos de medicamentos producen diarrea, mucositis o alteraciones cardiacas. En algunos casos es muy probable la aparición de anemia ya que es ella la encargada de producir los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas (Zomeño, 2000).

Dentro de los tratamientos del cáncer con quimioterapia, sobresale el trasplante de médula ósea, donde se distinguen dos tipos diferentes: (a) Procedentes de otra persona, se utilizan cuando la médula ósea del paciente es la que está enferma, básicamente en leucemias y

enfermedades genéticas y (b) procedentes del propio paciente (autotrasplantes), se utilizan cuando la médula ósea del paciente está sana y consiste en extraer células productoras de la sangre del organismo y conservarlas fuera del cuerpo. Mientras se están conservando, se puede administrar quimioterapia a dosis muy altas (que matarían a la médula si siguiera en el organismo) y después se vuelven a meter en el cuerpo estas células productoras de la sangre que no han tenido contacto con la quimioterapia.

3. Radioterapia. Es un tratamiento con radiaciones ionizantes que persiguen destruir las células cancerosas en el área en que se administra. Existen dos maneras de administrar radioterapia: (a) Externa, se suele administrar en sesiones diarias, con una duración de 20 minutos aproximadamente por sesión; las sesiones son indoloras similares a una radiografía y el paciente no tiene contacto alguno con la máquina y (b) braquiterapia o Curieterapia, donde se colocan sustancias radioactivas cerca o dentro del tumor; éstas sustancias suelen meterse en una cavidad natural del organismo o clavarse bajo anestesia en los tejidos afectados. Este tipo de radioterapia tiene como ventaja que la radiación es muy localizada a diferencia de la típica radioterapia externa, que atraviesa zonas del cuerpo sanas y su duración total es de 4 a 7 semanas. Sus efectos secundarios son la irritación en la piel, la caída del pelo, la mucositis o la aparición de aftas en la zona bucal, la esofagitis y diferentes afecciones en el intestino y en el tracto urinario (Zomeño, 2000).

Los anteriores aspectos clínicos del cáncer se ven influenciados por la edad y el género del paciente y de igual forma con la red de apoyo con el que este cuenta. Esto tomando como referencia que la percepción, el afrontamiento y el significado que cada persona tiene en cuanto a la enfermedad es diferente en hombres y en mujeres. Según Hilton, Crawford & Tarko (2000) los hombres subestiman la enfermedad misma y se adaptan pobremente aun diagnóstico de cáncer, mientras que las mujeres sobreestiman su propia enfermedad buscando más apoyo social que los mismos hombres al igual que ejerciendo un rol de apoyo dominante cuando es necesario. Con esto se hace necesario exponer el funcionamiento de las estrategias de afrontamiento y algunas alteraciones psicológicas manifiestas en los pacientes con dicha enfermedad, como son las respuestas de ansiedad y los síntomas de depresión.

Para Winnicott (1993, citado por Sala, 2000) los pacientes con cáncer evidencian algunos antecedentes psicológicos, los cuales son posibles de observar en:

1. Personas que han tenido un buen soporte psicológico y no han vivido mayores experiencias, puesto que posiblemente le otorgarán al cáncer un significado fatalista. Zea (1999) señala que el diagnóstico del cáncer es para el paciente al igual que para toda su familia y demás personas que lo rodean, como una sentencia de muerte.
2. Personas que han vivido experiencias traumáticas (como el abandono, por ejemplo) y que no olvidan dicho material en situaciones difíciles, lo cual facilita en ellas el enfrentamiento a la tensión y a la ansiedad características de ésta enfermedad.

3. Personas que se han enfrentado a experiencias angustiantes (como el maltrato, entre otros) y que con base a esto se han organizado ciertas defensas que de alguna manera las protegen contra el recuerdo de la angustia y les permiten superar con mayor facilidad el diagnóstico del cáncer.

Winnicott (1993, citado por Sala, 2000) hace referencia además a tres grupos de personas relacionadas con los antecedentes anteriormente descritos, como son: (a) El grupo A, quienes presentan un bajo nivel de resistencia – defensa, esto es, personas poco propensas a la desesperación por su debilidad psicológica; (b) el grupo B, quienes tienen un nivel moderado de alarma – defensa – resistencia y (c) el grupo C, quienes presentan un alto nivel de alarma – defensa – resistencia.

Según esto, es posible observar que los pacientes con cáncer presentan ciertas alteraciones psicológicas, entre ellas las respuestas de ansiedad y los síntomas de depresión los cuales generan dificultades en el proceso de adaptación y recuperación de la enfermedad manifiestos a través de un déficit en las estrategias de afrontamiento (Winnicott (1993).

Las alteraciones emocionales que se observan en los pacientes oncológicos son debidas a la gran carga negativa de la palabra cáncer a nivel social, a los cambios físicos como consecuencia del cáncer y a la frustración, rabia y ansiedad manifiestas en el momento en el cual se conoce el diagnóstico. Dichas variables determinan el significado, la adaptación y el tiempo de recuperación de la enfermedad, claro está que éstas a su vez, se ven afectadas por la calidad de las redes de apoyo, de los proyectos a corto,

mediano y largo plazo y de las ganas y disponibilidad para lograrlos (Sala, 2000).

Blanco (1994) por su parte, señala que son múltiples las implicaciones psicológicas del cáncer que dificultan la evolución y tratamiento del mismo. Estas implicaciones están directamente relacionadas con el curso clínico de la enfermedad. Durante éste, la persona con cáncer vive ciertas experiencias que le resultan en algunas ocasiones incontrolables por la cantidad de emociones, pensamientos y sentimientos encontrados y continuamente manifiestos en ellos.

Según Blanco (1994), existen tres fases que forman parte del curso clínico del cáncer: (a) Fase de síntoma, en la cual se hace presente el estrés por sospecha de síntoma como ya se mencionó; (b) fase de prediagnóstico, en la que se presenta una preocupación más seria cuando aparece el primer síntoma y (c) fase de diagnóstico; en la cual es fácil observar cómo las personas con dicha enfermedad tienden a presentar conductas de retraso o aplazamiento para evitar ir al médico y explorar su diagnóstico, hasta que finalmente acceden.

Sherman & Simonton (2001) añaden a lo anterior respuestas emocionales como pensamientos intrusivos, pesadillas, resentimiento, ira encubierta y aturdimiento emocional ante los diversos cambios en la estructura y dinámica familiar – cambios en los roles, responsabilidades y límites -.

Otras fases claramente identificadas y señaladas por la División de Educación Médica (2000) son: (a) Respuesta inicial, tiene una duración de pocos días a una semana y se caracteriza por la incredulidad, negación y

desesperanza del paciente con cáncer; (b) Disforia, se resuelve en el momento en que el paciente entra a la fase de adaptación; en éste momento se observa el soporte de las redes de apoyo familiar y social, el paciente recibe información sobre la enfermedad y discute el tipo de tratamiento a seguir. Esta fase se caracteriza por diversos síntomas físicos, por síntomas de depresión y respuestas de ansiedad; finalmente (c) adaptación, en el cual el paciente recupera según el pronóstico la esperanza y el optimismo.

Por otro lado Casalod (1999) señala que las fases por las que atraviesa una persona con cáncer son: (a) Fase primaria, en la que el paciente tiene que vivir con la enfermedad; (b) fase secundaria, en la cual se inicia la intervención - entrenamiento en control de ansiedad y potencialización de habilidades de afrontamiento - y (c) fase terciaria, en la que el paciente regresa a su casa, se adapta nuevamente a su familia, se reincorpora a las actividades académicas / laborales y sociales – razón por la cual es necesario realizar un entrenamiento en habilidades sociales, de solución de problemas, autoestima, autocontrol y detención de pensamientos erróneos entre otros -.

El estrés, la asociación cáncer – muerte que la sociedad hace con respecto a dicha enfermedad, el desconocimiento de habilidades de afrontamiento y el poco por no decir nulo autocontrol para la aceptación del cáncer, el curso clínico de la enfermedad (fases de la misma), la incertidumbre, la búsqueda de sentido, los sentimientos de fracaso al no creer poder alcanzar las metas planteadas, el aislamiento y los diversos

efectos secundarios del tratamiento son otros aspectos de gran relevancia al evaluar las alteraciones psicológicas.

En cuanto al estrés, es un factor muy manifiesto en los pacientes con cáncer, puesto que se exponen a él desde el momento en que sospechan del diagnóstico, lo confirman y enfrentan no solo la enfermedad y los efectos negativos del tratamiento (considerados más agresivos que la misma enfermedad) sino también la muerte (Blanco, 1994).

La incertidumbre con respecto a la enfermedad y a la probabilidad de recurrencia de la misma, a los efectos del tratamiento y hacia su futuro entre otros; la búsqueda de sentido que las personas con cáncer llevan a cabo para conocer la etiología de su enfermedad; el aislamiento generado en algunas ocasiones por las personas que rodean al paciente, los cuales tienden a evitar hablar de la enfermedad (por sus respectivos miedos, prejuicios, sentimientos de impotencia e incertidumbre) llevando al paciente a un deterioro tanto social como afectivo (Blanco, 1994).

Otra alteración de gran relevancia y fácil de observar en personas con cáncer es la ansiedad. Hablar de ansiedad en los pacientes que padecen de dicha enfermedad es hacer referencia a diversas respuestas de ansiedad y no a un trastorno de ansiedad, puesto que ésta puede ser reactiva (exagerada a los temores del cáncer), causada por síntomas de la enfermedad o incluso debida a factores secundarios al tratamiento (División de Educación Médica, 2000). El DSM IV (1995) señala una amplia gama de enfermedades médicas que pueden producir síntomas de ansiedad, y que tienen como característica esencial la existencia de una ansiedad

clínicamente significativa considerada como secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.

Según Blanco (1994), para los pacientes con cáncer el enfrentar dicho diagnóstico implica una serie de respuestas de ansiedad asociadas con las ideas anticipadas de muerte, miedo al sufrimiento, sentimientos de inutilidad (los cuales crean dependencia por miedo al abandono del médico y o de su familia), sentimientos de minusvalía y déficit en habilidades de solución de problemas causados por la ira y la hostilidad que se manifiestan en estos pacientes. Dichas respuestas de ansiedad se manifiestan por las múltiples consecuencias generadas por una enfermedad crónica como lo es el cáncer como son:- dolor, posible desfiguración, hospitalización, incertidumbre sobre la enfermedad, incapacidad para cuidar a la familia, pérdida de la función sexual y tratamientos médicos que a su vez implican cambios en las pautas de la actividad, en los hábitos de la vida diaria y en las percepciones de sí mismo y de su futuro -.

En una investigación realizada por Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) se observan ciertos datos en los cuales 8 de cada 10 pacientes experimentan respuestas de ansiedad (sudor excesivo, taquicardia, temblor temporal, caminar nerviosamente, tensión en el estómago, alteraciones cognitivas, diarrea e inmovilización) frente a los diversos tratamientos por ser invasivos para el cuerpo humano incluyendo la cirugía. Otra razón por la cual se hacen manifiestas dichas respuestas en los pacientes oncológicos es la preocupación por la enfermedad y sus consecuencias. La investigación señala también que los mayores índices de ansiedad asociados con las respuestas de sudor, los presentan las personas que se critican

constantemente por tener cáncer. Así mismo Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) relacionan las respuestas de ansiedad con las reacciones cognitivas de la misma como son la preocupación excesiva, los problemas de concentración, pensamientos intrusivos, imágenes de ansiedad, lentitud de pensamiento y pensamiento de ansiedad e imágenes terroríficas para lo cual encontró una significativa relación entre la ansiedad y la preocupación seguida por problemas de concentración.

Otras alteraciones psicológicas muy frecuentes en los pacientes con cáncer son los síntomas de depresión, los cuales según Ferrero, Toledo y Barreto (1995) se observan con mayor frecuencia.

En una investigación realizada por Passik, Lundberg, Rosenfeld & Kirsh (2000) a 1109 pacientes con cáncer - de los cuales el 64.2 % eran mujeres y el 35.8 % restante hombres; el 75.4 % presentaban edades entre los 50 y 80 años y el 67.6 % eran casados y vivían con su pareja -, se encontró que entre el 15 y el 53 % de los pacientes presentaban desordenes depresivos, manifiestos a través de confusiones, insomnio, pérdida del apetito y fatiga. Según esto, hablar de síntomas depresivos es lo más indicado, puesto que ante una enfermedad crónica como el cáncer la persona enferma experimenta diversos síntomas como son: Las reacciones a la condición física, al tratamiento o al diagnóstico mismo (Endicott, 1984).

Según Endicott (1984) es de gran relevancia aplicar a pacientes con cáncer pruebas o escalas específicas para dicha enfermedad que evalúen la depresión, en la que se encuentren modificaciones en algunos ítems como por ejemplo la sustitución de "presenta alguna alteración en la alimentación" por "llora fácilmente ante diversas situaciones"; esto con el fin de evitar

sesgar la información y por ende lograr datos más válidos y confiables. De igual manera Endicott (1984) modifica algunos términos del DSM – IV y señala los criterios sugeridos para la identificación de la depresión en enfermedades crónicas como el cáncer:

1. Presencia de disforia. Caracterizada por depresión o tristeza, desesperanza e irritabilidad.
2. Presencia de 4 de los siguientes síntomas presentes casi todos los días por un periodo de tiempo mínimo de dos semanas: (a) Temor o apariencia depresiva en la cara o en la postura personal, (b) aislamiento social o disminución en la comunicación, (c) agitación o retardo psicomotor, (d) pérdida de interés o placer por actividades usuales o disminución en el impulso sexual, (e) autocompasión y pesimismo, (f) sentimientos de minusvalía o autoculpa, (g) desánimo o pérdida de respuesta ante eventos motivantes y (h) pensamientos recurrentes de muerte, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.
3. Ninguno de los siguientes criterios domina el cuadro clínico si los síntomas anteriormente mencionados se encuentran ausentes: (a) Preocupación con delirios o alucinaciones de estado de ánimo incongruente y (b) comportamiento bizarro o extraño.
4. No existe comorbilidad con esquizofrenia, desorden esquizofreniforme ni desorden paranoide.

Según los planteamientos anteriores, diagnosticar a tiempo los síntomas de depresión (depresión reactiva al cáncer) e intervenir en ella facilita la aceptación de dicha enfermedad por parte del paciente y por ende la aceptación de los tratamientos, el manejo del dolor y de los efectos

secundarios a los tratamientos, el mejoramiento de su calidad de vida, y el aumento en tasa de sobre vivencia; además, influye en el tiempo de hospitalización y en la manifestación de otras enfermedades - por las pocas defensas del paciente – (División de Educación Médica, 1999).

Diagnosticar la depresión en estos pacientes además, permite hacer sentir en el mismo la posibilidad de verlo como una persona con múltiples emociones y sentimientos encontrados por su condición de salud y no como una persona con una enfermedad; esto teniendo en cuenta que la División de Educación Médica (2000) realizó una investigación con 1109 pacientes con cáncer con el fin de identificar que tanto se subestima la presencia de síntomas de depresión en estos pacientes. De dicho número de pacientes, el 64.2 % eran mujeres. Los tipos de cáncer más comúnmente encontrados fueron: De mama con el 36.4%, colo - rectal con el 16%, linfomas con el 10% y pulmón con el 9.9%.

Según las anteriores estadísticas, es necesario tener en cuenta que para que un paciente logre enfrentar la enfermedad del cáncer “exitosamente” además del apoyo psicológico brindado por especialistas en ésta área, la persona con dicha enfermedad debe utilizar algunas estrategias de afrontamiento características de su personalidad.

Eso es, el cáncer implica la necesidad de una amplia gama de estrategias de afrontamiento para lograr diversos cambios funcionales, adherencia al tratamiento, reacciones psicosociales, reducción de miedos sobre la muerte, dolor o desfiguración. Lazarus y Folkman (1984), señalan la posibilidad de observar dos fases en el manejo de las estrategias de afrontamiento: (a) Apreciación primaria, la cual hace referencia al conjunto de cogniciones que

dan un significado o marcan el impacto del evento estresante para el individuo y (b) apreciación secundaria, referente a todas aquellas cogniciones que entran en juego independientemente de la disponibilidad de los recursos u opciones con las que cuenta una persona para enfrentarse a una situación estresante.

Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento se define como:

“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales 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”.

En otras palabras, el afrontamiento hace referencia a las habilidades adaptativas que hacen que un individuo enfrente las demandas del medio con un menor impacto.

En una investigación realizada por Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) se observó que el estilo de afrontamiento más utilizado es la negación seguida de los esfuerzos cognoscitivos orientados a la solución del problema, la racionalización religiosa, búsqueda de apoyo social, esfuerzos conductuales orientados a la solución del problema, el optimismo, las autoverbalizaciones de confort y la resignación. Estos autores plantean que en los pacientes oncológicos “coexisten los intentos objetivos de resolver el problema y las estrategias para reducir las consecuencias emocionales de la enfermedad, la cual en ocasiones lleva al pensamiento mágico”.

Moorey y Greer (1994) señalan por su parte que de acuerdo a la forma en que las personas evalúan y afrontan el diagnóstico del cáncer se pueden puntuar cinco dimensiones donde son fundamentales los esquemas cognitivos relacionados con el significado del diagnóstico, las posibilidades de control sobre la enfermedad y la visión del pronóstico, estos son:

1. Espíritu de lucha. Se refiere a la visión del diagnóstico como un reto, a la visión optimista del pronóstico, a las creencias de control sobre el curso de la enfermedad y a la presencia de respuestas de afrontamiento dirigidas a acabar con la enfermedad.
2. Desamparo / desesperanza. Se refieren a la visión de la enfermedad como una pérdida irreparable, visión negativa del pronóstico, baja percepción de control y ausencia de respuestas de afrontamiento.
3. Preocupación ansiosa. En la que se tiene la visión de la enfermedad como una amenaza, incertidumbre respecto al pronóstico y a la posibilidad de ejercer control y presencia de respuestas de afrontamiento conductuales.
4. Fatalismo. En ésta estrategia se observa la visión del diagnóstico como una amenaza menor, aceptación de cualquier pronóstico y baja percepción de control.
5. Negación. Se tiene la visión del diagnóstico como una amenaza mínima, una visión positiva del pronóstico y la ausencia de evaluaciones relativas al control.

Ferrero, Toledo y Barreto (1995) por su parte, señalan la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida a través de las pruebas escala de Ajuste Mental al Cáncer (M.A.C.) y el Cuestionario Calidad de Vida las cuales indican que el “espíritu de lucha” se asocia significativamente con una mejor percepción de la calidad de vida y con menor estrés psicológico, el “fatalismo” se asocia con una mejor percepción de la calidad de vida global y más estrés, la “preocupación ansiosa” se asocia con estrés psicológico y una menor percepción de calidad de vida

global, el “desamparo / desesperanza” se asocia con una menor percepción de la calidad de vida, mayor estrés psicológico y menor satisfacción con los cuidados médicos y finalmente, la “negación” se asocia positivamente con la percepción de la calidad de vida y negativamente con el estrés psicológico.

Los autores Astin, Anton-Cuerver, Schwartz & Shapiro (1999), señalan que se presenta un mayor ajuste al cáncer de mama en mujeres que manejan un estilo de control asertivo positivo combinado con un estilo flexible, que permite tener un alto espíritu de lucha en contraposición con la negación y el fatalismo.

Livneh (2000) por su parte, manifiesta que las enfermedades crónicas como el cáncer, han generado diferencias en la estructura y naturaleza de las estrategias de afrontamiento para eliminar el estrés al trauma, la pérdida y dolor al que dicha enfermedad conlleva, sugiriendo los múltiples roles que éstas estrategias ejercen en el proceso de adaptación a la enfermedad, como por ejemplo: (a) Disminución de los niveles de estrés, (b) solución de problemas, (c) medición de la adaptación psicosocial al cáncer y mediación entre las variables demográficas, asociadas al tratamiento y atributos de personalidad y (d) funcionalidad e indicadores de pronóstico – estables, impredecible o deteriorado -. Livneh (2000) señala además que estrategias como la fortaleza y la solución de problemas facilitan una adaptación psicosocial y que la pasividad, el pesimismo, la sumisión y la autculpa aumentan el nivel de estrés emocional.

Las estrategias de afrontamiento observadas en los pacientes con cáncer según Livneh (2000) están directamente relacionadas con:

1. Locus de control interno Vs locus de control externo. El locus de control interno y el locus de control externo facilitan una mayor adaptación al cáncer y por ende evitan la depresión.

A mayor locus de control interno, mayor espíritu de lucha hacia el cáncer y a menor locus de control interno, mayor preocupación ansiosa hacia el cáncer por la actitud fatalista que el paciente le asigna a la enfermedad.

2. Optimismo Vs Pesimismo. Se observa que el optimismo se encuentra relacionado con el bienestar, la adaptación psicosocial, la disminución del estrés y el aumento del vigor.

3. Represión Vs Sensitividad. La represión por su parte, hace referencia a la maniobra defensiva que el paciente con cáncer emplea para evitar o negar su preocupación frente a dicha enfermedad y la sensitividad señala los esfuerzos dirigidos al reconocimiento en el momento de utilizar todos los sentidos para enfrentar efectos e impulsos amenazantes del cáncer. Según Livneh (2000) las personas con cáncer tienden más a la represión y a la negación en comparación con personas que padecen de otras enfermedad crónicas.

4. Acercamiento Vs Evasión. La evasión está directamente asociada con la depresión. Según Chen y sus colaboradores (1996, citado por Livneh, 2000) las estrategias de acercamiento o compromiso en mujeres con cáncer de seno, disminuyen los niveles de sintomatología psiquiátrica, mientras que por el contrario, las estrategias de evasión aumentan dichos niveles.

Por otro lado, Manuel, Roth, Keefe y Brantley (1987, citados por Livneh, 2000) señalan que el nivel de sintomatología psiquiátrica disminuye

independientemente del tipo de habilidades de afrontamiento que se utilicen.

Livneh (2000) señala además, que las estrategias de afrontamiento específicas al cáncer se encuentran ubicadas dentro de las categorías de estrategias de compromiso y estrategias de no compromiso. Las primeras hacen referencia a encontrar el problema y solucionarlo, planear, buscar información, reinterpretar, hacer una reestructuración cognitiva, confrontar y luchar espiritualmente, buscar apoyo social y expresar sentimientos; todo esto con respecto al cáncer.

1. Solución de problemas. Depende de la planeación y acciones tomadas por los pacientes especialmente mujeres con cáncer de seno o personas con cáncer de columna.
2. Búsqueda de información: Aumenta vigorosidad y acoplamiento emocional para enfermos con cáncer de pecho.
3. Lucha espiritual y confrontación: Medida por el acoplamiento mental al cáncer. Hace referencia a la aceptación del diagnóstico mientras el paciente reta la enfermedad, la confronta y se recupera. Disminuye la ansiedad, depresión y aflicción emocional y psicológica.
4. Reinterpretación positiva: Llamada también reestructuración cognitiva para afectar positivamente la salud mental, el bienestar psicológico, el afecto positivo y bajar la aflicción emocional.
5. Restricción autocognitiva: Habilidad de autocontrol que sirve como predictor de un acoplamiento psicosocial.
6. Búsqueda de apoyo social: Disminuye la aflicción psicológica.

7. Expresión de sentimientos: Disminuye las perturbaciones del estado de ánimo y la aflicción.
8. Uso del humor: Livneh (2000) señala que solo existe un estudio sobre dicha habilidad y que éste reporta la disminución del nivel de aflicción en los pacientes con cáncer.

Por su parte, las estrategias de no compromiso se refieren a la negación, pensamientos deseosos o fantasiosos, evasión del problema, autocrítica o autoculpa, aislamiento social, abuso de sustancias químicas y fatalismo o resignación (Livneh, 2000).

1. Negación: Dicha habilidad pretende esconder la ansiedad, minimizar la amenaza y aliviar emociones de aflicción.
2. Pensamientos deseosos o fantasiosos: Relacionados con la negación puesto que pretende disminuir los sentimientos negativos reemplazándolos por fantasías. Diversifica y distrae los pensamientos, razón por la cual, aumenta la aflicción psicosocial, disminuyen los sentimientos de vigorosidad, la percepción de la calidad de vida y la aflicción psicológica.
3. Evasión del problema: Incluye pensamientos deseosos y estrategias milagrosas. Se asocia con aumento de la aflicción emocional, aumento de los niveles de ansiedad, pobre acoplamiento psicosocial y disminución de la vigorosidad. Se caracteriza además por bajo sentido de control y compromiso y alto sentido de incertidumbre.
4. Autocrítica o autoculpa: se observa un aumento en los niveles de aflicción y en los niveles de depresión y disminución en el acoplamiento psicosocial.

5. Aislamiento social: Asociado con el aumento de la sintomatología de depresión y ansiedad.
6. Fatalismo, resignación y/o desesperanza: Se observa una clara falta de compromiso - lo que explica la desmotivación del paciente para luchar por su vida - y por ende, altos niveles de depresión y ansiedad, alta aflicción emocional y bajo o pobre acoplamiento psicosocial.

Otras estrategias que no se encuentran clasificadas entre las anteriores categorías pero que se observan claramente en los pacientes oncológicos son la búsqueda de la espiritualidad y la aceptación. La primera hace referencia a la búsqueda de alivio tanto físico como emocional y a la presunción de que el cáncer sea irreversible; se asocia con altos índices de bienestar, una mejor adaptación a los procedimientos médicos y a una pobre calidad de vida. La aceptación por su parte, consiste en, como su nombre lo indica, aceptar su condición médica y todo lo que ésta implica, esto es, aprender a vivir con el cáncer.

Luego de haber especificado algunas de las alteraciones psicológicas más importantes que se presentan durante el curso del cáncer y las diversas manifestaciones de las estrategias de afrontamiento, se hace relevante señalar el concepto de calidad de vida y todo lo que éste implica; entendiendo la calidad de vida como la valoración subjetiva que el paciente hace con respecto a diversos aspectos de su vida relacionados con su estado de salud (Bayés, 1991). Este concepto desde hace algunos años se ha ido introduciendo en la literatura haciendo necesario el desarrollo de indicadores subjetivos y sociológicos, los cuales permiten crear instrumentos de evaluación del cáncer en general.

El concepto de calidad de vida se ha relacionado con la salud ya que se emplea como una característica resumida de aspectos concretos del bienestar y de la capacidad de actuación de las personas. Bienestar y capacidad de actuación representan, las dos dimensiones básicas fundamentales de la salud subjetiva, cada una de ellas se desarrolla analíticamente bajo los tres aspectos esenciales de la vida humana: Físico, psíquico y social, trabajados en diversas investigaciones como lo señalan Arveaux y Cols (2000).

Bayés (1991) señala:

“La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer es importante porque permite: (a) Conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; (b) conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; (c) conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; (d) evaluar mejor las terapias paliativas; (e) eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; (f) ampliar los conocimientos sobre la evolución de la enfermedad; (g) ayudar en la toma de decisiones médicas; (h) potenciar la comunicación médico / paciente y (i) facilitar la rehabilitación de los pacientes”.

Según los planteamientos anteriores, Bayés (1991) señala además, tres elementos de gran importancia que facilitan y permiten la evaluación de la calidad de vida del paciente con cáncer; estos elementos son:

1. Identificar para cada paciente los estímulos aversivos cotidianos.
2. Analizar el comportamiento de una amplia variedad de enfermos con el fin de descubrir la gama de respuestas que típicamente emiten ante las situaciones problemáticas.
3. Medir la eficacia relativa de cada respuesta, teniendo en cuenta que una respuesta que puede ser eficaz en una situación puede ser ineficaz en otra.

Por lo tanto el medir la calidad de vida en pacientes oncológicos se ha convertido en un punto importante para la evaluación de los tratamientos

cancerosos, en el cual es posible medir el nivel de supervivencia de los pacientes con cáncer (Holzner, Kemmler, Kopp & Moschen, 2001). El concepto de calidad de vida es multidimensional y subjetivo, lo que explica los múltiples métodos de evaluación actualmente más usados en pacientes oncológicos (Arveaux, P; Mercier, M; Schraub S, 2000).

Teniendo en cuenta que el diagnóstico y tratamiento del cáncer suelen producir en el paciente un gran impacto emocional e incluso serios problemas psicológicos, y que la intensidad, duración y consecuencias de los mismos pueden verse considerablemente influidos en un sentido positivo o negativo de la calidad de vida del mismo, el paciente canceroso necesita de ayuda psicológica cuando se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias (Bayés, 1991):

1. "Cuando sus reacciones emocionales le impiden buscar tratamiento, y cooperar con el proceso del mismo.
2. Cuando el comportamiento del paciente le provoca más dolor y malestar que la propia enfermedad o incrementa innecesariamente el malestar o dolor producidos por ella.
3. Cuando sus reacciones emocionales perturban actividades que sin ellas serían posibles, tales como llevar a cabo un trabajo profesional, leer un libro o mantener contactos sociales que conducen al individuo a prescindir de muchas de sus fuentes habituales de gratificación.
4. Cuando sus reacciones emocionales se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales".

Estos cuatro aspectos se consideran fundamentales para indagar el índice de vulnerabilidad física y psicológica del paciente con respecto a su enfermedad y evaluar la intensidad del trastorno emocional que padece y su capacidad para enfrentarse a los problemas cotidianos.

La idea de que un estímulo concreto es capaz de provocar una reacción emocional en una persona determinada depende, en gran medida, de la historia individual de dicha persona; por esta razón existen ciertos estímulos que pueden afectar el curso normal de la calidad de vida de un sujeto siendo

los más importantes aquellos que causan estrés en el paciente como pueden ser: La expresión de preocupación del médico, la forma y contenido del mensaje con el que se comunica el diagnóstico, algunos efectos percibidos del tratamiento, las reacciones de amigos y familiares, las fallas técnicas en los aparatos que pueden tener lugar durante el tratamiento y la imagen de posibles mutilaciones debidas a la enfermedad o a su tratamiento entre otras.

A éstas estimulaciones aversivas condicionadas se pueden añadir otras como por ejemplo, el elevado costo económico del tratamiento y la imposibilidad para seguir trabajando entre otros. Estas u otras estimulaciones conducen, con frecuencia, a situaciones de estrés experimentadas por el paciente como altamente desagradables (Cousins, 1993).

Esencialmente, la pérdida de control hace referencia a una pérdida de autonomía sobre la propia vida. Por tanto, todo lo que para el paciente puede significar alcanzar un mayor grado de autonomía contribuirá a disminuir el estrés; en otras palabras y teniendo en cuenta los lineamientos anteriormente señalados por Bayés (1991) cuanto más útiles, productivos e independientes puedan ser los enfermos dentro de sus posibilidades se obtendrán mejores resultados en el transcurso de y tratamiento de la misma; en síntesis. "Hay que proporcionar al enfermo, en todo momento, tanta información y control como sean posibles" (Bayés, 1991).

A lo largo del tiempo se han generado un conjunto completo de mediciones de la CV los cuales abarcan una extensa escala de atributos internos y externos del individuo como son los atributos de vivienda,

vecindario o comunidad, los relacionados con la seguridad, la ausencia del crimen, el trabajo y otros factores similares. Otros atributos que también podrían ser incluidos son aquellos relacionados con los logros educacionales, ingresos, nivel de vida, aspectos demográficos y características sociales. Aunque muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todos los atributos disponibles; se considera importante a la hora de medirlos compararlos unos con otros y en el contexto de los patrones comúnmente aceptados según la confiabilidad y la validez (Cousins, 1993).

Existe un conjunto muy amplio de instrumentos para evaluar la CV global y otros más específicos según la enfermedad; por ejemplo, una ventaja de los instrumentos genéticos reside en la capacidad que ofrecen para comparar puntuaciones de la CV en diferentes grupos de pacientes (de cáncer y otras enfermedades), además si se eligiera un solo instrumento se tendría una medida simple de la CV. Estos instrumentos se han diseñado de tal manera que permitan medir la CV en usos repetitivos antes, durante y después del tratamiento (Spitzer, 1981). Mediciones de evaluación global como el índice de la CV de Spitzer (1981) reflejan la CV en el momento del diagnóstico, en el tratamiento y durante un periodo largo después del mismo.

De ésta forma los instrumentos varían en el modo de administración, énfasis, alcances y longitud de la evaluación, haciendo que un gran número de escalas sean exitosas en la generación de puntuaciones reproducibles y válidas como lo es el índice de Calidad de Vida (QLI) de Spitzer (1981) ya que ofrece ayuda a los médicos para evaluar globalmente los beneficios y los riesgos relativos a los tratamientos de las enfermedades graves y de los

programas de apoyo, como la atención paliativa o la atención en asilos y hogares. Este índice permite explorar dimensiones tanto ocupacionales como domésticas del paciente y otras actividades principales de la vida diaria como la salud, el apoyo de los miembros de la familia u otras personas importantes y la actitud ante la vida.

Se considera conveniente subrayar, que algunos de los factores que afectan negativamente la calidad de vida de los enfermos de cáncer no sólo deben contrarrestarse ayudando psicológicamente a los actuales pacientes a afrontar su situación, sino que, paralelamente, pueden y deben atacarse directamente de tal forma que los mismos no sigan incidiendo en los enfermos futuros (Cousins, 1993).

Los primeros trabajos clínicos en los que se trató de valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer fueron los de Karnofski y Burchenal (1949). La escala de 11 puntos diseñada por estos autores intenta evaluar la habilidad o capacidad funcional global del paciente para llevar a cabo una serie de actividades a través de la observación y el interrogatorio llevados a cabo por el médico. Este tipo de evaluación era sencilla y rápida de aplicar y aún hoy en día continúa utilizándose; sin embargo a pesar de su innegable utilidad clínica, presenta algunos inconvenientes, siendo el principal de ellos el hecho de que más que una escala de calidad de vida es, en realidad, una escala de funcionamiento físico que explora, por tanto, un aspecto muy limitado de la persona enferma. Por otra parte, al hacer un análisis exhaustivo de la escala, se ha señalado que la aplicación de la misma presenta algunas dificultades importantes tales como: (a) Baja correlación entre las puntuaciones asignadas de forma independiente a un mismo

enfermo por diferentes médicos y (b) cierta dificultad para asignar una puntuación concreta a los pacientes situados en el extremo superior de la escala (Karnofski y Burchenal, 1949).

Las evaluaciones sobre calidad de vida (CV) además, se han utilizado para una variedad de fines investigativos dentro de la oncología, entre las cuales se encuentran: (a) Descripciones de la naturaleza y alcance de los problemas funcionales y psicosociales que confrontan los pacientes en diversas etapas de la enfermedad, (b) indagaciones sobre posibles casos de intervención conductual o psicofarmacológicas, (c) monitoreo de la calidad de la atención y (d) evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas o psicosociales (Cousins, 1993).

Por lo anterior, cabe destacar que el tratamiento oncológico afecta física, social y psicológicamente la vida y el estado emocional de los pacientes generando en estos sentimientos de incertidumbre e incontrolabilidad, los cuales se reflejan en los cambios del estilo de vida a nivel familiar, social y laboral. De ésta manera se considera necesario que al evaluar la CV se debe tener muy claro el propósito de la enfermedad y seleccionar instrumentos confiables y válidos para la medición, con el fin de ampliar el pensamiento médico - científico y obtener mayores conocimientos en las evaluaciones clínico - terapéuticas en oncología.

Las investigaciones permiten resaltar que la edad del paciente con cáncer, su género, la red de apoyo con la que éste cuenta, sus respuestas de ansiedad y síntomas de depresión manifiestos durante el curso de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento a las que recurre para

ajustarse al cáncer se relacionan directamente con la calidad de vida de dichos pacientes.

0.4 OBJETIVOS

0.3.1. Objetivo General

Identificar la posible relación existente entre la calidad de vida de los pacientes con cáncer y ciertas variables específicas como son: Las estrategias de afrontamiento, los síntomas de depresión, las respuestas de ansiedad, el tipo de tratamiento, el tiempo de haber conocido el diagnóstico, el género, la edad y la presencia de una red de apoyo, con el fin de evidenciar y comprender cómo éstas variables influyen positiva o negativamente en la calidad de vida de dichos pacientes y posteriormente realizar intervenciones integrales donde se complementen la medicina y la psicología.

0.3.2. Objetivos Específicos

Evidenciar la posible relación existente entre la calidad de vida y las variables demográficas (edad, género y red de apoyo) del paciente oncológico.

Observar la posible relación entre la calidad de vida del paciente con cáncer y las respuestas de ansiedad y/o los síntomas de depresión manifiestos en dichos pacientes.

Identificar la posible relación existente entre la calidad de vida del paciente oncológico y la red de apoyo con la que éste cuenta.

Identificar la posible relación entre el tipo de tratamiento y el tiempo de diagnóstico con la calidad de vida del paciente con cáncer.

0.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. Variables demográficas:

- (a) Edad. Número de años de vida de los pacientes con cáncer diferenciando el rango de jóvenes entre los 18 y 40 años y el de adultos entre los 40 y 60 años.
- (b) Sexo. Fenotipo. Categoría gramatical para diferenciar entre masculino y femenino.
- (c) Red de apoyo. Personas que brindan afecto, reconocimiento, aprobación, información, consejo y dinero entre otros y que a su vez los pacientes los perciben como apoyo (amigos, comunidad / grupo religioso, padres y / o hermanos y cónyuge e hijos entre otros).

2. Variables asociadas al tratamiento:

- (a) Tiempo de diagnóstico. Tiempo que ha transcurrido desde el momento en que el paciente conoció su diagnóstico hasta su situación actual.
- (b) Tipo de tratamiento. Categoría diferencial entre quimioterapia - consiste en la administración por ciclos de diferentes medicamentos con el fin de eliminar las células cancerosas existentes en todo el organismo - y cirugía - tratamiento oncológico que busca la extracción y manipulación de células cancerosas en sitios localizados del organismo – (Zomeño, 2000).

3. Variables psicológicas:

- (a) Respuestas de ansiedad. Manifiestas a nivel conductual (afectando las acciones de las personas), cognitivo (influyendo en los pensamientos de los individuos y las formas como perciben las

situaciones) y somático (afectando directamente las reacciones fisiológicas o biológicas de las personas).

Los cambios conductuales incluyen comportamientos de evitación de situaciones que provocan la manifestación de respuestas de ansiedad, en éste caso el proceso de quimioterapia y de cirugía.

Dentro de los cambios cognitivos se observa que un individuo puede presentar desde una preocupación leve hasta un pánico lo que hace referencia al ajuste psicológico de los pacientes frente al cáncer basándose en diversas estrategias de afrontamiento (Watson y Greer, 1988).

(b) Síntomas de depresión. Incluyen alteraciones en la alimentación y en el sueño, sentimientos de minusvalía, auto culpa, baja autoestima y déficit en habilidades para solución de problemas.

4. Estrategias de afrontamiento. Ajuste psicológico de los pacientes frente al cáncer basándose en el espíritu de lucha, preocupación ansiosa, fatalismo, desesperanza / desamparo y negación (Watson y Greer, 1988).
5. Calidad de vida. Según Font (1994) el concepto de calidad de vida hace referencia a la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida relacionado con su estado de salud.

0.6 HIPÓTESIS

Existe una relación directamente positiva entre la edad y la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Existe una relación directamente positiva entre el género y la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

A mayor red de apoyo, mayor puntuación en la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

A menor respuestas de ansiedad, mayor puntuación en la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

A menor presencia de síntomas de depresión, mayor puntuación en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Existe una relación directa entre el tipo de tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

A menor tiempo de haber conocido el diagnóstico de cáncer, mayor afectada se verá la calidad de vida de los pacientes con dicha enfermedad.

A menor puntuación en las estrategias de afrontamiento, menor calidad de vida de los paciente con cáncer.

1. METODO

1.1 Diseño

Esta investigación es de tipo cuantitativo – descriptivo correlacional puesto que no manipula variables si no que por el contrario pretende observar fenómenos tal y como se manifiestan dentro de su contexto natural con el fin de analizarlos posteriormente. Así mismo se elaborará un diseño de tipo transeccional correlacional el cual tiene como objetivo describir las relaciones existentes entre cada una de las variables demográficas, psicológicas, asociadas al tratamiento y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de los pacientes con cáncer en un momento determinado (Sampieri, Collado y Lucio, 1997).

1.2 Población

Para la presente investigación se seleccionarán aquellos pacientes adultos (hombres y mujeres) que se encuentra en un rango de 18 a 60 años de edad del servicio de hemato oncología de la Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología ubicada en la ciudad de Bogotá en su gran mayoría, remitidos por las diversas empresas promotoras de la salud (EPS) o en algunos casos pueden ser pacientes privados. Dichos pacientes asisten por consulta externa para control médico o para recibir tratamiento de quimioterapia o cirugía o se encuentran hospitalizados. Los pacientes serán seleccionados según los siguientes criterios de exclusión: (a) No deben presentar deterioro mental (b) no deben padecer ninguna enfermedad adicional que le produzca incapacidad o pérdida de funcionalidad y (c) tener entre 18 y 60 años.

1.3 Instrumentos

Los 4 instrumentos de evaluación seleccionados para la investigación son:

1. Entrevista semiestructurada, la cual lleva implícita los principales factores determinantes para la recolección de datos generales de la muestra y los indicadores de exclusión para determinar los no participantes dentro del estudio (Anexo, A).
2. Historias clínicas de cada paciente que permiten identificar las variables asociadas al tratamiento del cáncer, dentro de éstas se incluyen datos demográficos del paciente, estado actual del mismo, tipo de tratamiento, tiempo en que se diagnosticó el cáncer valorados por cada especialista.
3. Escala de Valoración de la Calidad de Vida. Elaborada por Font en 1994, está constituida por un total de 30 ítems, de los cuales 26 se muestran a

través de una escala visual análoga con dos descriptores a lado y lado de la misma, donde una puntuación de 0 significa que el síntoma no se presenta en absoluto y una puntuación de 100 evidencia que el síntoma se expresa en su máxima manifestación. La prueba engloba las siguientes categorías: (a) Dificultades familiares y sociales, 7 ítems; (b) malestar psicológico, 8 ítems; (c) dificultad en hábitos cotidianos, 7 ítems; (d) síntomas físicos, 4 ítems; (e) valoración general, 1 ítem; (f) autoeficacia percibida, 1 ítem y (g) expectativas de resultados, 2 ítems (Restrepo, 2000).

La confiabilidad de ésta prueba puntúa entre 0.88 y 0.91 y la validez de criterio puntúa de la siguiente manera según sus correspondientes variables:

- (a) Número de visitas recibidas. Esta variable se correlaciona positiva y significativamente con ciertos ítems como son las náuseas y dificultades en el cuidado personal, la disminución en el apetito y los vómitos (0.17 – 0.18, $p < 0.05$) y con los ítems correspondientes de disminución de la movilidad, fatiga y dificultades para mover el cuerpo (0.24 – 0.28, $p < 0.001$).
- (b) Número de sesiones recibidas de radioterapia. Se correlaciona positiva y significativamente con los ítems correspondientes a vómitos, dolor, disminución del apetito, dificultades para escribir y dificultades para distraerse (0.17 – 0.19, $p < 0.05$); con los de náuseas, disminución de la movilidad, dificultades en el cuidado personal y dificultades para mover el cuerpo (0.24 – 0.36, $p < 0.001$) y con los ítems de

somnolencia, dificultades en las tareas en casa, comer menos, dificultades en la actividad social y fatiga (0.21 – 0.26, p 0.01).

- (c) Número de sesiones recibidas de quimioterapia. Se correlaciona positiva y significativamente con los ítems correspondientes a las náuseas, dificultades para mover el cuerpo, problemas con el sueño, dificultades en las tareas en casa, comer menos y fatiga (0.17 – 0.25, p 0.05); con el ítem de disminución de la movilidad (0.31, p 0.001) y con los ítems correspondientes a las dificultades en el cuidado personal y a la disminución del apetito (0.22 – 0.23, p 0.01).

Esta ha sido aplicada en múltiples investigaciones entre las cuales se encuentran: “Psicooncología y calidad de vida” (Restrepo, 2000) y “Factores Psicológicos en la Modulación de Respuestas Fisiológicas: El caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer” (Blasco y Font, 1990). Ver Anexo B.

4. La prueba de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), evalúa el factor cognitivo y las habilidades de afrontamiento. Esta prueba consta de 40 ítems que se agrupan en cinco subescalas, 16 ítems para evaluar espíritu de lucha, 6 ítems para desamparo / desesperanza, 8 ítems para fatalismo, 9 ítems para preocupación ansiosa y 1 ítem para negación. Las respuestas se califican en 4 niveles, 1 para quien reconoce el carácter maligno de su trastorno, 2 para quien lo cree o sospecha, 3 para indicar que es benigno pero “está a punto” o “va” a convertirse en maligno o entienden que son tratados por razones profilácticas y 4 cuando desvinculan totalmente su trastorno del cáncer.

La confiabilidad de ésta prueba puntúa entre 0.79 y 0.84 y la validez es de 0.72. Razón por la cual la Escala de Ajuste Mental al Cáncer se ha aplicado en diversas investigaciones como son “Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer: The MAC Scale” (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson, 1988) e “Influence of Psychological Response on Survival in Breast Cancer: A Population – Based Cohort Study. (Statistical Data Included)” (Watson, 1999), y Forero, Bernal y Restrepo (en tesis). Ver Anexo C.

5. La escala de auto evaluación de depresión de Zung evalúa 20 diversos síntomas y signos relacionados con la depresión; estos son evaluados por los pacientes según las opciones de respuesta (muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre) y comparados con la manera como los sintió la semana pasada. Se evalúan en una escala de 1 a 4, donde el nivel 1 indica que no existe psicopatología y por lo tanto el puntaje se encuentra entre los límites de lo normal, el nivel 2 indica la presencia de una depresión moderada, el nivel 3 la presencia de una depresión marcada y el nivel 4 señala la existencia de una psicopatología al observarse una depresión muy severa y extrema.

La confiabilidad es de 0.82 y la validez de 0.79. Dicha prueba se ha utilizado en investigaciones de pacientes con cáncer (División de Educación Médica, 1999; Angel, Vásquez, Chaparro, Martínez Y García, 1997; Angel, Vásquez, Chaparro, Martínez Y García, 1994; Ministerio de Salud, 1995 y Profamilia, 1995). Ver Anexo D.

6. La escala de auto evaluación de ansiedad de Zung. evalúa 20 diversos síntomas y signos relacionados con la ansiedad; estos son evaluados por

los pacientes según las opciones de respuesta (nunca o muy pocas veces, algunas veces, buena parte del tiempo y la mayoría o todo el tiempo) y comparados con la manera como los sintió la semana pasada. Se evalúan en una escala de 1 a 4, donde el nivel 1 indica que no existe psicopatología y por lo tanto el puntaje se encuentra entre los límites de lo normal, el nivel 2 indica la presencia de ansiedad moderada, el nivel 3 la presencia de ansiedad marcada y el nivel 4 señala la existencia de una psicopatología al observarse la ansiedad como muy severa y extrema.

La confiabilidad es de 0.82 y la validez de 0.79. Dicha prueba se ha utilizado en investigaciones de pacientes con cáncer (Angel, Vásquez, Chaparro, Martínez Y García, 1997; Angel, Vásquez, Chaparro, Martínez Y García, 1994; Ministerio de Salud, 1995 y Profamilia, 1995). Ver Anexo E.

1.4 Procedimiento

Realizando el diagnóstico de necesidades a través de una entrevista con los hemato-oncólogos Dr, Alirio Zuluaga y Dr. Julián Rivera se evidenció la necesidad de evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, ya que ésta afecta directamente no solo el desarrollo y la evolución del cáncer sino la adherencia al tratamiento del mismo, lo cual a su vez implica un abordaje interdisciplinario (médicos hemato oncólogos, enfermeras, psiquiatras y psicólogos). De igual manera se evidenció como el evaluar las variables psicológicas, asociadas al tratamiento y demográficas junto con las estrategias de afrontamiento facilita la identificación de la calidad de vida de dichos pacientes y por ende el diseño de un modelo de tratamiento que facilite la aceptación del diagnóstico y la adherencia al tratamiento. Con esto

se confirma la necesidad de la intervención del servicio de salud mental como complemento del servicio de salud de los pacientes.

Según lo anterior, se planteó a los doctores de los servicios de hemato oncología y salud mental de la Fundación Cardio Infantil la posibilidad de realizar una investigación que respondiera a dicha necesidad.

Una vez aprobado el proyecto por la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana y la FCI – IC, se realizará una entrevista a los pacientes para identificar cuales conformarán parte de la muestra de la investigación; posteriormente se presentará a los pacientes el consentimiento informado en el cual se les detallará lo más claro posible la finalidad de ésta investigación y se les solicitará la autorización para el inicio de la práctica. Los investigadores serán entrenados previamente para aplicar el instrumento de la misma forma y a continuación se les entregará el protocolo de pruebas en un solo paquete ya que el tiempo de permanencia de ésta población dentro de la FCI varía de acuerdo al pronóstico de la enfermedad. Estas pruebas serán diligenciadas por cada paciente (autoaplicadas) y las evaluadoras responderán las preguntas pertinentes.

2. Análisis de Resultados

El objetivo de la presente investigación fue evidenciar la posible relación existente entre la calidad de vida y las variables demográficas (edad, género y red de apoyo) del paciente oncológico de la Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología. Además de observar la posible relación entre la calidad de vida del paciente con cáncer y las respuestas de ansiedad y/o los síntomas de depresión manifiestos en dichos pacientes; Así mismo comprobar cómo la calidad de vida del paciente oncológico se beneficia en

la medida que éste cuenta directamente con una red de apoyo estable y duradera; finalmente identificar cómo el tipo de tratamiento y el tiempo de diagnóstico se asocia favorable o desfavorablemente con la calidad de vida del paciente.

Para el logro de los objetivos se aplicaron cuatro instrumentos a saber:

1. Escala de Valoración de la Calidad de Vida con una confiabilidad de 0.88 y una validez de 0.91.
2. Prueba de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), con una confiabilidad de 0.79 y una validez de 0.84.
3. Escala de auto evaluación de depresión de Zung, con una confiabilidad de 0.82 y una validez de 0.79.
4. Escala de auto evaluación de ansiedad de Zung, con una confiabilidad de 0.82 y una validez de 0.79.

Los instrumentos contenían un total de 110 preguntas, y se aplicaron a 50 pacientes con cáncer de ambos géneros quienes fueron el grupo representativo de la población de la Fundación Cardio Infantil, los cuales asistieron al proceso de tratamiento acorde a las necesidades individuales.

Se tuvieron en cuenta tres variables descritas en la tabla 1.

Tabla 1

Variables Evaluadas

Demográficas	Asociadas la Tratamiento del Cáncer	Psicológicas
Edad	Tiempo de diagnóstico	Respuestas de ansiedad
Género	Tipo de tratamiento	Síntomas de depresión
Red de apoyo		Estrategias de afrontamiento
		Calidad de vida

Los resultados son presentados mediante estadística descriptiva utilizando gráficas y tablas que facilitan su análisis e interpretación.

Con el fin de analizar los resultados cuantitativamente se llevó a cabo el siguiente plan de análisis:

1. Selección y calificación de las pruebas de acuerdo con sus baremos correspondientes.
2. Tabulación de los Datos obtenidos, previa calificación de acuerdo con cada escala evaluada (Anexo F).
3. Procesamiento de los datos a través del programa estadístico Excel
4. Obtención de los puntajes brutos y aplicación estadística a los mismos teniéndose en cuenta los puntajes máximos por escala.
5. Elaboración de las gráficas correspondientes, que permiten observar el comportamiento de las correlaciones obtenidas según el objetivo de la investigación.

2.1 Análisis Descriptivo

Para el análisis de los datos sociodemográficos se hizo necesario categorizar la información obtenida, tal como lo describe la tabla 2, así:

Tabla 2

Códigos Utilizados Según Variables:

Género	
Masculino	1
Femenino	2
Edad	
Rangos:	
18 – 20	1
21 – 23	2
24 – 27	3
28 – 30	4

31 – 33	5
34 – 37	6
38 – 40	7
41 – Más	8
Red de Apoyo	
Familia Nuclear	1
Familia Extensa	2
Otros (amigos, religión y vecinos)	3
Tipo de Tratamiento	
Cirugía Y Radioterapia	1
Radioterapia Y Quimioterapia	2
Cirugía Y Quimioterapia	3
Todos	4
Uno De Los Tres Anteriores	5
Tiempo de Conocido el Diagnóstico	
Uno a Tres Meses	1
Cuatro a Seis meses	2
Siete a Nueve meses	3
10 a 12 meses	4
13 meses en adelante	5

A continuación la tabla 3 señala los datos sociodemográficos relacionados con el número total de la muestra y sus respectivos porcentajes.

Tabla 3

Porcentajes según Variables Demográficas

Variables	Cantidad	Total Porcentaje
Género		
1	25	50,00%
2	25	50,00%
Edad		
18-20	3	6,00%
21-23	1	2,00%

24-27	7	14,00%
28-30	1	2,00%
31-33	2	4,00%
34-37	9	18,00%
38-40	3	6,00%
41 O Más	24	48,00%
Red De Apoyo		
F. Nuclear	42	84,00%
F. Extensa	2	4,00%
Otros	6	12,00%

Con relación a la red de apoyo se observa que el 50 % de la muestra corresponde al género femenino (2) y el 50 % restante lo comprende el género Masculino (1).

En cuanto a la edad se observa que el 52 % del total de la muestra pertenece al rango de adultos jóvenes ubicados entre los 18 y los 40 años, y el 48% restante se sitúa en el rango de adultos con edades entre los 41 y 60 años.

Con relación a la red de apoyo se observa que el 84% del total de la muestra considera como su principal red de apoyo a la familia nuclear (esposo(a), e hijos); el 6% señala como red de apoyo a otros (vecinos, amigos y religión) y tan sólo un 2% se apoya en la familia extensa (padres, suegros, tíos).

Tabla 4

Porcentajes de Variables Asociadas al Tratamiento del Cáncer

Variable	Cantidad	Porcentaje Total
Tipo de Tratamiento		
1	1	2,00%
2	5	10,00%
3	14	28,00%
4	8	16,00%
5	22	44,00%
Tiempo de Conocido el Diagnóstico		
1	7	14,00%
2	12	24,00%
3	11	22,00%
4	4	8,00%
5	16	32,00%

Se tiene que el tipo de tratamiento más utilizado corresponde en un 44% a uno de los tres tratamientos; siendo estos: (a) Radioterapia, (b) cirugía y (c) quimioterapia. El tipo de tratamiento menos utilizado es la combinación entre cirugía y radioterapia, correspondiendo sólo en un 2% del total de la muestra. El 28% de la muestra ha utilizado cirugía y quimioterapia. Un 16% del total de la muestra han recibido cirugía, radioterapia y el 10% solamente ha recibido radioterapia y quimioterapia.

En cuanto al tiempo de conocido el diagnóstico el 32% del total de la muestra refiere conocer el diagnóstico de su enfermedad desde hace 13 meses en adelante, tan solo el 8% del total de la muestra señala haber conocido el diagnóstico de su enfermedad desde hace 10, 11 o 12 meses.

El 24 % del total de la muestra reporta haber conocido su diagnóstico hace 4, 5 o 6 meses, el 22% hace 7, 8 o 9 meses y el 14 % restante señala conocer el diagnóstico hace 1, 2 o 3 meses.

Los datos en la tabla 5 muestran el resultado obtenido con relación a las variables objeto de investigación de acuerdo con las medidas media, mediana, moda y desviación estándar del total de la muestra evaluada.

Tabla 5

Resultados de Variables demográficas y asociadas al tratamiento

	Género	Edad	Red de A	Tipo de T	Tiempo D.
Promedio	1,5	40,56	1,28	3,9	3,2
Mediana	1,5	39	1	4	3
Moda	2	48	1	5	5
Desvesta	0,50507627	13,2744345	0,67127658	1,14731274	1,47080431

Se observa que la edad promedio del total de la muestra es de 40 siendo la moda 48 con una edad mediana de 39 y una desviación estándar de 13,27.

2.2 Correlaciones entre Variables

A continuación se presentan los resultados obtenidos y sus relaciones entre variables demográficas y psicológicas, así:

Tabla 6

Relación Variable Sociodemográfica - Red de Apoyo - frente a Variables Psicológicas - Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida -.

Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel de Sig	Resultado	Nivel de Sig
Red de Apoyo – Depresión	0.06	No	0.18	No
Red de Apoyo – Ansiedad	-0.02	No	-0.39	* Sig. 005
Red de Apoyo - Calidad V.	-0.05	No	-0.05	No

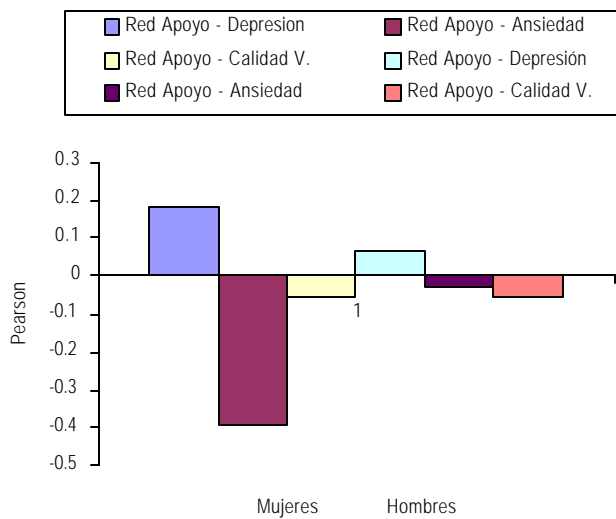


Figura 1. Correlación entre red de apoyo y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

En la figura 1 se evidencia que no existe ninguna relación entre la calidad de vida de los pacientes con cáncer y su red de apoyo, aunque se observa que las mujeres que refieren a otros (amigos, religión y/o vecinos) como red de apoyo, presentan mayores respuestas de ansiedad que aquellas que

consideran a la familia nuclear o a la familia extensa como su principal red de apoyo.

Tabla 7

Relación Variable Sociodemográfica – Edad – frente a Variables Psicológicas - Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida -.

Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel De Sig	Resultado	Nivel De Sig
Edad – Depresión	0.06	No	0.18	No
Edad – Ansiedad	-0.13	No	-0.03	No
Edad – Calidad De Vida	0.09	No	0.27	No

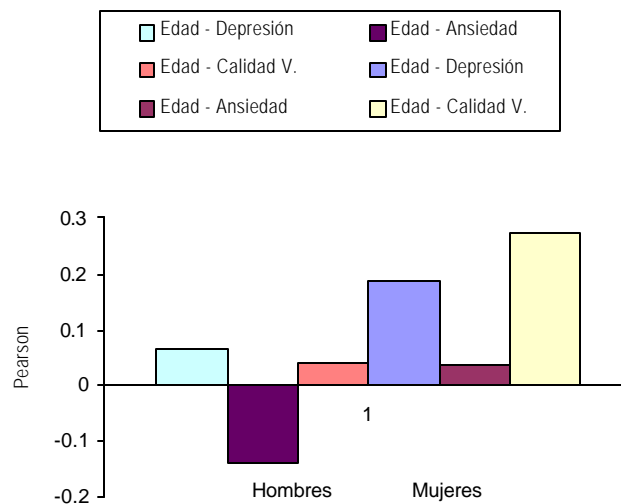


Figura 2 Correlación entre edad y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

La figura 2 muestra los datos registrados en la tabla 7, en la cual se observa que tanto en hombres como en mujeres no existe ninguna relación entre la edad y la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Aunque las mujeres presentan a mayor edad, mayor depresión, sin que existan diferencias significativas.

Tabla 8

Relación entre Variable Asociada al Tratamiento del Cáncer - Tipo de Tratamiento - y Variables Psicológicas – Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida -.

Relación Entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel De Sig	Resultado	Nivel De Sig
Tipo de tratamiento – Depresión	-0.57	* Sig 0,01	-0.19	No
Tipo de tratamiento – Ansiedad	0.07	No	-0.05	No
Tipo de tratamiento – Calidad V.	0.02	No	0.27	No

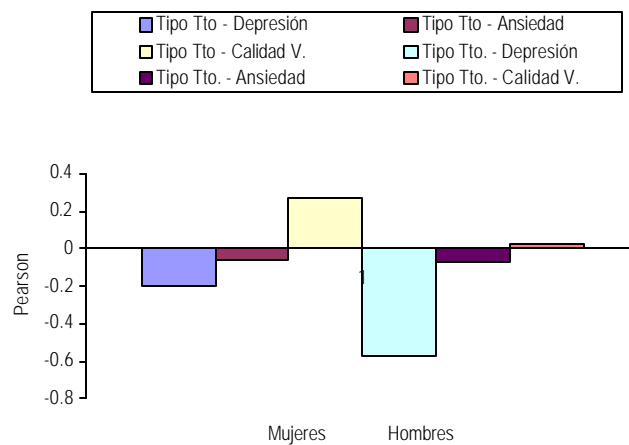


Figura 3. Correlación entre el tipo de tratamiento y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

En la figura 3 no se evidencia relación entre la calidad de vida de los pacientes con cáncer y el tipo de tratamiento para ambos géneros, aunque los hombres que señalan la categoría 5, uno de los tres anteriores tratamientos – quimioterapia, radioterapia o cirugía - presentan menor manifestación de síntomas de depresión que quienes puntúan 1 – cirugía y radioterapia -, 2 – radioterapia y quimioterapia -, 3 – cirugía y quimioterapia - o 4 – todos los anteriores tratamientos -.

Tabla 9

Relación entre Variable Asociada al Tratamiento del Cáncer - Tiempo de Diagnóstico - y Variables Psicológicas – Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida -.

Relación Entre	HOMBRES		MUJERES	
	Resultado	Nivel De Sig	Resultado	Nivel De Sig
Tiempo de Diagnóstico – Depresión	0.08	No	0.37	* Sig. 0.05
Tiempo de Diagnóstico – Ansiedad	-0.07	No	-0.22	No
Tiempo de Diagnóstico – Calidad V.	0.02	No	0.23	No

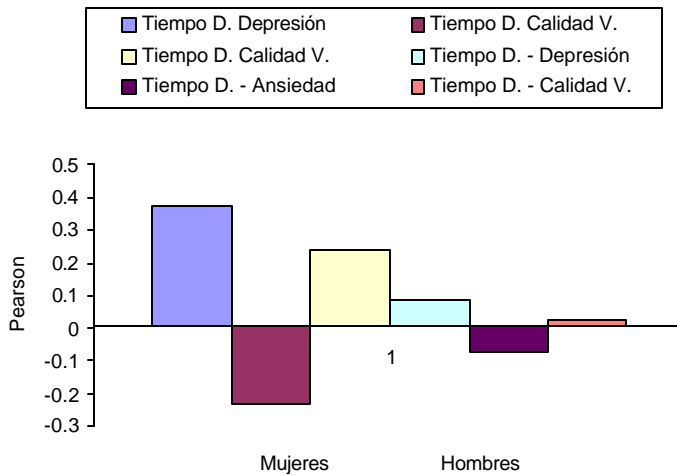


Figura 4. Correlación entre el tiempo de conocido el diagnóstico y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

La figura 4 demuestra que no existe ninguna relación entre la calidad de vida de los pacientes con cáncer y el tiempo de diagnóstico de su enfermedad, aunque en las mujeres existe una relación directa positiva, la cual señala que a mayor tiempo de conocido el diagnóstico se presenta mayor presencia de síntomas de depresión.

Tabla 10

Relación entre las Variables Psicológicas – Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida

Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel De Sig	Resultado	Nivel De Sig
Depresión – Ansiedad	0.15	No	-0.08	No
Depresión – Calidad de Vida	-0.23	No	0.17	No
Ansiedad - Calidad de Vida	-0.16	No	-0.06	No

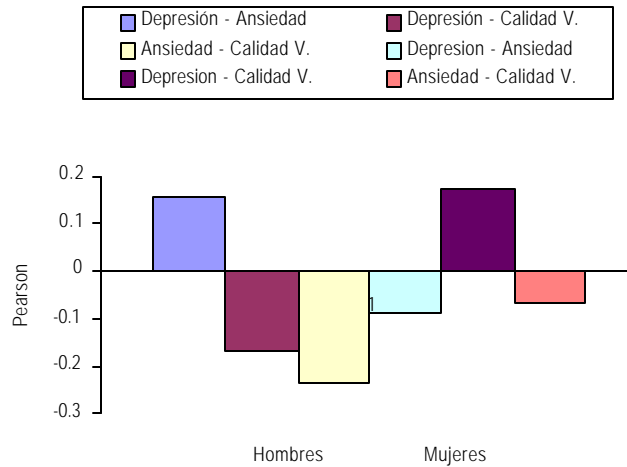


Figura 5. Correlación entre ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

La figura 5 permite observar que no existe relación entre la calidad de vida de los pacientes con cáncer y las variables psicológicas – depresión y ansiedad -, aunque los hombres presentan mayores síntomas de depresión frente a los mujeres, quienes presentan mayores respuestas de ansiedad sin existir un nivel de significación.

Tabla 11

Resultados Estrategias de Afrontamiento - Espíritu de Lucha – y Variables Psicológicas - Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida -.

Mac Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel de Sig	Resultado	Nivel de Sig
Espíritu de Lucha - Depresión	-0.358479707	* Sig 0,05	-0.461014207	*Sig al 0,05
Espíritu de Lucha - Ansiedad	-0.313120036	No	-0.163496643	No

Espíritu de Lucha – Calidad V. 0.208637755 No 0.040807068 No

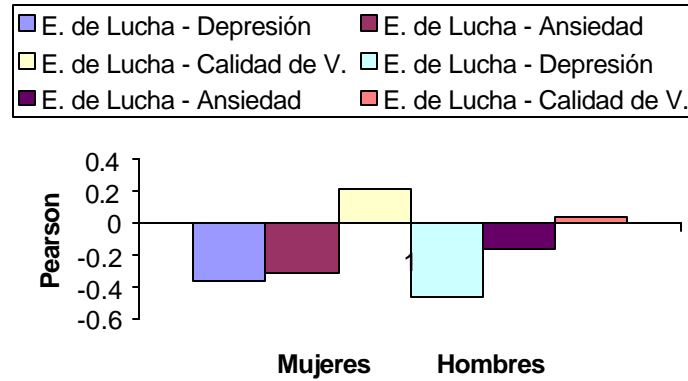


Figura 6. Correlación entre espíritu de Lucha y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

En la figura 6 se observa que no hay una relación existente entre la estrategia de afrontamiento “Espíritu de Lucha” y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, sin embargo, tanto en hombres como en mujeres, existe una relación inversamente proporcional entre el espíritu de lucha y la depresión donde a mayor puntuación en dicha estrategia de afrontamiento menor presencia de síntomas depresivos.

Tabla 12

Resultados Estrategia de Afrontamiento – Desesperanza – y Variables

Psicológicas - Depresión, Ansiedad, Calidad de Vida -.

Mac Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel de Sig	Resultado	Nivel de Sig
Desesperanza vs depresión	0.60778634	SIG AL 0,01	0.314744796	*Significat.
Desesperanza Vs Ansiedad	0.24020919	No	-0.083676822	NO
Desesperanza Vs Calidad V	-0.1792831	No	-0.123174104	NO

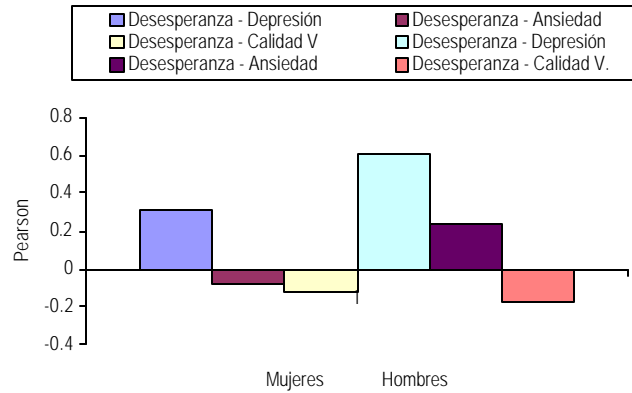


Figura 7. Correlación entre desesperanza y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

La figura 7 muestra claramente que no existe ninguna relación entre la estrategia de afrontamiento “Desesperanza” y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, aunque es posible inferir que tanto en hombres como en mujeres, a mayor puntaje en desesperanza mayor manifestación de síntomas depresivos.

Tabla 13

Resultados entre Estrategia de Afrontamiento - Preocupación Ansiosa - y Variables Psicológicas - Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida -.

Mac Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel de Sig	Resultado	Nivel de Sig
Preocupación - Depresión	0,47	*Sig al 0,05	0,187529109	No
Preocupación - Ansiedad	0,045	No	-	No
			0,074597423	
Preocupación - Calidad V.	-0,33	No	-	No
			0,309288627	

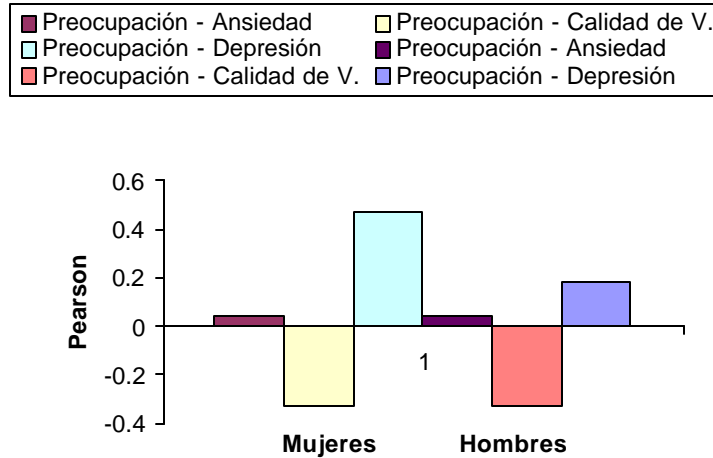


Figura 8. Correlación entre preocupación ansiosa y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

En la tabla 13 se observa que no existe relación alguna entre la estrategia de afrontamiento “preocupación ansiosa” y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, aunque existen diferencias significativas que permiten inferir que en los hombres, a mayor puntaje en preocupación ansiosa mayor presencia de síntomas de depresión.

Tabla 14

Resultados entre Estrategia de Afrontamiento – Fatalismo - y Variables

Psicológicas - Depresión, Ansiedad, Calidad de Vida -.

Mac Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel de Sig	Resultado	Nivel de Sig
Fatalismo – Depresión	0,50320788	*Sig al 0,01	0,234054663	No
Fatalismo- Ansiedad	-0,0191173	No	-0,216225934	No
Fatalismo – Calidad V.	-0,383833196	*Sig al 0,05	-0,389533296	*Sig 0,05

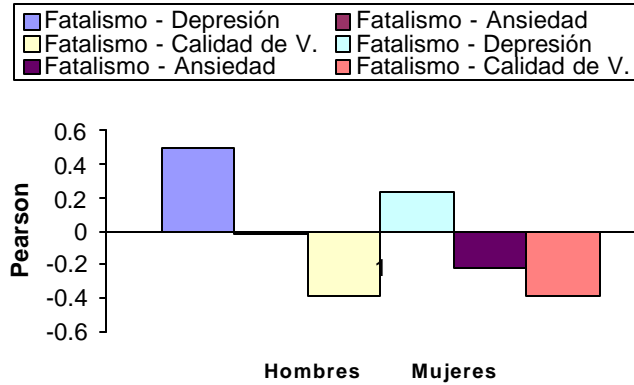


Figura 9. Correlación entre Fatalismo y ansiedad, depresión y calidad de vida de hombres y mujeres asistentes al departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

A través de la tabla 14 es posible observar que existe una relación entre la estrategia de afrontamiento “Fatalismo” y la calidad de vida de los pacientes con cáncer ya que en los hombres, a mayor fatalismo mayor presencia de síntomas depresivos y menor calidad de vida; en las mujeres, a menor fatalismo mayor puntuación en calidad de vida.

Tabla 15

Resultados entre Estrategia de Afrontamiento – Evitación – y Variables

Psicológicas - Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida -.

Mac Relación entre	Hombres		Mujeres	
	Resultado	Nivel de Sig	Resultado	Nivel de Sig
Evitación Vs Depresion	-0.39579488	*Sig al 0,05	-0.57955571	*Sign 0,01
Evitación Vs Ansiedad	-0.10619597	No	-0.06665958	No
Evitación Vs Font	0.2299867	No	0.127384895	No

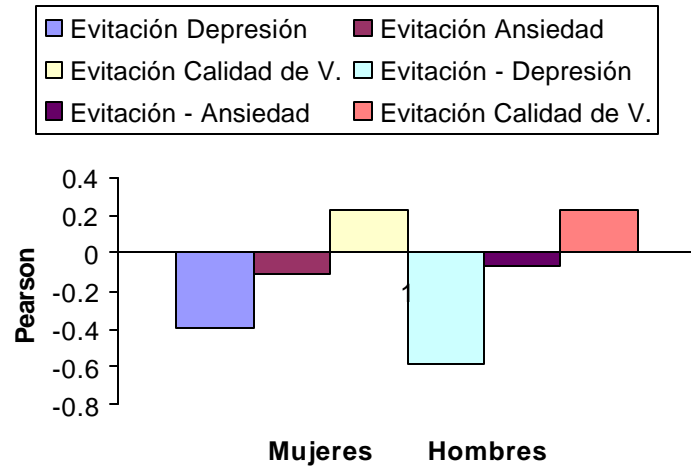


Figura 10. Correlación entre Evitación y ansiedad, depresión y calidad de vida de mujeres y hombres del departamento de oncología de la Fundación Cardio Infantil.

En la figura 10 se evidencia que no existe relación alguna entre la evitación y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, aunque se encontró que tanto en hombres como en mujeres, a mayor respuesta de evitación menor presencia de síntomas de depresión.

Así mismo, se hallaron las posibles diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a depresión, ansiedad y calidad de vida donde se obtuvieron los datos relacionados en la tabla 16.

Tabla 16

Resultados de Hombres y Mujeres en Variables Psicológicas

	Promedio		Mediana		Moda		Desv. Estándar	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Depresión	43.6	47.4	41	48	31	56	17.6	10.9
Ansiedad	64.12	67.48	65	68	69	69	8.3	5.0
Calidad V.	12.8	7	6	4	4	4	23.9	8.7
Espíritu Lucha	87,75	82,93	90	82,5	94	91	8,89	9,20
Desesperanza	48,5	43,16	47,5	41		41	7,17	3,65
Preocupación	65,22	61,66	68	68			13,53	11,8
Fatalismo	64	65,37	62,5	59,5	46		17,19	15,26
Evitación	2,8	2,12	3	2				

Se observa que tanto los hombres como las mujeres se encuentran dentro del promedio normal de los síntomas de depresión, al igual que manifiestan respuestas de ansiedad moderadas o marcadas.

Al comparar la calidad de vida entre hombres y mujeres, se halló una $t=3,425$, siendo esta significativa a un $\alpha= 0.05$ a favor de las mujeres, lo que demuestra que las mujeres presentan alteraciones mayores que los hombres en cuanto a la calidad de vida.

Finalmente, en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, se encuentra que es significativo en cuanto a espíritu de lucha tanto en hombres como en mujeres, al igual que en fatalismo, siendo la preocupación menor en los hombres.

3. DISCUSIÓN

A partir del análisis de los datos obtenidos en la presente investigación se logró caracterizar la muestra según el diagnóstico, y se encontró que la leucemia y el cáncer gástrico ocupan los primeros lugares. Los elementos teóricos por el contrario señalan que los tipos de cáncer más comunes en la población adulta son el cáncer de mama en mujeres y de próstata en hombres (Michielutte, Dignan & Lanier 1999).

Así mismo, los datos obtenidos demuestran que el 44% de los pacientes refieren haber recibido uno de los tres tratamientos más comunes en el cáncer, a saber: Quimioterapia, radioterapia y/o cirugía tal como lo sustenta Zomeño (2000) desde el marco teórico.

En la experiencia clínica fue notoria la presencia de altos niveles de ansiedad y depresión durante la quimioterapia, puesto que existen ciertas alteraciones cognitivas (negación y magnificación de la enfermedad), de

bienestar físico (náuseas y vómito) y funcionales (aseo y cuidado personal y realización de actividades laborales y/o académicas) que presentan los pacientes y sus familias, como consecuencia del manejo de éste complejo tratamiento (Bender, Yasco, Kirkwood & Ryan, 2000).

Hilton, Crawford & Tarko (2000) en su investigación, señalan que los hombres en general subestiman la enfermedad y se adaptan pobremente a un diagnóstico de cáncer, a diferencia de las mujeres, quienes la sobreestiman buscando más apoyo social que los mismos hombres y ejerciendo un rol de apoyo dominante cuando lo consideran necesario. Estos resultados se confirman en la presente investigación, en la cual se encontró que son los hombres quienes especialmente presentan menores alteraciones en su calidad de vida durante el curso de su enfermedad, ya que son más receptivos y el significado que le otorgan a la misma es menos negativo que el asignado socialmente. Esto les permite enfrentar el cáncer con mejores expectativas de vida y por ende, proporcionarle mayor coherencia a los años que quedan de vida (Nussbaum y Sen, 1996).

Durante el trabajo de campo se halló claramente que para el paciente oncológico resulta difícil enfrentar su enfermedad debido a la gran carga negativa que la palabra cáncer posee a nivel social, al igual que a los cambios físicos consecuentes con la enfermedad y a los sentimientos de frustración, rabia y ansiedad que se manifiestan en el momento de el diagnóstico (Sala, 2000), aspectos que en el presente estudio se evidenciaron a través de los resultados reportados por los pacientes en el momento de la aplicación de las pruebas. Como complemento a lo anterior y según lo observado durante el encuentro con los pacientes, es importante

tener en cuenta que en el paciente con cáncer existen otros aspectos de gran relevancia como son la familia, la pareja, el trabajo y otras actividades, los cuales al verse afectados influyen no solo el estado emocional y/o afectivo sino también en la manera como los pacientes afrontan la enfermedad y direccionan su calidad de vida.

En contraste con los datos obtenidos a través de la investigación, el encuentro con los pacientes en el momento de la evaluación hizo viable observar una posible relación entre la edad y la calidad de vida; esto es, los pacientes adultos jóvenes manifestaron una mayor alteración en su calidad de vida debido a las altas expectativas hacia su futuro (terminar una carrera, formar una familia y educar a sus hijos entre otros), por el contrario, los adultos manifestaron una menor alteración en su calidad de vida, ya que consideraban haber vivido más y alcanzado muchos de los objetivos. Según Nussbaum y Sen (1996), la calidad de vida se ve afectada según los continuos cambios en los planes de vida y en el curso de la misma, ya que en cualquier momento la presencia de eventos “negativos” como el cáncer alteran el supuesto de lo que esperaban para la duración normal de su vida. De ésta manera no solo pierden la oportunidad de adquirir mayores y mejores expectativas de vida, ser más felices y adquirir mayores satisfacciones, sino también la oportunidad de culminar un plan de vida que de significado a su existencia.

Durante el transcurso de toda la investigación, los pacientes reportaron la absoluta necesidad de poseer una estable y duradera red de apoyo; así, el 84% de los pacientes evaluados consideran como su mayor y mejor red de apoyo la familia nuclear; esto es debido a que la búsqueda de apoyo social

cercano, disminuye definitivamente la aflicción psicológica que naturalmente presenta el paciente con cáncer (Livneh, 2000). De igual forma es posible comprender la razón por la cual las mujeres que consideran a otros (vecinos, amigos y religión) como su principal red de apoyo, manifiestan mayores respuestas de ansiedad que aquellas que cuentan con el apoyo de la familia nuclear, puesto que sus niveles de estrés aumentan incrementando el déficit en las habilidades de solución de problemas y por ende en su funcionalidad (Livneh, 2000).

Con respecto a las variables psicológicas se encontró que tanto hombres como mujeres presentan un nivel promedio normal de depresión, al igual que un nivel marcado de ansiedad, lo cual es posible comprender si se tiene en cuenta que los pacientes con cáncer presentan ciertas alteraciones psicológicas como las respuestas de ansiedad (sudoración, náuseas y vómito entre otros en su gran mayoría observados durante el proceso de quimioterapia) y los síntomas de depresión (llanto, aflicción y desmotivación observados durante el curso de la enfermedad), los cuales a su vez, generan dificultades en el proceso de adaptación y recuperación de la enfermedad (Winnicott, 1993).

Es importante destacar que las respuestas de ansiedad y los síntomas de depresión son medidas indirectas de la calidad de vida y que éstas a su vez se relacionan con las estrategias de afrontamiento; lo que hace que la calidad de vida no se vea afectada al no existir mayores alteraciones en ninguna de las dos variables anteriormente mencionadas.

Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento es importante destacar que no se observó ninguna relación entre espíritu de lucha,

desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación con las respuestas de ansiedad, ya que estas últimas se manifiestan independientemente de que el individuo cuente con las suficientes estrategias para enfrentar su enfermedad como lo es en el caso de pacientes que se someten a tratamientos como la quimioterapia en la cual es común encontrar síntomas como la sudoración, náuseas y aceleración en el ritmo cardíaco y en la presión sanguínea; esto quiere decir que la ansiedad está relacionada de manera puntual con la situación de enfermedad (síntomas físicos) del paciente, a pesar de que los síntomas se manifiesten en situaciones terapéuticas como consecuencia del tratamiento. Por el contrario se observó una relación directa entre las estrategias de afrontamiento anteriormente mencionadas y los síntomas de depresión, en los cuales se presenta un claro nivel de significancia debido a que los pacientes están en la constante búsqueda de herramientas que les permita enfrentar su enfermedad con una actitud positiva que los lleve a tener un mayor acercamiento familiar y social y a continuar realizando las diversas actividades (laborales, hogar y recreativas entre otras) y a no ser seres aislados por su problemática.

Es claro evidenciar la presencia de una relación inversa entre el espíritu de lucha y la depresión, ya que cuando el paciente cuenta con un alto nivel de espíritu de lucha éste adquiere una mejor percepción de la calidad de vida (al sentirse capaz de hacer más y ser mejor en los diversos aspectos de la misma) y por ende un menor estrés psicológico (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995). Además, se observa una relación inversamente proporcional existente entre la calidad de vida y el fatalismo, donde a mayor fatalismo

menor calidad de vida; esto se explica teniendo en cuenta que una persona con altos niveles de fatalismo ve el diagnóstico como una amenaza mayor, acepta cualquier pronóstico mostrando una actitud negativa frente a diversas determinaciones que se presenten durante el curso de su enfermedad y muestran una baja percepción de control de sí mismo, debido a que sus esquemas y estilos de pensamiento son erróneos impidiéndoles tener un manejo adecuado frente a cualquier situación.

Teniendo en cuenta que en general las mujeres presentaron mayores alteraciones en su calidad de vida comparada con la de los hombres, es necesario señalar, cómo dicha variable, eje del presente estudio, no se relacionó significativamente con las variables demográficas, psicológicas, ni las asociadas al tratamiento del cáncer. Lo anterior se puede explicar si se tienen en cuenta aspectos como el hecho de que las pruebas en algunos casos fueron autoaplicadas y en otros heteroaplicadas, la presencia de algunas condiciones físicas como el dolor y las náuseas que no permitieron la máxima concentración en algunos pacientes y algunas condiciones psicológicas como son la tristeza y la desmotivación (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995).

Finalmente se considera que el mayor aporte de la presente investigación es rescatar la importancia de una mayor atención psicológica en el tratamiento del paciente oncológico en el cual se le permita reconocer las estrategias de afrontamiento con las cuales este cuenta para hacerle frente a la enfermedad, generando así una mayor calidad de vida que se refleje claramente en los entornos sociales, familiares, laborales y en otras

actividades del individuo y por ende en la efectividad del tratamiento médico que éste reciba.

Es significativo señalar que los resultados obtenidos en la investigación tomaron un curso diferente a los señalados en los objetivos e hipótesis al inicio de la misma. Esto permite reflexionar en torno a la forma en que se deben evaluar este tipo de pacientes ya que en lo posible se hace necesario homogeneizar las condiciones de aplicación y recolección de la información. Así mismo, la variabilidad en los datos obtenidos puede ser interpretada como consecuencia de la condición metodológica que no permitió encontrar las relaciones propuestas y soportadas por las investigaciones en este campo.

Tales propuestas señalan lo siguiente: (a) De acuerdo a la forma como el individuo haya interiorizado las diversas estrategias de afrontamiento a lo largo de su vida podrá enfrentar una enfermedad como el cáncer utilizando habilidades adaptativas que le permitan enfrentar las demandas del medio con un menor impacto; (b) las respuestas de ansiedad y los síntomas de depresión determinan en gran escala el significado, la adaptación y el tiempo de recuperación de la enfermedad, puesto que en la medida en que dichas variables puedan ser controladas por el individuo, así mismo se observará una mejor calidad de vida; (c) Según el tiempo de diagnóstico del individuo, éste podrá asimilar la enfermedad del cáncer y adaptarse más fácilmente no solo a la misma, sino también al tipo de tratamiento, teniendo en cuenta que dentro de éste el más agresivo es la quimioterapia, por todas sus implicaciones tanto físicas (caída del cabello y vómito entre otros) como psicológicas (baja autoestima y disminución en las expectativas hacia el

futuro ente otros); y (d) la calidad de vida en un paciente con cáncer se ve influenciada por el impacto que la enfermedad tiene sobre el individuo y por la forma en que éste se adapte tanto física, como social y psicológicamente a través de la aplicación de las diversas estrategias de afrontamiento a los diferentes eventos de la vida.

Cabe destacar que otro aporte de gran relevancia para el trabajo clínico en dicha población es la complementariedad del conocimiento psicológico y clínico, a partir de la cual quienes se benefician directamente son los mismos pacientes al recibir un tratamiento integral que les permita ampliar sus expectativas hacia el futuro, enfrentar la enfermedad con mayor satisfacción y por ende mejorar su calidad de vida.

4. REFERENCIAS

Agra, Y. & Badía, X. (1998). Spanish versión of the Róterdam Symptom Check List: Cross – cultural adaptation and preliminary validity in a sample of terminal cancer patients. Psycho – oncology, 7, 229 – 239.

Angel, L., Vásquez, R., Chaparro, K., Martínez, L. Y García, J. (1997). Prevalencia del Comportamiento Alimentario en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia en Junio de 1994 y Diciembre de 1995. Acta Médica Colombiana, 22 (3), 111 – 119.

Angel, L., Vásquez, R., Chaparro, K., Martínez, L. Y García, J. (1994). Trastornos del Comportamiento Alimentario en Deportistas. 36vo Congreso Anual de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría.

Arrivillaga, M. (2000). Aspectos claves de la intervención psicológica ante el diagnóstico de una enfermedad crónica: Una experiencia con cáncer de

cuello de útero. 5º Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Calidad de Vida en el Siglo XXI, 31.

Astin, J., Antón-Culver, H., Schwartz, C. & Shapiro, D. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of balancing control coping styles. Behavioral Medicine; Washington. 101- 109.

Ayala, L. & Hidalgo, C. (1993). Molestias Físicas y Cambios Emocionales del Paciente con Cáncer. Cuidados del Profesional de Enfermería. Tesis de Grado Profesional no Publicada, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Bayés, R. (1991). Psicología oncológica Barcelona: Martínez Roca.

Bender, C., Yazco, J., Kirkwood, J. & Ryan, Ch. (2000). Cognitive function and quality of life in interferon therapy for melanoma. Clinical Nursing Research, 9 (3), 352 – 363.

Blanco, A. (1994). Apuntes de intervención psicológica en medicina. Valencia: Promolibro.

Burstein, h., Gelber, Sh., Guadagnoli, E. & Weeks, J. (1999). Use for alternativa medicine by women with early – stage breast cancer. The New England Journal of Medicine, 340, 1733 – 1739.

Carrillo, S., Gutierrez, G. & Carrillo, M. (1999). Calidad de vida. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 17, 77 – 93.

Casalod, E. (1999). La Psicooncología. [Disponible en www.Opolanco.es/Apat/psicooncología.html].

Cooper, C. (1987). Estrés y cáncer. Buenos Aires: Díaz de Santos S.A.

Cousins, N. (1993). Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir. Barcelona. Kairos

División de Educación Médica (1999). La depresión en el paciente con cáncer. Avances en Oncología, 1 (2), 19 – 21.

División de Educación Médica (2000). Desórdenes psiquiátricos en el paciente con cáncer. Avances en Oncología, 2 (1), 19 – 21.

Ferrero, Toledo y Barreto (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. Revista Latinoamericana de Psicología, 27, 87 – 101.

Florez, L. (2000). La Psicología de la Salud y la Salud Pública: El papel de la comunidad científica (Resumen). 5º Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Calidad de Vida en el Siglo XXI, 27.

Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. Anuario de Psicología, 61, 41 - 50.

Hilton, A., Crawford, J. & Tarko, M. (2000). Men`s perspectives on individual and family coping with their wives` breast cancer and chemotherapy. Western Journal of Nursing Research, 22 (4), 438 – 459.

Holland, J. & Almanza, J. (1995). Psicho – oncology in the new milenium. International Medical Journal, 4, 255 – 257.

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. (1996). Calidad de vida y sus instrumentos de medición: Una herramienta en oncología. Revista Cubana Oncológica, 12, 98 – 113.

Klevens, j., Cruz, L, Rodríguez, H., Peñaranda, C., Pulido, C., Rincón, M., Vargas, L., García, C., Arenas, L. & Estrada, D. (1989). Prevención primaria en salud mental. Revista Latinoamericana de Psicología, 21, 243 – 253.

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

Livneh, H. (2000). Coping. *Journal of Rehabilitation*, 66, 40 – 49.

Manual Diagnostico y Estadistico de Los Trastornos Mentales, DSM – IV. 1995.

Michielutte, R., Digman, M. & Smith, B. (1999). Psychosocial factors associated with the use of breast cancer screening by women age 60 years or over. *Health Education and Behavior*, 26 (5), 625 – 647.

Ministerio de Salud (1995). “Estudio Nacional de Salud y de Consumo de Sustancias Psicoactivas 1993”. Colombia.

Nussbaum, M. & Sen, A. (1996). “La Calidad de Vida”. México: The United Nations University.

Passik, S., Lundberg, J., Rosenfeld, B. & Kirsh, K. (2000). Factor analysis of Zung self – rating depression scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*, 41 (2), 121 – 130.

Pólit, D. & Hungler, B. (1997). Investigación científica en ciencias de la salud. México: Interamericana.

Profamilia (1999). “Encuesta Nacional de Salud 1995”. Santafé de Bogotá: Printex Editores.

Ptacek, JT., Pierce, G., Ptacek, JJ. & Nogel, C. (1999). Stress and coping proceses in men with prostate cancer: The divergent views of husbands and wives. *Journal of Social and Clinical Psychology; New York*. 299-324.

Restrepo, M. (2001). Psicooncología y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (8), 106 – 119.

Rodríguez, J., Rodríguez, V. & Bermúdez, M. (1999). Análisis del efecto de variables psicológicas en el desarrollo y pronóstico del cáncer: Un estudio retrospectivo. *Suma Psicológica*, 6, 161 – 174.

Sala, V. (2000). Una apreciación psicoimmunoneuroendocrinológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer. [disponible en viviss@infovia.com.ar]

Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Sherman, A. & Simonton, S. (2001). Coping with cancer in the family. Family Journal, 9 (2), 193 – 200.

Sirgo, A., Díaz, M., García, R., Guevara, S., López, P., López, C., Alija, V. & Pérez, G. (2000). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. Revista Electrónica de Psicología, 3 (3), 1 – 4.

Sociedad Colombiana de Psicología (1999). “Código Etico del Psicólogo”. Colombia.

Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. Revista Latinoamericana de Psicología, 27 (1), 73 – 86.

Vinnaccia, S. (1989). Psicología de la salud en Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología, 21, 255 – 260.

Watson, M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population – based cohort study. Lancet, 354, 1331 – 1336.

Watson, M., Greer, S., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. Psychological Medicine, 18, 203 – 209.

Watson, M., Law, M., Maguire, G., Robertson, B., Greer, S., Bliss, J. & Ibbotson, T. (1992). Further development of a quality of life measure for

cancer patients: The Róterdam Symptom Checklist (revised). Psycho – Oncology, 1, 35 – 44.

Zea, J. (1999). Cáncer y la medicina alternativa. Avances en Psicología, 1(2), 5.

Zea, J. (2000). Editorial. Avances en Oncología, 2 (1), 5.

Zomeño, M. (2000). Preguntas y respuestas sobre el cáncer. Medellín: Colina, Correo Eds.

Zung, W. (1971). A Rating Instrument for Anxiety Disorder. Psychosomatics, 12, 371 – 379.

Zung, W. (1986). Zung Self Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. In: Factorius and Ban. Berlin: Deression.