

ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO
QUIMIOTERAPÉUTICO

YENNY SULAY URREA COSME

VERÓNICA CÓRDOBA SÁNCHEZ

Trabajo de grado como requisito para optar al título de psicólogas

Asesor

ÓSCAR IGNACIO GIRALDO ROLDÁN

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2009

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a las siguientes personas:

Al psicólogo Oscar Giraldo, por su asesoría a lo largo de toda la investigación.

Al psicólogo Mario Alberto Ruíz, por su apoyo en la formulación del proyecto.

Al psicólogo Renato Zambrano, por su colaboración en el análisis de resultados.

Al equipo de MEDICÁNCER por habernos permitido realizar allí nuestra investigación y por su amabilidad durante la recolección de la información.

A los participantes en la investigación por la valiosa información suministrada.

A todas las personas que una u otra manera nos brindaron su ayuda y acompañaron nuestro trabajo.

CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. MARCO TEÓRICO	18
3.1. Antecedentes Investigativos	18
3.2. Referentes Teóricos	24
4. OBJETIVOS	46
4.1. Objetivo General	46
4.2. Objetivos Específicos	46
5. METODOLOGÍA	47
5.1. Diseño metodológico	47
5.2. Población	47
5.3. Muestra	47
5.4. Instrumentos empleados para la recolección de información	49
5.4.1. Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento (COPE)	49
5.4.2. Cuestionario de adherencia a las recomendaciones generales para pacientes en tratamiento quimioterapéutico	50
5.4.3. Cuestionario sociodemográfico	50
5.4.4. Consentimiento informado	50
5.5. Variables evaluadas	51
5.5.1. Estrategias y estilos de afrontamiento	51
5.1.2. Adherencia al tratamiento	51
5.6. Análisis de los datos	52
5.7. Procedimiento	52
6. RESULTADOS	53

6.1. Estilos de Afrontamiento.....	53
6.1.2. Estilos de afrontamiento y variables sociodemográficas	53
6.2. Estrategias de afrontamiento.....	54
6.2.1. Estrategias de afrontamiento y género	55
6.2.2. Estrategias de Afrontamiento y edad	56
6.2.3. Estrategias de Afrontamiento y lugar de residencia	57
6.2.4. Estrategias de Afrontamiento y estrato socioeconómico	58
6.2.5. Estrategias de Afrontamiento y tiempo de diagnóstico	59
6.2.6. Estrategias de Afrontamiento y finalidad del tratamiento.....	60
6.2.7. Estrategias de afrontamiento y nivel educativo	61
6.3. Adherencia al tratamiento.....	62
6.3.1. Adherencia al tratamiento y estilos de afrontamiento.....	62
6.3.2. Adherencia al tratamiento y edad	64
6.3.3. Adherencia al tratamiento y otras variables sociodemográficas.....	65
6.4. Correlación entre las estrategias de afrontamiento.....	65
7. DISCUSIÓN	67
8. RECOMENDACIONES	75
9. BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	83
Anexo 1. Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE).	83
Anexo 2. Adherencia a las recomendaciones generales de la institución	88
Anexo 3. Datos sociodemográficos	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 1. UTILIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	54
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES	48
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES RELACIONADAS CON EL CÁNCER	49
TABLA 3. MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	53
TABLA 4. CORRELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	54
TABLA 5. MEDIAS Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO...	55
TABLA 6. ANOVA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y GÉNERO.....	56
TABLA 7. DIFERENCIAS ENTRE EL USO DE RELIGIÓN Y NEGACIÓN SEGÚN GÉNERO.....	56
TABLA 8. ANOVA ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD	57
TABLA 9. DIFERENCIAS EN EL USO DE LA ESTRATEGIA DE LA NEGACIÓN SEGÚN LA EDAD	57
TABLA 10. ANOVA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LUGAR DE RESIDENCIA.....	58
TABLA 11. DIFERENCIAS ENTRE EL LUGAR DE RESIDENCIA Y LA ESTRATEGIA DE PLANIFICACIÓN	58
TABLA 12. ANOVA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO	58
TABLA 13. DIFERENCIAS ENTRE EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y LAS ESTRATEGIAS DE SUPRESIÓN DE ACTIVIDADES Y PLANIFICACIÓN.....	59
TABLA 14. ANOVA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO...	60
TABLA 15. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO Y LA ESTRATEGIA SUPRESIÓN DE ACTIVIDADES	60
TABLA 16. ANOVA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	61
TABLA 17. RELACIÓN ENTRE LA FINALIDAD DEL TRATAMIENTO Y LAS ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE APOYO INSTRUMENTAL Y BÚSQUEDA DE APOYO EMOCIONAL.....	61
TABLA 18. MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	62
TABLA 19. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	62

TABLA 20. RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	62
TABLA 21. ADHERENCIA Y ESTILO CENTRADO EN LA EMOCIÓN.....	63
TABLA 22. ANOVA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y REINTERPRETACIÓN POSITIVA..	63
TABLA 23. REINTERPRETACIÓN POSITIVA Y ADHERENCIA	64
TABLA 24. ANOVA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EDAD	64
TABLA 25. PUNTUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN RELACIÓN CON LA EDAD.....	64
TABLA 26. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	65

RESUMEN

El diagnóstico de cáncer es una situación estresante que suele provocar una crisis importante en la vida de la persona que lo padece, alterando diferentes áreas de desempeño y generando un gran impacto psicosocial, esta situación lleva a movilizar la utilización de diferentes estrategias y estilos de afrontamiento, esto observado desde el modelo de estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986). El conocimiento de estos estilos y estrategias podría permitir no sólo complementar un plan de tratamiento multidisciplinario más adecuado sino también correlacionar su influencia sobre otros aspectos importantes como lo es la adherencia al tratamiento o en este caso a las recomendaciones realizadas en la institución donde se lleva a cabo el tratamiento. De acuerdo a esto se presenta este estudio correlacional en el cual fueron evaluados los estilos y estrategias de afrontamiento y la adherencia a las recomendaciones generales del tratamiento en una muestra de 40 pacientes con diferentes tipos de cáncer sometidos a tratamiento quimioterapéutico en la institución MEDICÁNCER de la ciudad de Medellín. Se encontró que el estilo de afrontamiento más utilizado por los pacientes fue el centrado en la emoción y la estrategia de afrontamiento más empleada fue acudir a la religión, seguida de la aceptación y el afrontamiento activo. Por su parte la menos utilizada fue el desentendimiento conductual. Respecto a la adherencia la mayoría de los pacientes obtuvieron una puntuación media. Igualmente se encontró una correlación positiva entre la adherencia a las recomendaciones del tratamiento y el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y con la estrategia reinterpretación positiva.

Palabras claves: afrontamiento, cáncer, adherencia terapéutica, estrés, COPE, enfermedad crónica.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son aquellas de larga duración, que generalmente tienen un progreso lento y son las causantes del 60% de las muertes en el mundo. Este tipo de enfermedades se van desarrollando de manera silenciosa y muchos de sus síntomas suelen evidenciarse después de mucho tiempo de su desarrollo. Se consideran irreversibles porque van deteriorando de manera progresiva los órganos y tejidos, limitando gravemente muchas de sus funciones. Sin embargo, la detección a tiempo de estas enfermedades permite su tratamiento.

Aunque existen múltiples factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollar enfermedades crónicas, éstas no son transmisibles y su etiología se encuentra más relacionada con el estilo de vida y los hábitos, tales como: el tipo de alimentación, el uso de sustancias psicoactivas, el sedentarismo, el tabaquismo entre otras. Otra característica importante de este tipo de enfermedades es que incapacita a las personas que las sufren, en la medida que limitan fuertemente las actividades y requieren un control médico permanente, generando altos costos además de problemas familiares, laborales, sociales y más importantes aún, psicológicos.

Arrivillaga, Correa y Salazar (2007) aseguran que entre estos problemas psicológicos se destacan las reacciones emocionales de estrés, ansiedad y depresión, así como sentimientos de impotencia, desesperanza, pérdida de control, resentimiento e ira.

Entre las enfermedades crónicas se encuentran: el cáncer, la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, cardíacas y las respiratorias. Esta epidemia es una infravalorada causa de pobreza y atraso del desarrollo económico de muchos países. Contrariamente a la percepción común, el 80% de las muertes por enfermedades crónicas ocurre en países de bajos y medianos recursos. Al respecto la OMS promulga que la epidemia de enfermedades crónicas debe y puede ser detenida.

En el conjunto de las enfermedades crónicas se destaca el cáncer como una de las principales causas de muerte. De un total de 58 millones de muertes en el mundo en 2005, el cáncer suma 7.6 millones (13%) de las causas de deceso. En el caso de Colombia la estadística mundial parece replicarse, en 2005 la tasa de mortalidad por cáncer fue de aproximadamente 36.000 personas, cifra equivalente a un 14.2% de la causa de muerte en el país (OMS, 200-).

El cáncer es una enfermedad crónica que afecta a todo tipo de población, sin distinguir edad, sexo o condición social. Ésta puede ser entendida como “un término genérico para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades que puede afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites regulares y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis” (OMS).

Según Brannon y Feist (2001), el cáncer es producto de la interacción de condiciones genéticas, conductuales y medioambientales, la mayor parte de las cuales aún no se comprenden totalmente. No obstante, se han identificado diversos factores de riesgo de cáncer, los cuales no causan necesariamente la enfermedad pero que permiten predecir la probabilidad de contraerla. La mayoría de estos factores de riesgo dependen de la conducta y del estilo de vida. No obstante, algunos estudios han sugerido que características de la personalidad como la inhibición al sentimiento de las emociones negativas y la expresión de conductas socialmente deseables como la excesiva tolerancia, la paciencia y el extremo conformismo (denominada personalidad tipo C) pueden también tener un papel importante en la predisposición al cáncer (Oblitas, 2004).

El diagnóstico de cáncer es una situación nueva, que suele producir una crisis importante en la vida de la persona que lo padece, alterando la percepción que ésta tiene del presente y del futuro. “Se considera que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicológicos debido al elevado nivel de

estrés al que deben hacer frente, durante y después de la enfermedad” (Remor, 2003).

Durante muchos años el cáncer tuvo una connotación catastrófica, cargada de miedo, indefensión y desesperanza, reacciones exageradas por la comunidad debido a la falta de información y a la presencia de factores culturales, como las creencias, las expectativas, los temores (especialmente hacia la enfermedad y la muerte), la desinformación y el sentido de poco control. Esta imagen social del cáncer ha sido reforzada por los profesionales de la salud como un mecanismo de control, pero a su vez ha ocasionado la estigmatización de los pacientes y un miedo irracional hacia la enfermedad (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

A pesar de los avances que han tenido las ciencias de la salud con relación al cáncer y su atención, son bastantes los aportes que quedan por hacer, ya que no puede ignorarse que existe una gran cantidad de personas que por diversas razones no puede acceder a un tratamiento integral para dicha enfermedad.

En el tratamiento del cáncer se emplean fármacos que tienen como función impedir la reproducción de las células cancerosas, a esto se le conoce como quimioterapia, la cual se suele combinar con cirugía y radioterapia. Los efectos secundarios de este tratamiento dependen del agente quimioterapéutico que se emplee, los más importantes son: alopecia, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunosupresión, hemorragias, entre otros (Vinaccia, Gaviria, Riveros, Quiceno, 2005b). Todos estos efectos suponen una nueva problemática para el paciente, que se añaden a la situación de la enfermedad que ya es en si misma estresante.

Los pacientes con cáncer experimentan estrés en la medida que evalúan y reevalúan la situación a la que se ven enfrentados de acuerdo a las características particulares de ésta, y secundariamente de acuerdo a los recursos personales con los que cuentan para afrontarla, dando como resultado, generalmente, una evaluación amenazante y desbordante de los recursos, que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986).

Lo anterior asociado a la novedad de la situación, la poca predictibilidad del curso de la enfermedad, la inminencia de su influencia sobre el cuerpo, la baja controlabilidad y en general a la ambigüedad de su desarrollo, confluye de manera determinante a la hora de la persona evaluar y responder ante dicho evento. De esta manera, las evaluaciones cognitivas que se hacen de la situación de una enfermedad crónica como el cáncer, suelen responder no sólo a particularidades de la enfermedad y del tratamiento, sino también a factores individuales como la personalidad, la edad, el género, el nivel educativo, la posición social, el nivel económico, las creencias existenciales y de control personal, los objetivos y compromisos del paciente.

Los cambios que experimentan los pacientes con cáncer generan reacciones cognitivas, conductuales y emocionales que influyen sobre las demandas que esta enfermedad supone a la persona que la padece. Estos esfuerzos cognitivos y conductuales son definidos por Lazarus y Folkman (1986) como afrontamiento.

El afrontamiento es un proceso llevado a cabo en un contexto específico, al que se responde mediante un esfuerzo y de acuerdo a las diversas valoraciones que se hayan hecho de lo potencialmente dañina que pueda resultar la situación. Así mismo, otra característica del afrontamiento es que éste no es estático, si no que implica modificaciones de pensamiento que pueden ir cambiando de acuerdo al desarrollo de la situación misma.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen dos grandes grupos de estrategias de afrontamiento: aquel que va dirigido a los aspectos emocionales que acompañan a la reacción de estrés (que incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento emocional, la atención selectiva, la comparación positiva, la búsqueda de apoyo emocional, entre otras), y el afrontamiento centrado en el problema (que incluye estrategias de resolución de problemas que pueden operar sobre la propia persona o sobre el ambiente).

Aunque Lazarus y Folkman señalan que la eficacia de ciertas estrategias parece depender del momento en el que se pongan en marcha y de las

características del individuo que afronta, existen otros autores que indican unos modos de afrontar claramente más eficaces que otros. Es así como numerosas investigaciones muestran que el uso de estrategias activas predice un mejor funcionamiento físico y menores niveles de depresión en pacientes oncológicos, mientras que el uso de estrategias pasivas en las que el individuo delega el manejo de su propio dolor en los demás, se relaciona con un peor funcionamiento físico y psicológico, manifestando mayores niveles de depresión. Igualmente, las investigaciones apoyan la idea de que el afrontamiento aproximativo produce menores niveles de ansiedad y depresión, mientras que un afrontamiento de evitación se relaciona con más dolor y mayores niveles de depresión en pacientes con dolor crónico (Zarazaga y Maestre, 2003).

Las conductas realizadas frente a la enfermedad y el tratamiento están en parte determinadas por las estrategias de afrontamiento, y han sido relacionados con la adherencia terapéutica. Esta es entendida como el proceso por el cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas, y es contraria a la falta de adherencia en la cual el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por el terapeuta para el manejo de su enfermedad; esta se manifiesta en conductas tales como fallas o dificultades para iniciar un tratamiento, suspensión prematura de la terapia, e implementación incompleta o deficiente de las indicaciones de terapeuta, las cuales traen grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social (Puente-Silva, F.G., 1984).

En lo que se refiere a los enfermos de cáncer es importante destacar que un paciente que posea una mejor adherencia al tratamiento médico, es más receptivo a tratar su enfermedad, a tomar conciencia de los efectos y el desarrollo de esta y en la mayoría de los casos se presentan con menor intensidad síntomas cognitivos y emocionales asociados a la enfermedad. De esta manera, podría tener mayores posibilidades de supervivencia en oposición a los pacientes renuentes a someterse a algún tipo de intervención médica.

Los pacientes y las familias deben desarrollar habilidades no sólo para responder a las demandas del cuidado físico y las modificaciones del estilo de vida que acompañan la enfermedad crónica, sino también para afrontar una variedad de desafíos psicosociales que vienen con esta. Puede que no sea posible revertir los efectos de la enfermedad pero la utilización de ciertas estrategias de afrontamiento puede moderar el impacto psicológico de esta sobre el paciente y su familia, además de permitir una mejor adherencia al tratamiento médico.

Con la presente investigación se pretende responder a la pregunta por cuáles son el estilo y las estrategias de afrontamiento que utilizan los enfermos de cáncer, de acuerdo a su edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico y tiempo que ha pasado desde el diagnóstico. Así mismo, si el estilo y las estrategias de afrontamiento, pueden predecir una mayor o menor adherencia al tratamiento médico.

A partir de estos datos, se podrá determinar cuáles de las variables mencionadas permiten la utilización de estrategias de afrontamiento más eficaces, para minimizar los efectos cognitivos, emocionales y físicos generados por la enfermedad.

2. JUSTIFICACIÓN

Según estadísticas de la OMS, Las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte en el mundo. Estas representan el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las producidas por carencias nutricionales.

Las enfermedades crónicas como el cáncer provocan crisis en los diferentes aspectos de la vida de las personas, generando un gran impacto psicosocial. Los pacientes crónicos presentan necesidades fisiológicas, sociales y emocionales distintas de las que tienen las personas sanas.

La Investigación psicosocial en el tema del cáncer, se ha ido orientando hacia aspectos como la influencia de estados emocionales, los estilos de vida y algunos factores sociales y ambientales en la aparición de la enfermedad y en la sobrevivencia de quienes la enfrentan, lo cual dio origen a la Psicología oncológica como una vertiente de la psicología aplicada a la salud (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

De esta manera, la psicooncología o psicología oncológica, como una nueva disciplina se encarga de estudiar las respuestas emocionales de los enfermos en cada etapa del cáncer, además de los factores comportamentales y sociales que afectan la mortalidad y morbilidad por cáncer (Remor, 2003), logrando brindar una intervención que permita a los pacientes una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad.

Por adaptación psicosocial se entiende a la valoración que hace el paciente de cómo la enfermedad lo ha afectado en múltiples áreas cotidianas de su vida como: orientación al cuidado de la salud, las actividades laborales vocacionales, las actividades domésticas, las relaciones sexuales, las relaciones familiares y la aflicción psicológica (Urdiqui, Montineneel y Gálvez, 1999).

Los pacientes con enfermedades crónicas viven con una condición médica permanente por lo que deben aprender a coexistir con las limitaciones ocasionadas por la enfermedad y el tratamiento, y ajustarse al cambio en el estilo de vida asociado a estas. Dentro de ese ajuste es fundamental considerar atributos tales como el funcionamiento físico y la discapacidad, el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión, la autoestima, las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral. (Vinaccia *et al.* 2005a)

En referencia a la adaptación psicosocial valdría la pena mencionar el concepto de calidad de vida relacionado con la salud, concepto que enfatiza en el bienestar y la satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que tiene sobre su salud y en su recuperación integral.

Las reacciones de los pacientes frente al cáncer suelen ser similares a las respuestas de los individuos ante un suceso vital de naturaleza catastrófica. La adaptación psicosocial a la enfermedad en la mayoría de los casos dependerá del estado psicológico y del apoyo social disponible. Así una persona enfrentada a un proceso clínico de mínima severidad, estable desde un punto de vista psicológico y con una buena red de apoyo social sufre una menor repercusión psicológica y afronta mejor la enfermedad. Por otra parte, cuando alguien se enfrenta a una enfermedad severa aún contando con buenos recursos personales y sociales tiene una elevada posibilidad de padecer algún tipo de trastorno psicopatológico, por lo cual, se hace necesario una intervención integral y precoz de la situación (Palmero, 1998).

Por otro lado, se ha demostrado que existe una gran influencia del comportamiento y la emoción sobre la actividad y eficacia del sistema hematológico e inmune, capaces, en interrelación con factores biológicos y ambientales de modular la inmunocompetencia generando mayor o menor vulnerabilidad en los pacientes (Remor, 2003).

Ahora bien, esta enfermedad es una situación de crisis que supone en la persona que la sufre el desarrollo de múltiples estrategias de afrontamiento. El

conocimiento de estas estrategias podría llevar a una mejor intervención por parte de los profesionales, en la medida en que permita el entrenamiento en el desarrollo de estrategias de afrontamiento activas y enfocadas en el problema que disminuyan el impacto emocional que un diagnóstico como este sugiere. De esta manera, se propiciaría una mejor adherencia al tratamiento, una mayor adaptación física y psicológica a las diferentes fases de la enfermedad y por ende un mejor modelo de tratamiento psicológico para pacientes con cáncer.

Con lo descrito hasta el momento se pretende exponer que el estudio realizado es pertinente en tanto los pacientes con cáncer requieren de una atención integral, dentro de la cual se destaca el área psicológica como la encargada de estudiar el impacto emocional de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento empleadas ante esta, en la medida en que estas estrategias están implicadas en la adherencia o no al tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento genera pérdidas en distintas áreas de la vida del paciente: en lo personal se pueden presentar complicaciones que traigan gran sufrimiento y limitaciones progresivas e irreversibles; en lo familiar se puede dar tensiones que repercutan en la pareja y en los hijos; y en lo social resulta en un enorme costo para las instituciones de salud ya que al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada se prolongan innecesariamente los tratamientos, presentándose recaídas y readmisiones que podrían ser evitadas (Puente-Silva, 1984).

Es así como el conocimiento obtenido de este estudio, además de contribuir a la tradición investigativa en psicología oncológica al generar un mejor modelo de tratamiento psicológico para pacientes con cáncer, podría ser empleado por los servicios de salud con el fin de mejorar la atención a los pacientes y de hacer más eficaces los recursos, lo cual se espera que contribuya a lograr un mayor bienestar en los pacientes.

Los diferentes aspectos que engloba la adherencia al tratamiento evidencian que los avances tecnológicos en el desarrollo de nuevos fármacos se vuelven completamente inútiles si no se logran avances en el ámbito del

comportamiento. Urge por tanto, conocer cuales son los factores que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento en sus múltiples facetas con el fin de poder anticipar por este comportamiento desadaptativo e intervenir a través de programas que aborden estos aspectos (Ballester, García y Reinoso, 2001).

Este estudio se realizará desde el enfoque de la psicología cognitivo conductual debido a que esta ha reportado múltiples beneficios para el tratamiento de pacientes con cáncer: reduce el agobio emocional en las diferentes fases de evolución de la enfermedad, y en el dominio de sus síntomas físicos; puede ser administrada en un breve período de tiempo; enfatiza el sentido del control personal y de la autoeficacia; mejora la adherencia a tratamientos médicos y aumenta su efectividad y ayuda a una mejor regulación anímica (Birgin *et al.*, 2004).

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes Investigativos

Si bien, pocos estudios colombianos han profundizado en los tipos de afrontamiento al cáncer, en nuestro país se cuenta con algunas investigaciones dirigidas a describir las problemáticas psicológicas relacionadas con el cáncer, con el fin de proporcionar y ampliar la información de los efectos psicológicos de esta enfermedad y su incidencia en las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que se dan ante esta.

Uno de los trabajos realizados en el país acerca del afrontamiento al cáncer en el que se incluye el tema de la calidad de vida fue Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer, en tratamiento quimioterapéutico. (Vinaccia, Gaviria, Riveros y Quiceno, 2005).

En este estudio de corte transversal descriptivo explorativo, se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud además del afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer, en tratamiento quimioterapéutico del Instituto MEDICÁNCER de la ciudad de Medellín, Colombia.

Para este trabajo se utilizaron diferentes instrumentos: el módulo general del cuestionario de calidad de vida de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC QLQ-C30), El cuestionario de Afrontamiento al estrés CAE y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión HAD, en la versión en español.

El primer cuestionario EORTC consta de 30 ítems que evalúan cinco escalas funcionales: social, emocional, física, cognitiva y de rol y tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, náuseas y vómito. Además de una escala de calidad de vida que evalúa a mayor puntuación en la escala funcional una mejor calidad de vida y a mayor puntuación en la escala de síntomas un indicador de una peor calidad de vida.

El cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) por su parte, está dividido en siete subescalas: Búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, focalización en la solución del problema, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva.

Finalmente, la escala de ansiedad y depresión evalúa de manera situacional estos dos factores con relación al periodo actual, de esta forma se obtiene una puntuación como indicador de mayor o menor ansiedad y depresión.

En general los resultados arrojaron que la mayoría de los pacientes presentan una calidad de vida buena en relación con factores psicosociales y actividades diarias. Igualmente se presentó un puntaje medio-bajo para síntomas físicos lo cual indica poca manifestación de sintomatología asociada a la enfermedad y a los efectos de los tratamientos.

Respecto a las estrategias de afrontamiento para hacer frente a las situaciones problemáticas y/o estresantes, se encontró la prevalencia en subescalas como: evitación y reevaluación positiva y un menor puntaje en la subescala de expresión emocional abierta. Todo esto como indicador de que los pacientes evaluados usaron más frecuentemente tipos de estrategias cognitivas que les permitieran sobrellevar la enfermedad. Sin embargo, la evitación y la privación emocional también fueron predominantes.

Finalmente no se encontraron en estos pacientes síntomas clínicos de ansiedad o depresión de acuerdo a los estándares de la prueba aplicada.

Este estudio es considerado relevante en tanto toma dos variables fundamentales para la realización del presente trabajo: estrategias de afrontamiento y pacientes oncológicos, constituyéndose como una investigación cuya metodología y resultados permiten una aproximación hacia el tema elegido. No obstante, este trabajo, se focaliza fuertemente en el aspecto de la calidad de vida, dejando de lado con poca profundización la variable afrontamiento, proporcionando resultados muy escuetos respecto a esta.

En Latinoamérica se han realizado varios estudios acerca del afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad crónica, dentro de ellos encontramos un estudio significativo desde el punto de vista teórico y metodológico para la realización de este trabajo, es la investigación realizada en Perú por Cassarreto y Paredes (2006), Afrontamiento de la enfermedad crónica, estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. En esta investigación se identifican y describen las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de cuarenta pacientes terminales diagnosticados con insuficiencia renal crónica en Lima, Perú.

Se utilizó para la evaluación de dichos pacientes una encuesta personal con el fin de obtener información relevante acerca de las características demográficas de los pacientes, pudiendo enriquecer el análisis de las variables del estudio; algunas áreas de la encuesta incluyeron: los datos personales, datos demográficos, datos médicos, composición familiar, actividad laboral y manutención.

Del mismo modo se aplicó el inventario sobre el estilos y estrategias de afrontamiento COPE (*Coping Estimation*), este instrumento fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), adaptado al Perú por Casuso (1996, citado por Cassarreto y Paredes, 2006). Este, contiene 52 ítems con sistema de respuesta en formato Likert con una puntuación de 1 a 4 en el que 1 se refiere a casi nunca lo hago y 4 a muy frecuentemente. Estos ítems se dividen en trece escalas de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental.

De igual manera, estas estrategias se organizan en los diferentes estilos de afrontamiento planteados: centrado en el problema, centrado en la emoción y otros estilos.

Este trabajo, de tipo no experimental y corte transversal descriptivo, arrojó los siguientes resultados:

1. Los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción fueron utilizados con mayor frecuencia por las personas evaluadas, seguidos por los estilos enfocados en la emoción y por los denominados otros estilos de afrontamiento, los cuales albergan las estrategias más inadecuadas para enfrentar el estrés.
2. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la planificación, la aceptación, la reinterpretación positiva; mientras que las que se presentaron en una menor medida fueron desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y el desentendimiento cognitivo.
3. De acuerdo a las diferencias demográficas se encontró que hubo una mayor prevalencia del uso de las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo en hombres que en mujeres.
4. El uso de estrategias de afrontamiento activo, postergación del afrontamiento, negación, acudir a la religión y desentendimiento cognitivo; así como el estilo enfocado en la emoción fue más usado por pacientes provenientes de provincia que por aquellos provenientes de Lima.
5. Igualmente se evidenció una gran importancia del tratamiento, la comorbilidad con otras enfermedades y el tiempo de diagnóstico en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, sin embargo, poco se ahonda en estas variables.

Finalmente podemos decir que si bien, este trabajo permite el acercamiento del tema de las estrategias de afrontamiento a las enfermedades crónicas, es limitado en la medida que como sus propios autores precisan la población tomada poseía unas características específicas (pacientes que han sido aceptados al programa de trasplante de riñón), lo que implicaba que habían superado una serie de evaluaciones previas y por tanto con un mejor pronóstico para el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces. A

partir de estos factores eran de esperarse los resultados positivos que arrojó la investigación.

Otros estudios referentes al tema de la adherencia terapéutica y/o estrategias de afrontamiento, que representan alguna importancia en la realización de este trabajo son los siguientes:

Título	Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas mayores	Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1.	Evaluación de factores psicosociales en un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios, pertenecientes al programa de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Universidad de Antioquia
Autores	Navarro, A. B., Bueno, B. (2005). Universidad de Salamanca.	Ortiz, M. S. (2004). Santiago de Chile: Universidad Mayor.	Ferrer, A., Montoya E.A., Osorio, C. Y., Posada S. R. (2003). Medellín: Universidad de Antioquia
Tipo de estudio	Descriptivo correlacional.	Experimental correlacional.	Descriptivo comparativo.
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> -Escala de Estilos y Estrategias de afrontamiento (E3A). -Datos sociodemográficos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inventario de autoestima de Coopersmith Cuestionario de autoeficacia de Sherer. -Cuestionario de preferencias personales de Edwards -Escala para adolescentes de apoyo social percibido. -Cuestionario de conocimiento sobre la diabetes, examen de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) como indicador de adherencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -CSV (cuestionario de sucesos vitales), -CED44A (Cuestionario de Estrés Diario) -SIRI (Inventario Breve de Propensión a la Enfermedad) -ECR (escala de estrategias de coping revisada) -PSSS (escala de soporte social percibido) -STAXI (Escala de de estado-rasgo y expresión de la ira) -STAI (cuestionario de ansiedad estado-rasgo) -IDB (Inventario de depresión de Beck)

Titulo	Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas mayores	Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1.	Evaluación de factores psicosociales en un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios, pertenecientes al programa de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Universidad de Antioquia
Procedimiento	400 personas de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 75 y los 104 años, residentes de la ciudad de Salamanca (España).	61 adolescentes entre los 12 y los 18 años. 60.7% Mujeres y 39.3% hombres socios de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile	35 enfermos coronarios y 37 personas sin este diagnóstico, de ambos sexos, edades comprendidas entre 40 y 60 años
Temas a evaluar	- afrontamiento a situaciones como: problemas de salud, problemas familiares y problemas cotidianos.	-Adherencia al tratamiento para la diabetes mellitas tipo 1. - Apoyo social percibido.	-Afrontamiento a la enfermedad coronaria -Apoyo social -Variables de estrés.
Resultados en Afrontamiento	Hombres: afrontamiento activo Mujeres: búsqueda de apoyo social y negación. Nivel educativo bajo: negación. Nivel socioeconómico medio y alto: aceptación y afrontamiento centrado en el problema		Prevalencia de estrategias dirigidas a búsqueda de apoyo en la religión.
Resultados en adherencia		Nivel socioeconómico alto: mejor adherencia al tratamiento, lo cual evidencia la importancia de la educación en el manejo de la diabetes y la relevancia del uso de la terapia insulínica intensificada.	

3.2. Referentes Teóricos

El estrés es un concepto que ha sido estudiado y explicado desde diversas perspectivas, por lo que para la realización de este trabajo en el que dicho término es fundamental, se hace necesario delimitar y aclarar su significado.

El estrés es un término popularizado por el biólogo y físico R. Hooke (1660, citado en Belloc, Ramos y Sandin 1995) quien lo aplicó por primera vez, para referirse a estructuras fabricadas que deben aguantar el efecto de fuerzas adversas. A partir de este momento, se comenzaron a emplear tres conceptos relacionados con las características físicas de los cuerpos sólidos en relación con el denominado estrés y que igualmente han sido empleados en la fisiología, psicología y sociología, estos son: carga, distorsión (*strain*) y estrés.

Por su parte, el término carga ha sido empleado en áreas como la psicología y la sociología, para referirse a los estímulos que inducen el estrés. De esta manera, éste se define a partir de estímulos externos.

Por otro lado, conceptos como distorsión (*strain*) y estrés se han usado indistintamente para referirse a un estado del organismo producto de los estímulos, resultado de la acción de estos. Sin embargo, en algunas ocasiones se encuentran diferencias entre ambos términos reservando el de estrés para estímulos y el de *strain* para las respuestas individuales que se presentan ante estos.

Así, encontramos que de acuerdo al marco de referencia desde el cual se parta, el término estrés puede adoptar diferentes significados. Un ejemplo de ello es que éste es considerado por los fisiólogos como una respuesta de carácter fisiológico, mientras que para otras áreas como la psicología es considerado un fenómeno externo focalizado en el estímulo (Belloc, Ramos y Sandin, 1995) De la misma manera, al interior de la psicología también, se han desarrollado diferentes posturas teóricas que tratan de explicar el concepto.

El estrés focalizado en la respuesta, fue propuesto por Hans Selye (1954, citado por Belloc, Ramos y Sandin, 1995) quien considera que el estrés es una respuesta no específica del organismo ante un agente nocivo que atenta contra

el equilibrio del sistema homeostático de éste, provocando con ello una necesidad de reajuste. Una de las hipótesis más controvertidas de la teoría de Seyle es su idea de que la respuesta al estrés es inespecífica, sin embargo, se ha comprobado según trabajos realizados por Mason (1971, citado por Belloc, Ramos y Sandin, 1995), que estas respuestas específicas estas producidas por estímulos emocionales.

Otra definición de estrés se basa en que éste, es una respuesta dada de acuerdo a las características del estímulo exterior. Así mismo, considera que las personas tienen cierto grado de tolerancia (variable de persona a persona) al estrés. Esta concepción de estrés deja de lado que muchas de las situaciones que suelen ser estresantes para unas personas no lo son para otras.

Ambas teorías explicativas si bien tienen en cuenta aspectos importantes acerca del estrés, no clarifican ni dan cuenta de los múltiples factores que se relacionan a la hora de hablar de estrés y no meramente de estímulos y respuestas, lo que si podemos encontrar en la teorías basada en la interacción. Esta teoría del estrés propuesta por Richard S. Lazarus (1986, citado en Belloc, Ramos y Sandin, 1995) tiene en cuenta, de una mejor manera, el componente psicológico que tiene lugar en el proceso que se lleva a cabo ante situaciones o problemáticas que puedan generar estrés.

Desde esta perspectiva, es importante comprender al estrés en dos vías, en las cuales se tenga en cuenta no sólo las características individuales de la persona si no también la naturaleza de la situación que se presenta.

De esta manera, el estrés psicológico es el resultado de una relación, entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986).

Los sujetos ante diversas situaciones, reaccionan emocional y conductualmente de acuerdo a la valoración o evaluación cognitiva que han realizado de la situación. Las reacciones emocionales suelen ser más inmediatas cuando se trata de estímulos auditivos o visuales intensos. Sin

embargo, estas primeras reacciones conllevan a una evaluación más compleja de la situación.

La evaluación cognitiva debe ser entendida como un “proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado, provocará en el individuo. No es una información per se, si no que es más bien algo evaluativo, que hace referencia a las repercusiones y consecuencias, y que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia” (Lazarus y Folkman. 1986 p. 56).

De esta manera, se pueden distinguir dos clases de evaluaciones, la primaria y la secundaria. La primaria se divide en: irrelevante, benigna-positiva y estresante. Cuando las evaluaciones son irrelevantes sugieren una indiferencia frente a la situación. La evaluación benigna-positiva se refiere a un estado de tranquilidad frente a la situación sin embargo, éste puede ser percibido como algo poco duradero. Finalmente las evaluaciones estresantes se encuentran asociadas a situaciones relacionadas al daño, la pérdida y la amenaza. Todo esto se da como resultado de una consideración ya manifiesta o esperada: manifiesta cuando ya ha se hecho presente dicha pérdida o daño, como es el caso de las enfermedades, y esperada, en el caso de preverse en el futuro. Este tipo de evaluaciones son las que principalmente movilizan el uso de las estrategias de afrontamiento.

La evaluación secundaria se da a partir de la exposición a una situación amenazante o peligrosa. Se evalúa lo que debe hacerse ante dicha situación, su carácter no es meramente cognitivo, si no que es activo en la medida que proporciona el reconocimiento de los recursos con los que se cuenta y la mejor estrategia para afrontar dicha situación.

Por su parte, Bandura (1977, citado en Lazarus y Folkman. 1986), propone que ante ciertos eventos estresantes al interior de la evaluación cognitiva siempre se encuentra de base la expectativa, diferenciando dos tipos, aquellas relacionadas con los resultados y las relacionadas con las expectativas de eficacia.

Ahora bien, de la relación que se da entre las evaluaciones primarias y secundarias dependerá el grado de estrés de la respuesta emocional experimentada por las personas que afrontan situaciones. El sujeto puede experimentar una situación como desafiante o desbordante de los recursos que posee para enfrentarla. Cuando las personas perciben las situaciones como desafiantes probablemente experimenten ventajas sobre aquellas que perciban la misma situación como amenazante.

El desafío y la amenaza como evaluaciones de una situación no implican necesariamente dos sentidos opuestos, pues es común experimentar ambos en un momento determinado. Por ello, si bien las dos deben ser consideradas por separado no se debe dejar de lado su relación.

Por esta razón, una persona que en principio evalúa una situación como amenazante luego lo puede hacer como desafiante, gracias a los esfuerzos cognitivos de afrontamiento que hacen que la persona perciba el acontecimiento más positivamente o a cambios en la situación misma.

En este sentido el desafío opuesto a la amenaza tiene unas fuertes implicaciones en el proceso de adaptación, es común que estas personas para las que los acontecimientos implican un reto, se sientan más seguras, tengan un mejor estado de ánimo, la calidad de su funcionamiento puede ser mayor al sentirse emocionalmente menos abrumadas y por tanto sean más capaces de desarrollar recursos adecuados que aquellas que se sienten fácilmente amenazadas inhibidas y bloqueadas. Así, la evaluación de una situación de una manera u otra puede mediar el nivel de estrés que la persona experimente.

La reevaluación es otro tipo de etapa que suele darse como un cambio a la evaluación inicial por cambios en la situación aumentando o disminuyendo la calidad de la emoción experimentada en la primera evaluación. Es también posible que sea el mismo individuo y no la situación lo que permiten realizar una reevaluación de la situación, así ésta es inducida por las necesidades internas del individuo.

Múltiples factores interactúan a la hora de realizar una evaluación de una situación estresante. Entre estos factores los referentes a los aspectos personales adquieren gran peso. Uno de estos, es el compromiso, éste, influye en la evaluación en la medida que determina la sensibilidad del sujeto ante las características de la situación; “cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, será evaluada como significativa en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión de ese compromiso” (Lazarus y Folkman, 1986 p.81)

Si bien, el compromiso puede generar vulnerabilidad al estrés psicológico también puede cumplir el papel de prevenir la amenaza disminuyendo dicho estrés. El compromiso de manera positiva puede llevar a que muchas personas se motiven a la acción y por ende a la utilización de múltiples recursos en beneficio de salir de una particular situación problemática. Los compromisos “además de su cualidad motivadora, la cual ayuda a mantener el esfuerzo de afrontamiento, dirigen y alejan al individuo de situaciones que puedan dañarle, amenazarle, o desafiarle, modelan su sensibilidad hacia las señales (estímulos) y, más importante aún, definen las áreas de significado y, por consiguiente, determinan cuáles son los encuentros importantes para su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986 pp. 87).

Otro factor personal importante en la evaluación son las creencias que tal y como son entendidas por Lazarus y Folkman (1986) se pueden dividir en dos categorías: aquellas que tienen que ver con el control personal y las creencias que tienen que ver con temas como Dios, el destino y la justicia. Las creencias sobre el control personal se asocian a la sensación de poder y dominio de la situación (Bandura, 1977. Citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Una de las dificultades para entender las evaluaciones de control son las múltiples variables que una misma situación puede suponer para un individuo. Cuando se trata de situaciones estresantes en relación con la salud son diversas las tareas adaptativas afectadas que igualmente inciden en los objetivos de control. Se afectan pues, tareas relacionadas con la enfermedad misma como: el dolor, la incapacidad, los tratamientos y aquellas relacionadas

con aspectos generales de la adaptación como el equilibrio emocional, las relaciones familiares y sociales además del futuro entre otros. Todos estos, implican de alguna manera una necesidad de control.

Si bien, evaluar el control que se tiene sobre las situaciones resulta difícil, es importante tener en cuenta que “las expectativas generales de poco o ningún control de las situaciones se asocia estrechamente con la depresión” (Lazarus y Folkman 1986 p. 100).

Una creencia general sobre el control personal incluye el grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes. Una de las mejores formulaciones al respecto fue la realizada por Rotter (1966, citado por Lazarus y Folkman, 1986) del locus de control interno y externo. El locus de control interno se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta individual, mientras que el locus de control externo se refiere a la creencia de que esos acontecimientos dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás.

Algunas hipótesis refieren que existe una relación importante entre la evaluación de una situación como amenazante o desafiante y personas con un locus de control interno o externo. Todo esto referido a la ambigüedad de la situación, de esta manera entre más ambigua se presente el acontecimiento más influencia tendrá el locus de control de una persona sobre la evaluación que se haga de este, mientras que, entre menos ambigua sea la situación la evaluación que se haga y el juicio de su controlabilidad dependerá en mayor medida de las características de la misma.

Se puede decir, que las personas que experimentan menor malestar emocional ante situaciones estresantes, haciendo una evaluación de esta como desafiante, suelen buscar apoyo social y logran distanciarse emocionalmente de la problemática; mientras que aquellos que advierten una mayor pesadumbre tienden a afrontarla utilizando estrategias de evasión cognitivas o conductuales, como el hecho de desear que la situación desapareciese o

evitándola mediante prácticas tales como una administración errónea de fármacos o el abuso de alcohol o alimentación (Brannon y Feist, 2001).

Ahora, una segunda categoría de la evaluación a partir de factores personales son las creencias existenciales ya sean en un Dios o cualquier otro ente. Éstas, cumplen la función de conservar la esperanza y proporcionar un significado de vida a pesar de las adversidades.

Las creencias existenciales no poseen componentes emocionales en sí mismas si no que éstos se manifiestan mediante su asociación a aspectos positivos o negativos de las situaciones. Es bastante probable que las creencias existenciales ayuden a aminorar el dolor y la angustia generada por enfrentar una situación determinada aunque por otro lado también pueden llevar a que no se usen estrategias de afrontamiento de manera activa.

Por su parte, el afrontamiento como proceso implica una serie de etapas que parecen corresponder a las demandas propias del ambiente y sus cambios, así, estas tienen una influencia importante en las personas que los experimentan.

Muchos autores como Horowitz (1976), Kubler Ross (1969, citado en Lazarus y Folkman, 1986) entre otros, proponen determinadas etapas del afrontamiento. Sin embargo, algunos prefieren precisar etapas de acontecimientos más que etapas de afrontamiento. De esta manera, distinguen tres etapas del acontecimiento con características propias: la anticipatoria o de aviso, de impacto o de confrontación y de postimpacto o postconfrontación.

Durante la anticipación el suceso aún no ha pasado, por esto durante esta etapa se está evaluando la posibilidad y el momento de ocurrencia del acontecimiento. En esta misma etapa se evalúan los recursos para manejar la amenaza, esto afecta necesariamente las reacciones al estrés y por ende el afrontamiento. La anticipación de la situación puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento en los casos en que la situación pueda ser percibida como controlable en la mayoría de sus aspectos focalizándose en

aquellos en los que se perciba poco control como es el caso del aspecto emocional.

Durante el periodo del impacto la persona empieza a comprobar si la situación era o no como esperaba y muchas de las acciones importantes pierden valor ante el acontecimiento nocivo. En algunos casos es común que las personas que experimentan una situación estresante se concentren tanto en la acción-reacción que dejen de lado la comprensión real del acontecimiento y su importancia.

Durante la etapa del postimpacto surgen un conjunto de nuevas consideraciones; se da un análisis de la situación y su comprensión es mayor. Durante este periodo, pueden surgir cogniciones acerca del significado personal del evento y preguntarse sobre la posibilidad de que se repita, entre otras. Es posible incluso que se evalúen las acciones realizadas.

Es importante destacar que durante estas tres etapas se dan procesos de evaluación y reevaluación de la situación y aunque el afrontamiento puede ser diferente en cada una de ellas su interrelación es evidente.

Ahora, el afrontamiento aparte de permitir la resolución de un problema y el desarrollo efectivo de este tiene como función principal el desarrollo de estrategias logrando el objetivo que persiga cada una. Uno de los objetivos principales del afrontamiento planteados por Manis y Mann (1977, citado por Lazarus y Folkman, 1986) es la toma de decisiones, la búsqueda y evaluación de la información. Muchos autores coinciden en que la búsqueda del equilibrio y estabilidad emocional ante una situación debe considerarse como uno de los objetivos principales del afrontamiento.

Una de las diferenciaciones importantes que se han realizado de acuerdo a la función del afrontamiento es la que propone Lazarus y Folkman (1986) en la que se distinguen modos de afrontamiento dirigidos a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a la que da lugar el problema.

El modo de afrontamiento centrado en la emoción ayuda a modificar la forma en como es percibida la situación sin necesidad de que esta cambie objetivamente. Generalmente este modo de afrontamiento aparece ante situaciones en las que poco se puede hacer para controlarlas o cambiarlas. Algunas estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción cambian el significado de las situaciones mediante reevaluaciones, sin embargo no en todos los casos es de este modo como sucede con estrategias como la evitación, la negación y la atención selectiva.

El modo de afrontamiento dirigido al problema, se encuentra enfocado en la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas, su elección y aplicación. Este modo de afrontamiento implica un grupo de estrategias de afrontamiento más amplio y más complejo pues no solo involucra estrategias en relación a la modificación del entorno sino también aquellas referentes al propio sujeto como es el caso de los cambios motivacionales. El número de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema es menor en comparación de las dirigidas a la emoción. Sin embargo, es claro que entre mayor especificidad de la situación estresante mejor se pueden comprender y aplicar estas estrategias.

De acuerdo a los recursos que se tienen para el afrontamiento, se puede decir que estos influyen de manera positiva o negativa en su desarrollo. Todas las personas cuentan con un número amplio de recursos para hacer frente ante las situaciones que se les presentan sin embargo, una clasificación de estos recursos se haría demasiado extensa y compleja de comprender pues pueden distinguirse entre aquellos que dependen del individuo y aquellos que se encuentran en el entorno mismo.

Dentro de los recursos que hacen parte del individuo encontramos los recursos físicos como la salud y la energía, los recursos psicológicos y las técnicas sociales y de resolución de problemas.

Si bien, los recursos físicos suelen predecir un mejor afrontamiento en muchas ocasiones es evidente que personas con escasos recursos físicos logran

movilizarse lo suficiente para afrontar situaciones cuando les resultan de gran importancia.

Respecto a los recursos psicológicos encontramos que las creencias positivas o de esperanza, pueden llevar a resultados positivos y a movilizar los esfuerzos de afrontamiento. Sin embargo, no todas las creencias logran este objetivo y en ocasiones lo que hacen es inhibir el afrontamiento, “una creencia (un locus externo de control) puede conducir a una evaluación de desesperanza, que a su vez disminuye el afrontamiento dirigido al problema” (Lazarus y Folkman, 1986 p.183).

Las creencias como recurso cumplen un papel importante cuando nos referimos a estas en términos de control. Como ya se había mencionado, una persona con un locus de control interno posee mayores probabilidades de utilizar estrategias activas dirigidas al problema, mientras que las personas con un locus de control externo utilizan con mayor frecuencia estrategias defensivas dirigidas a la emoción.

Otro recurso para el afrontamiento que cumple un gran papel en su movilización, son las habilidades sociales pues como sabemos cumplen una importante función importante en la adaptación. Este tipo de habilidades se entienden como la capacidad de relacionarse adecuada y productivamente con otros. “Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación y apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales” (Lazarus y Folkman, 1986 p. 186).

Respecto a las características específicas de las situaciones que pueden afectar la evaluación que las personas hagan de ellas podemos decir, que a partir diversos estudios sobre el estrés, ha surgido la pregunta acerca de las razones que hacen estresantes a los acontecimientos. Se ha investigado especialmente los acontecimientos vitales, intentando medir el distinto peso que estos tienen sobre el sujeto, con el fin de evaluar el grado de adaptación requerida, de deseabilidad y de anticipación o control.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986) aun cuando un estímulo pueda representar una amenaza que sea considerado peligroso por la mayoría de las personas, siempre quedarán variaciones individuales en el grado en este acontecimiento sea evaluado como estresante. Estas variaciones se deben a factores individuales que determinan la importancia personal de la situación, pero es además fundamental tener en cuenta la relación individuo-entorno.

El grado en que un acontecimiento es estresante está determinado por una confluencia de factores personales y situacionales. Lazarus y Folkman (1986) identifican algunas características formales de la situación con el propósito de clasificar las propiedades relevantes para los factores personales y para los procesos de evaluación de la situación que la hacen potencialmente perjudicial, peligrosa, amenazante o desafiante.

La primera de estas características es la novedad, la cual se evidencia en aquellas situaciones en las cuales no se dispone de experiencia previa. Para considerar una situación como desafío o amenaza habría que relacionarla con el daño o la ganancia, a partir de un contacto previo. No obstante, este contacto no tiene que haber sido directo, ya que el individuo puede haber visto, leído o inferido de cualquier forma las características relevantes de la situación, de modo que estas puedan dar lugar a una evaluación amenazante o desafiante.

La novedad absoluta se considera muy inusual puesto que el individuo generalmente dispone de ciertas bases para inferir el significado de una situación con la que no se ha enfrentado anteriormente, de manera que la novedad puede ser considerada como una característica más relativa que absoluta.

En el caso del cáncer este es siempre valorado como una amenaza, aun cuando no se haya padecido antes, dado que al ser una enfermedad pone en peligro la integridad física y emocional de quien la sufre, debido a que sin importar que tan leve pueda ser una enfermedad, la experiencia de padecerla descubre la vulnerabilidad de la condición humana. (Bayés, 2006)

Adicionalmente, desde una perspectiva histórica, el cáncer siempre se ha visto rodeado de una atmosfera de miedo y asociado de manera casi inevitable con el dolor, la desfiguración y especialmente con la muerte. En la actualidad es posible conocer acerca de la enfermedad por múltiples vías, que van desde las experiencias de familiares y conocidos, hasta la información ofrecida por los diversos medios de comunicación, lo cual contribuye a la formación de creencias muchas veces erradas y demasiado catastróficas respecto a la enfermedad, las cuales van a influir en la valoración que se haga de esta.

Una segunda característica de las situaciones es la predictibilidad, la cual implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas, que constituyen señalizaciones o avisos que preceden la ocurrencia de un acontecimiento.

El estímulo predecible es menos aversivo que aquel recibido sin previo aviso, debido al hecho de que cuando un estímulo esté precedido de una señal, permite la posibilidad de afrontamiento anticipatorio, lo cual es en esencia la hipótesis de la respuesta preparatoria, según la cual un aviso proporciona información que permite a los sujetos prepararse de alguna forma para éste, reduciéndose así la capacidad aversiva del agente estresante.

La incertidumbre del acontecimiento constituye otra característica situacional, este concepto es usado para distinguir el modelo de estudio cognitivo del modelo animal (en el cual se habla de predictibilidad más que de incertidumbre) y se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento.

El papel jugado por la incertidumbre al generar amenaza se pone de manifiesto especialmente en los casos de enfermedad física e incapacidad ya que la incertidumbre se constituye como un obstáculo adaptativo mayor. Autores como Mages y Mendesohn (1979, citados por Lazarus y Folkman, 1986 p.113), plantean una discusión acerca de los efectos del cáncer en la vida de los pacientes:

...uno de los principales problemas planteados por el cáncer es que el paciente no puede estar seguro durante muchos años de que su

proceso se haya resuelto. Este problema [...] no sólo incluye un único acontecimiento o una serie de acontecimientos bien delimitados en el tiempo, sino que genera unas condiciones continuas e incesantes de incertidumbre sobre los acontecimientos futuros potencialmente desastrosos y escasamente predecibles.

De acuerdo a Lazarus y Folkman una de las razones principales por las que la incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresante es que tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio, debido a que las estrategias de afrontamiento para anticipar la aparición de un acontecimiento, son incompatibles con aquellas que anticipan la no aparición del acontecimiento.

Al respecto se propone el ejemplo de la enfermedad, en la cual se considera una estrategia adaptativa el reconocimiento y la aflicción provocadas por las pérdidas debidas a la discapacidad, pero dado que al mismo tiempo al paciente se le ofrece esperanza gracias a los nuevos procedimientos médicos, aparece una contradicción ya que los pacientes deben prepararse para una pérdida permanente de una función, y al mismo tiempo mantener la esperanza de que esta función pueda ser recuperada.

La adaptación aumenta a medida que disminuye la incertidumbre, de manera que el no saber con certeza si un acontecimiento va a ocurrir puede dar lugar un prolongado proceso de evaluación y reevaluación que genere pensamientos, sentimientos y conductas conflictivas que a su vez crean sentimientos de desesperanza y confusión, impidiendo la adaptación.

Ahora bien, es bien sabido que la información tiende a hacer descender la incertidumbre, en el caso específico del cáncer esto se evidencia en el hecho de que el temor hacia la enfermedad viene dado debido a la concepción que se tenga de esta, la cual varía de persona a persona de acuerdo al grado de evolución en las creencias que tenga su medio social. Vargas (2006) propone diferencias entre un medio social con una alta evolución en la concepción de la enfermedad y uno con poca evolución. En el primero, debido a la información,

la educación y los mayores resultados positivos vistos de manera reciente en los miembros de la comunidad que han padecido enfermedad, un paciente podrá generar la concepción del cáncer como una enfermedad prevenible, tratable y con posibilidad de curación. En el segundo caso, el paciente que se encuentra en un medio social que ha evolucionado poco sobre la concepción de la enfermedad, va a presentar más temor frente a esta, ya que el diagnóstico de cáncer será equivalente a desfiguración, dolor y muerte.

Esta última concepción de la enfermedad está relacionada con la falta de educación y pobre acceso a la información sobre los métodos actuales de tratamiento, así como de la falta de resultados positivos de los miembros de la comunidad que han enfermado o a la subestimación de la información. Vargas (2006) asegura que una persona con una concepción negativa de la enfermedad, sumada a una pobre autoestima, ignorará los señalamientos educativos y no tendrá motivación para el autocuidado, por lo que consultaría tardíamente, convirtiendo su pronóstico en desfavorable.

Dentro de los factores que influyen en la valoración de la situación se encuentran también los factores temporales, entre los cuales se incluye la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal.

La inminencia hace referencia al tiempo que transcurre antes de que sobrevenga un acontecimiento, es el intervalo durante el que éste se anticipa. De esta manera, cuanto más inminente es un acontecimiento más intensa resulta su evaluación, especialmente si existen señales que indiquen daño o peligro. Cuanto menos inminente sea un acontecimiento en el que se den tales tipos de señales el proceso de valuación se hará menos urgente y más complejo.

Según Lazarus y Folkman (1986), la disminución de la inminencia, es decir, el aumento de los períodos de tiempo previos a un acontecimiento, representa una mayor complejidad en los procesos de evaluación, y aunque largos intervalos previos a un acontecimiento pueden llevar a un grado intenso de amenaza, también pueden producir su disminución. Si bien, el tiempo aumenta

la amenaza, una mayor cantidad de tiempo también brinda la oportunidad de reevaluar la situación, así como la posibilidad de desarrollar muchos mecanismos de afrontamiento mediante los cuales se pueda reducir o vencer la amenaza; siendo así que la mayoría de las veces la mayor cantidad de tiempo anticipatorio se asocia con reacciones menos intensas.

Cuanto más prolongado es el tiempo de anticipación, mayor es la probabilidad de complejidad en la evaluación, dados los procesos mediadores que tienen lugar en tal caso. Con el tiempo por delante, el individuo puede reflexionar, sufrir o afligirse o bien evitar el problema, pensar sobre él, actuar o intentar lograr su autocontrol; cada uno de estos evaluaciones posteriores y a las emociones acompañantes.

La duración es otro de los factores temporales, y se refiere al período durante el cual el suceso se desarrolla. Este factor está asociado con la aparición de enfermedad y diversas psicopatologías como depresión y ansiedad, debido a que los estresantes prolongados o crónicos tienden a agotar física y psicológicamente al individuo.

No obstante, la persistencia de un estresante crónico también puede dar al individuo la oportunidad de aprender a afrontar sus demandas o a evitar o distanciar al agente estresante. De igual forma, la duración prolongada permite el desarrollo de nuevos recursos, de reordenar compromisos contraídos y de cambiar objetivos. La evaluación de un acontecimiento crónico persistente no es entonces estática ya que la amenaza fluctuará durante el curso del acontecimiento, en función de los procesos de afrontamiento y de reevaluación y de los cambios producidos en el entorno.

El tercer factor temporal lo constituye la incertidumbre temporal, la cual se refiere al desconocimiento de cuando se va a producir un acontecimiento dado. Este desconocimiento supone una intensa amenaza, sin embargo, el hecho de no saber con certeza el momento en que un acontecimiento aversivo va a tener lugar, no significa que se produzca un estado perpetuo de amenaza, puesto que, de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986, p. 125) “la incertidumbre temporal

resulta estresante sólo cuando ciertas señales de amenaza indican que el acontecimiento va a ocurrir, es decir, ante la inminencia de su aparición.”

El cáncer es una enfermedad que puede ser considerada un acontecimiento crónico persistente de larga duración, que consta de varias etapas, frente a cada una de las cuales se realizan procesos de evaluación y reevaluación, que modificarán las estrategias de afrontamiento a lo largo del curso de la enfermedad.

De acuerdo al Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos (2008) se han identificado cuatro fases de una enfermedad potencialmente mortal:

El prediagnóstico, que se refiere el tiempo anterior al diagnóstico de la enfermedad, durante el que el paciente reconoce síntomas en sí mismo o factores de riesgo que lo hacen propenso a la enfermedad y durante el cual se realizan los estudios diagnósticos.

El diagnóstico, que es considerada la fase aguda está, se relacionada con una crisis en la cual la persona se ve forzada a entender la situación de su enfermedad y tomar una serie de decisiones sobre su cuidado médico.

Y por último, la fase crónica de una enfermedad que se refiere usualmente al tratamiento, es el período de tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el resultado. Las personas tratan de enfrentar las exigencias de la vida, demandas cotidianas, mientras que simultáneamente se esfuerzan por cumplir con los tratamientos y ajustarse a los efectos secundarios.

A partir de ahí puede ocurrir que el paciente experimente una recuperación de la enfermedad y entonces deba enfrentar los efectos psicológicos, sociales, físicos, espirituales y financieros del cáncer. Otras personas pueden encontrarse con una fase final o terminal de una enfermedad, siendo la muerte inevitable. Una vez determinado esto, las metas médicas se orientan a proveer confort y enfocarse en el cuidado paliativo del paciente, quien durante esta fase final deberá orientarse en las preocupaciones espirituales y existenciales.

Por su parte, la finalidad del tratamiento de un paciente con cáncer exige que sean tomadas algunas decisiones con el fin de tener éxito en la realización de éste. Rubin (2003) asegura que el principio terapéutico básico es curar al paciente causando el menor daño estructural y funcional posible, de manera que la decisión acerca de lo radical del tratamiento esté determinada por una combinación de factores, entre los que se encuentran la agresividad de la enfermedad, la predicción respecto a su diseminación, la morbilidad y mortalidad del procedimiento terapéutico, la tasa de curación del procedimiento planeado y la ventana terapéutica. En casos en los cuales la curación se considera imposible es necesario recurrir al cuidado paliativo.

Existen diversas modalidades de tratamientos, las más utilizadas son la cirugía, la radioterapia, y la quimioterapia. En la mayoría de los casos buscando la optimización del tratamiento se utiliza la combinación de varias modalidades de tratamiento cada una de estas cumple un papel esencial y generalmente tienen como finalidad curar, controlar o paliar la enfermedad.

La cirugía proporciona tratamiento para tumores localizados y facilita la extirpación parcial de cáncer residual cuando el tumor es irreseccable, mejorando la eficacia de otras modalidades terapéuticas.

La radioterapia busca controlar el tumor local, su finalidad puede ser curativa cuando se administra a pacientes con alta posibilidad de conseguir un control tumoral permanente, o puede ser paliativa cuando el paciente tiene escasas probabilidades de larga supervivencia por lo que está orientada hacia aliviar los síntomas mejorando la calidad de vida de dicho paciente.

La quimioterapia puede ser de diversas clases: primaria con fines curativos en algunos tipos de cáncer, adyuvante como pauta postoperatoria o después de la irradiación, neoadyuvante como tratamiento inicial o alternativo a tumores localizados en los que una terapia local no es totalmente eficaz y la quimioterapia de inducción cuando no hay tratamiento alternativo eficaz y el tumor se encuentra en una fase muy avanzada.

Otra característica de la situación que influye en la evaluación es la ambigüedad. Según Lazarus y Folkman (1986) la configuración del entorno es ambigua cuando la información que se tiene de la situación, es poco clara o insuficiente dando lugar a la desconfianza y a la incertidumbre de saber como actuar. Suele ocurrir que el individuo resuelva de forma arbitraria la ambigüedad de la situación eligiendo una interpretación de ella que le sirva de base para actuar, renunciando a su conocimiento exacto y sin atender a la falta de precisión de la información de la que dispone. Esto posiblemente se deba a que cuanto mayor es la ambigüedad, mayor es la influencia de los factores personales en la determinación del significado de la configuración del entorno, ya que los factores dependientes del individuo, tales como las disposiciones personales, creencias y experiencias, determinan la comprensión de la situación.

La ambigüedad puede aumentar la amenaza ya que puede limitar la sensación de control del individuo, y aumentar la sensación de desesperanza frente al peligro. Sin embargo la ambigüedad tiene una naturaleza dual, puede ser amenazante o ventajosa: en el primer caso el individuo puede intentar reducirla buscando más información o mediante procesos deductivos y juicios arbitrarios; en el segundo caso la ambigüedad permite mantener la esperanza o prevenir una conclusión prematura, así como reducir la amenaza y permitir interpretaciones alternativas del significado de la situación.

El último factor que ejerce influencia sobre la evaluación es la cronología de los acontecimientos estresantes en relación con el ciclo vital. Este factor es muy relevante dado que los acontecimientos estresantes ocurren no de forma aislada, sino en el contexto del ciclo vital del individuo y en relación con otros acontecimientos.

Sobre la cronología Neugarten (citado por Lazarus y Folkman, 1986) afirma que las personas tienen un concepto del ciclo vital normal que incluye esperar la ocurrencia de ciertos acontecimientos en un determinado momento. Es así como muchos acontecimientos normales de la vida resultan estresantes cuando ocurren a destiempo ya que no son esperados, privando al individuo

del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción plena que acompañaría al mismo acontecimiento de haber ocurrido en su momento o de la oportunidad de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio.

Respecto a la adherencia al tratamiento, esta puede ser definida como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, cuando cumple con las prescripciones médicas dadas (Puente-Silva, 1984).

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (Martín, 2004). Sin embargo, parece necesario reflexionar que por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben dirigirse a todos los estamentos involucrados, vale decir, pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud (Ortiz y Ortiz, 2007).

Dentro de la adherencia terapéutica podemos encontrar que esta comprende diferentes tipos de conductas tales como: fallas para iniciar un tratamiento, fallas por suspensión prematura del tratamiento e implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta.

Muchos factores suelen mencionarse como predictores de una buena o mala adherencia terapéutica, algunos de los que se han señalado como más relevantes por diversos estudios son: las características del tratamiento y algunos factores psicosociales.

Dentro de las características del tratamiento se encuentran factores asociados como la complejidad del tratamiento, los efectos secundarios y la duración de estos.

La complejidad del tratamiento se refiere a los cambios de estilo de vida que deben encarar las personas sometidas a tratamiento. De esta manera, se establece una relación inversa entre la cantidad de cambio conductual

requerido por el régimen terapéutico y la adherencia a este de parte del paciente (Masur y Anderson, 1988).

Con el correr de los tiempos el estilo de vida personal ha ido cobrando mayor importancia en el desarrollo de las enfermedades, especialmente en las crónicas como la bronquitis, la hipertensión arterial y el cáncer. Es bien conocido, que factores como la vida sedentaria, el sobrepeso y el tabaquismo juegan un papel muy importante en el desarrollo de algunas de estas enfermedades. Del mismo modo, se ha reconocido que el cambio de los diferentes estilos de vida resulta ser bastante arduo, además de que este proceso implica también aspectos éticos, por ejemplo la pregunta por cuál debe ser el profesional que promueva dichos cambios. Por todas estas razones, se entiende que un tratamiento podría ser considerado más complejo en la medida que mayores cambios implique en la vida de los pacientes (Puente-Silva, 1984).

Un supuesto importante que hacen los clínicos y que se refleja en los anuncios farmacológicos, es que los efectos secundarios son una causa primaria o al menos bastante común de la no adhesión al tratamiento (Masur y Anderson, 1988).

El grado de severidad de los síntomas, en muchos casos puede ser una de las razones que permitiría una mayor adherencia al tratamiento, sin embargo, no es claro ya que cuando los síntomas que se presentan son a causa del tratamiento mismo (como es el caso de la quimioterapia), para muchos otros se convierte en un factor que genera una menor adherencia. A esto, se le suma el grado de afectación y daño que produzca la enfermedad y el tratamiento. La gravedad del padecimiento, es determinante para que el paciente se adhiera o no al tratamiento, los padecimientos graves pueden motivar al paciente a implementar las recomendaciones médicas. Por otro lado, cuando el pronóstico es demasiado pobre suele suceder lo contrario (Puente Silva, 1984).

Respecto a la duración del tratamiento, Haynes (1976, citado en Masur y Anderson, 1988), en una revisión de 11 estudios en la que se compararon la

adhesión con varias duraciones del tratamiento, concluyeron que la adhesión disminuye al avanzar la terapia.

Finalmente, respecto al costo, pocos estudios han encontrado relaciones significativas entre un costo elevado del tratamiento y una mejor adherencia terapéutica. Sin embargo, varios trabajos (Alpert, 1964 citado Masur y Anderson, 1988) han reportado una correlación negativa entre estos dos factores.

Dentro de los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento se encuentran: el tipo de interacción entre el paciente y los profesionales de salud, la información y la educación, la clase social, la edad y el género.

El tipo de interacción entre el terapeuta y el paciente tiene gran importancia para el adecuado cumplimiento de las prescripciones médicas. Cuando se establece un tono emocional óptimo en la relación terapéutica suele ser más común que el paciente continúe asistiendo a las citas que en aquellos casos en lo que sucede lo contrario.

Algunos estudios han revelado que mientras mayor comprensión del curso de la enfermedad, sus características y tratamientos (Elling, Whittemore y Green, 1960; Latiolais y Berry 1969; citados en Masur y Anderson, 1988) existe un mayor cumplimiento terapéutico. Sin embargo, algunas otras investigaciones sugieren que no existe una relación determinante con respecto a este aspecto. Por esta razón, no se puede dejar de lado que la comprensión subjetiva que tiene el paciente de la enfermedad, respecto a la severidad y la susceptibilidad percibida juega igualmente un papel esencial respecto al cumplimiento del tratamiento.

En relación a otros factores psicosociales como son el nivel de educación y la clase social Puente-Silva (1984, p.10) afirma que estos “son factores sociológicos que juegan un papel importante en los procesos de reconocimiento de la enfermedad y de cumplimiento terapéutico.” Adicionalmente plantea que actualmente “son numerosos los estudios que

muestran importantes diferencias en la percepción y manejo del dolor de varios grupos socioculturales. Así como, que los grupos con nivel universitario son los más dispuestos a modificar su estilo de vida y a utilizar innovaciones tecnológicas". Puente-Silva (1984, p.10)

La adherencia al tratamiento médico, se ve influenciada por múltiples factores en los que se encuentran los referentes a la propia persona, dentro de estos podemos encontrar: la tendencia a dar respuestas de alta deseabilidad, las creencias acerca de la enfermedad, la actitudes y las estrategias de afrontamiento (Carbonell, 2007).

Finalmente, se puede decir que los principales factores predictores de la adherencia al tratamiento médico son:

- La consideración del paciente de la gravedad de la enfermedad y las implicaciones o consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
- El grado de estabilidad familiar.
- El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida.
- El grado de satisfacción obtenido con los resultados o avances del tratamiento.
- La supervisión cercana y empatía entre el médico y el paciente.
- La complejidad del tratamiento.
- El grado de cambio de conducta requerido.
- El tiempo de espera para la conducta.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Describir la relación entre estrategias y estilos de afrontamiento y adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con diferentes tipos de cáncer sometidos a tratamiento quimioterapéutico.

4.2. Objetivos Específicos

- Determinar cuáles estrategias y estilos de afrontamiento frente a la enfermedad son más utilizados por los pacientes.
- Describir la adherencia a las recomendaciones generales que se realizan a los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterapéutico.
- Correlacionar las estrategias y estilos de afrontamiento con la adherencia al tratamiento.
- Describir como las estrategias y estilos de afrontamiento pueden variar de acuerdo al tiempo de diagnóstico de los pacientes.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño metodológico

Se trata de un estudio descriptivo correlacional de corte transversal realizado desde el enfoque de la psicología cognitiva.

5.2. Población

Está conformada por pacientes oncológicos en tratamiento quimioterapéutico activos durante el primer semestre de 2009, usuarios de MEDICÁNCER, una institución de lucha contra el cáncer en la ciudad de Medellín.

5.3. Muestra

Se evaluaron 40 personas con diagnóstico de cáncer que asistían a tratamiento quimioterapéutico en la institución MEDICÁNCER de la ciudad de Medellín, durante el mes de febrero de 2009. Esta población estuvo conformada por 70% mujeres y 30% hombres, con edades comprendidas entre los 33 y 77 años de edad, ubicándose la mayoría (37.5%) de la población entre los 51 y los 60 años.

Respecto a la zona de residencia se encontró que el 42.5% residían en el área metropolitana, 42.5% en otros municipios y 15% en zonas rurales, la mayoría de estas personas contaban con un nivel educativo básico (80%) y su estrato socioeconómico se ubicaba en el nivel 2 (60%). Este hecho es consistente con la entidad que presta los servicios dado que generalmente la Institución MEDICÁNCER brinda atención a una población de escasos recursos que suele desplazarse desde veredas y municipios para acceder al tratamiento quimioterapéutico.

En la tabla 1 pueden observarse los datos sociodemográficos de las personas evaluadas para este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variables sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	12	30
	Femenino	28	70
Edad	31 - 40 años	6	15
	41 - 50 años	8	20
	51 - 60 años	15	37,5
	61 - 70 años	9	22,5
	71- 80 años	2	5
Lugar de residencia	Área metropolitana	17	42,5
	Otros municipios	17	42,5
	Zonas rurales	6	15
Nivel Educativo	Ninguno	4	10
	Básico	32	80
	Superior	4	10
Estrato socioeconómico	1	6	15
	2	24	60
	3	8	20
	4	1	2,5
	5	1	2,5

Respecto a las características relacionadas con la enfermedad se encontró que en la variable referida al tiempo de diagnóstico la mayoría de las personas evaluadas habían recibido su diagnóstico en un período que no excedía los 12 meses, siendo así que el 42,5% lo había recibido entre 1 a 6 meses y el 30% entre 7 y 12 meses.

En la variable finalidad del tratamiento los pacientes se ubicaron en aquellas que apuntaban a lo curativo un 37.5% y a control un 55%, los demás no respondieron y ninguno de ellos respondió que la finalidad de su tratamiento era paliativa. En esta variable se encontró la dificultad de que muchos de los pacientes desconocían la finalidad del tratamiento que estaban recibiendo, por lo que sus respuestas fueron poco fiables.

Se halló que el diagnóstico más frecuente fue el de cáncer de mama, con 27.5% del total, el cual corresponde al 39.2% entre las participantes mujeres.

Le siguieron en frecuencia el cáncer de colón, hígado y cérvix con el 10% cada uno.

Tabla 2. Características de los participantes relacionadas con el cáncer

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de Diagnóstico	1-6 meses	17	42,5
	7-12 meses	12	30
	13-24 meses	4	10
	+ 24 meses	7	17,5
Finalidad del tratamiento	No sabe/No responde	3	7,5
	Curativa	15	37,5
	De control	22	55
Tipo de cáncer	Paliativa	0	0
	Próstata	2	5
	Mieloma	2	5
	Mama	11	27,5
	Hígado	4	10
	Pulmón	3	7,5
	Cervicouterino	4	10
	Páncreas	1	2,5
	Pelvis	1	2,5
	Estómago	2	5
	Linfoma	2	5
	Colon	4	10
	Peritoneo	1	2,5
	Óseo	1	2,5
	Garganta y laringe	2	5

5.4. Instrumentos empleados para la recolección de información

5.4.1. Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento (COPE)

Nombre Original: *Coping Estimation* (estimación del afrontamiento).

Autor: Carver, Seller y Weintraub (1989)

Objetivo: Evalúa lo que la persona usualmente hace en situaciones estresantes.

Total de Ítems: 52, con formato tipo Likert distribuidos en tres áreas (estilos de afrontamiento).

Estilos de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción y otros estilos de afrontamiento.

Escalas que miden estrategias de afrontamiento: Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, desentendimiento mental.

Adaptación: Casuso (1999).

5.4.2. Cuestionario de adherencia a las recomendaciones generales para pacientes en tratamiento quimioterapéutico

Cuestionario ad hoc realizado con base en las recomendaciones generales entregadas en formato impreso a los pacientes que inician tratamiento quimioterapéutico en la institución MEDICÁNCER.

El cuestionario, cuenta con 21 ítems en formato tipo Likert, que corresponden a cinco temas generales: higiene personal, higiene con los alimentos, precaución para evitar contagio de enfermedades virales o de otro tipo, asistencia a las citas y control permanente de la temperatura.

5.4.3. Cuestionario sociodemográfico

En este cuestionario se desarrollo con el fin de tener en cuenta aspectos sociodemográficos importantes y en este se incluye la edad, el género, el lugar de residencia, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, el tiempo de diagnóstico y la finalidad del tratamiento actual.

5.4.4. Consentimiento informado

En cumplimiento de los requerimientos bioéticos de las investigaciones realizadas con seres humanos se solicita que la persona a evaluar lea la hoja de consentimiento informado en donde se aclara que los datos que suministre

se mantendrán en el anonimato y serán utilizados únicamente con fines investigativos.

5.5. Variables evaluadas

5.5.1. Estrategias y estilos de afrontamiento

El afrontamiento puede ser definido como una respuesta o conjunto de respuestas ante una situación estresante, ejecutadas con el fin de manejarla o neutralizarla. El afrontamiento es un proceso en el cual, se incluyen los esfuerzos de los individuos para resistir y superar las demandas excesivas que suponen las situaciones estresantes, de manera que logre una adaptación y equilibrio ante estas nuevas experiencias.

La respuesta de afrontamiento dependerá en gran medida de los recursos que tenga la persona para hacer frente a estas situaciones y estos pueden ser de carácter psicológico, físico, estructural, social y cultural. (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

5.1.2. Adherencia al tratamiento

La adhesión al tratamiento puede ser entendida como el grado de seguimiento de las indicaciones o prescripciones médicas para pacientes que se encuentran sometidos a algún tipo de tratamiento. En estos casos la adherencia incluiría no sólo el área farmacológica y de asistencia, si no también todas aquellas medidas generales que de una u otra manera contribuyen a que el tratamiento se optimice.

Referente al tratamiento de pacientes con cáncer es común encontrar algunas recomendaciones generales para aquellos que se encuentran iniciando un tratamiento de cualquier modalidad. En general las recomendaciones principales tienen relación con hábitos alimenticios saludables e higiénicos, precaución de infecciones y asistencia a las citas programadas.

5.6. Análisis de los datos

- Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17.
- Se realizó análisis de frecuencia de los estilos y las estrategias de afrontamiento, así como de la adherencia y las distintas variables sociodemográficas.
- Se realizaron tablas de contingencia.
- Se realizaron tablas ANOVA.
- Se realizaron pruebas de significancia estadística.
- Se compararon medias poblacionales.

5.7. Procedimiento

- Establecimiento de contactos institucionales.
- Estudio del comité institucional de ética.
- Firma del consentimiento de la institución.
- Selección de la población.
- Inducción y firma del consentimiento informado a la muestra.
- Aplicación de cuestionarios.
- Elaboración de base de datos.
- Análisis de datos.
- Elaboración de informe.

6. RESULTADOS

El análisis de las pruebas COPE, del cuestionario de adherencia a las recomendaciones generales para pacientes en tratamiento quimioterapéutico y de los datos sociodemográficos se realizó usando el programa estadístico SPSS 17 empleando las herramientas de análisis de frecuencias, tablas de contingencia y tablas de ANOVA en los cuales se utilizó un puntaje igual o menor a 0.05 como nivel de significancia.

6.1. Estilos de Afrontamiento

Se compararon las medias de las puntuaciones obtenidas en los estilos de afrontamiento y se encontró que el estilo más utilizado por los participantes fue el centrado en la emoción seguido por centrado en el problema y por último otros estilos (enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental y desentendimiento emocional) (Tabla 3).

Tabla 3. Media y desviación estándar los Estilos de Afrontamiento

	Estilos de afrontamiento	Centrado en el problema	Centrado en la emoción	Otros estilos
Media		50,85	56,98	23,60
Desviación estándar		1,262	1,437	,944

Se encontró que el estilo centrado en la emoción presenta una correlación positiva con el estilo centrado en el problema y con otros estilos de afrontamiento. Por otro lado, el estilo centrado en el problema y otros estilos no se correlacionan entre ellos (Tabla 4).

6.1.2. Estilos de afrontamiento y variables sociodemográficas

No se halló que las variables edad, género, lugar de residencia, nivel educativo, tiempo de diagnóstico y finalidad del tratamiento tuvieran significancia estadística respecto a los estilos de afrontamiento.

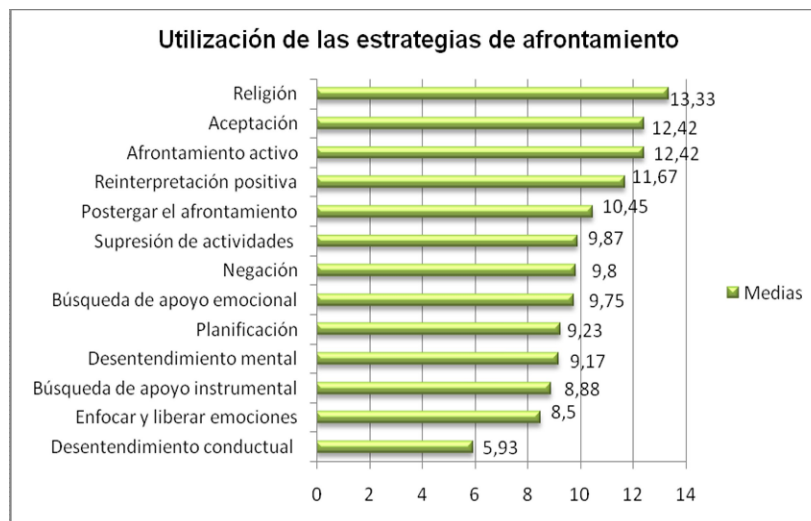
Tabla 4. Correlación entre los Estilos de Afrontamiento

Estilos de Afrontamiento		Centrado en el problema	Centrado en la emoción	Otros Estilos
Centrado en el problema	Correlación de Pearson	1	.393	,030
	Sig. (bilateral)		,012	,852
	N	40	40	40
Centrado en la emoción	Correlación de Pearson	.393	1	.346
	Sig. (bilateral)	,012		,029
	N	40	40	40
Otros estilos	Correlación de Pearson	,030	.346	1
	Sig. (bilateral)	,852	,029	
	N	40	40	40

6.2. Estrategias de afrontamiento

Se halló que el acudir a la religión fue la estrategia de afrontamiento más empleada por los participantes, seguida de aceptación y afrontamiento activo, siendo la menos utilizada el desentendimiento conductual (Figura 1).

Gráfico 1. Utilización de las estrategias de afrontamiento



En la tabla 5 se pueden observar las medias y las desviaciones típicas de los puntajes obtenidos por los participantes respecto a las estrategias de afrontamiento.

Tabla 5. Medias y desviación típica de las Estrategias de Afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Media	Desv. típ.
Desentendimiento conductual	5.93	2.674
Enfocar y liberar emociones	8.50	3.055
Búsqueda de apoyo instrumental	8.88	2.884
Desentendimiento mental	9.17	2.986
Planificación	9.23	2.391
Búsqueda de apoyo emocional	9.75	3.781
Negación	9.80	2.839
Supresión de actividades	9.87	2.366
Postergar el afrontamiento	10.45	2.353
Reinterpretación positiva	11.67	2.749
Afrontamiento activo	12.42	2.111
Aceptación	12.42	2.943
Religión	13.33	1.900

6.2.1. Estrategias de afrontamiento y género

Luego del análisis correlacional entre estrategias de afrontamiento y género se observó la existencia de diferencias estadísticamente significativas con respecto a las estrategias de afrontamiento religión y negación (Tabla 6).

A partir de estas diferencias significativas se halló que las mujeres obtuvieron una puntuación mayor que los hombres en cuanto a religión y a negación con una media de 13.71 frente a un 12.42 de los hombres y una de 10.43 frente a un 8.33 respectivamente. (Tabla 7).

Tabla 6. ANOVA de estilos de afrontamiento y género

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Religión * Género	Inter-grupos		14.144	1	14.144	4.244	.046
	Intra-grupos		126.631	38	3.332		
	Total		140.775	39			
Negación * Género	Inter-grupos		36.876	1	36.876	5.049	.031
	Intra-grupos		277.524	38	7.303		
	Total		314.400	39			

Tabla 7. Diferencias entre el uso de religión y negación según género

Género		Religión	Negación
Femenino	Media	13,71	10,43
	N	28	28
	Desviación estándar	1,941	2,501
Masculino	Media	12,42	8,33
	N	12	12
	Desviación estándar	1,505	3,143

6.2.2. Estrategias de Afrontamiento y edad

Respecto a las variables edad y a la estrategia de afrontamiento negación, se encontró una correlación estadísticamente significativa (Tabla 8).

De esta manera, se halló que en el grupo de participantes cuyo rango de edad se encuentra entre 31 a 40 años y 41 a 50 presentan medias mayores en el uso de la negación como estrategia de afrontamiento en relación a los demás grupos de edad (Tabla 9).

Tabla 8. ANOVA Estilos de afrontamiento y edad

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Negación * Edad	Inter-grupos		86,444	4	21,611	3,318	,021
	Intra-grupos			35	6,513		
	Total				39		

Tabla 9. Diferencias en el uso de la estrategia de la negación según la edad

Edad	Media	N	Desviación estándar
30-40 años	11,17	6	2,483
41-50 años	11,00	8	1,690
51-60 años	9,13	15	2,642
61-70 años	10,11	9	3,140
71-80 años	4,50	2	,707
Total	9,80	40	2,839

6.2.3. Estrategias de Afrontamiento y lugar de residencia

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar de residencia y alguna estrategia de afrontamiento, sin embargo se encontró una tendencia en cuanto a la estrategia de planificación (Tabla 10).

Se halló que los participantes provenientes de zonas rurales obtuvieron puntajes más altos en la estrategia de planificación que los residentes en el área metropolitana y en otros municipios (Tabla 11).

Tabla 10. ANOVA Estrategias de afrontamiento y lugar de residencia

			Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Planificación * Lugar de residencia	Inter-grupos	(Combinadas)	26.730	2	13.365	2.520	.094
	Intra-grupos		196.245	37	5.304		
	Total		222.975	39			

Tabla 11. Diferencias entre el lugar de residencia y la estrategia de planificación

Lugar de residencia	Media	N	Desviación estándar
Área Metropolitana	8,82	17	1,845
Otros municipios	8,94	17	2,461
Zonas rurales	11,17	6	2,994
Total	9,23	40	2,391

6.2.4. Estrategias de Afrontamiento y estrato socioeconómico

El estrato socioeconómico presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto a las estrategias planificación y supresión de actividades (Tabla 12).

Tabla 12. ANOVA de estrategias de afrontamiento y estrato socioeconómico

			Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Planificación * Estrato Socioeconómico	Inter-grupos	(Combinadas)	60,267	4	15,067	3,241	,023
	Intra-grupos			35	4,649		
	Total				39		
Supresión de actividades * Estrato Socioeconómico	Inter-grupos	(Combinadas)	58,083	4	14,521	3,171	,025
	Intra-grupos			35	4,580		
	Total				39		

Tabla 13. Diferencias entre el estrato socioeconómico y las estrategias de supresión de actividades y planificación

	Estrato Socioeconómico	Supresión de actividades	Planificación
1	Media	12,17	11,50
	N	6	6
	Desviación estándar	1,722	2,510
2	Media	9,79	9,33
	N	24	24
	Desviación estándar	2,395	1,993
3	Media	9,25	7,38
	N	8	8
	Desviación estándar	1,389	2,387
4	Media	7,00	9,00
	N	1	1
	Desviación estándar	.	.
5	Media	6,00	8,00
	N	1	1
	Desviación estándar	.	.
Total	Media	9,87	9,23
	N	40	40
	Desviación estándar	2,366	2,391

6.2.5. Estrategias de Afrontamiento y tiempo de diagnóstico

Se encontró que la variable tiempo de diagnóstico y la estrategia de supresión de actividades tuvieron una correlación positiva. (Tabla 14).

Tabla 14. ANOVA estrategias de afrontamiento y tiempo de diagnóstico

			Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Supresión de actividades * Tiempo de diagnóstico	Inter-grupos	(Combinadas)	42,994	3	14,331	2,942	,046
	Intra-grupos			36	4,872		
	Total				39		

Así, las personas que recibieron el diagnóstico en un tiempo entre 1 y 6 meses presentaron mayor supresión de actividades que aquellos que llevan un mayor tiempo de diagnóstico (Tabla 15).

Tabla 15. Relación entre el tiempo de diagnóstico y la estrategia supresión de actividades

Tiempo de diagnóstico	Media	N	Desviación estándar
1-6 meses	11,00	17	2,151
7-12 meses	9,17	12	1,992
19-24 meses	8,00	4	3,162
Más de 24 meses	9,43	7	2,149
Total	9,87	40	2,366

6.2.6. Estrategias de Afrontamiento y finalidad del tratamiento

Se halló que hay una relación estadísticamente significativa entre la variable finalidad del tratamiento y la estrategia búsqueda de apoyo emocional. Adicionalmente hay una tendencia estadística en cuanto a la finalidad del tratamiento y la estrategia búsqueda de apoyo instrumental (Tabla 16).

Aquellos participantes que respondieron que la finalidad de su tratamiento era curativa, obtuvieron puntajes mayores en cuanto a las estrategias de búsqueda de apoyo social con fines instrumentales y búsqueda de apoyo social con fines emocionales, que aquellos que no respondieron o que respondieron que la finalidad de su tratamiento era el control de la enfermedad (Tabla 17).

Tabla 16. ANOVA Estrategias de afrontamiento y finalidad del tratamiento

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Búsqueda de apoyo instrumental * Finalidad del tratamiento	Inter-grupos	(Combinadas)	46.111	2	23.056	3.066	.059
	Intra-grupos		278.264	37	7.521		
	Total		324.375	39			
Búsqueda de apoyo emocional * Finalidad del tratamiento	Inter-grupos	(Combinadas)	95.067	2	47.533	3.803	.031
	Intra-grupos		462.433	37	12.498		
	Total		557.500	39			

Tabla 17. Relación entre la finalidad del tratamiento y las estrategias de búsqueda de apoyo instrumental y búsqueda de apoyo emocional.

Finalidad del tratamiento		Búsqueda de apoyo instrumental	Búsqueda de apoyo emocional
No sabe/ no responde	Media	7,00	9,00
	N	3	3
	Desviación estándar	5,196	6,245
Curativo	Media	10,20	11,73
	N	15	15
	Desviación estándar	2,783	3,035
Control	Media	8,23	8,50
	N	22	22
	Desviación estándar	2,349	3,488
Total	Media	8,88	9,75
	N	40	40
	Desviación estándar	2,884	3,781

6.2.7. Estrategias de afrontamiento y nivel educativo

No se hallaron datos significativos referentes a las estrategias de afrontamiento y el nivel educativo.

6.3. Adherencia al tratamiento

A partir de los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico de la prueba en el que a partir de la media 80.23 y la desviación estándar 7.661 se determinaron los valores de adherencia baja, media y alta, ubicándose el 62,5% de la muestra en una adherencia media (Tabla 18 y 19).

Tabla 18. Media y Desviación estándar de la adherencia al tratamiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Adherencia	40	66	98	80.23	7.661
N válido (según lista)	40				

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de la adherencia al tratamiento

Adherencia		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Baja	8	20,0
	Media	25	62,5
	Alta	7	17,5
	Total	40	100,0

6.3.1. Adherencia al tratamiento y estilos de afrontamiento

Se encontró una correlación positiva entre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y la adherencia a las recomendaciones generales del tratamiento más no con el estilo centrado en el problema y otros estilos. (Tabla 20).

Tabla 20. Relación entre adherencia y estilos de afrontamiento

	Valor	Error típico. Asentido	T aproximada	Sig. Aproximada
Centrado en el problema	.211	.172	1.330	.192
Centrado en la emoción	.304	.165	1.966	.057
Otros estilos	.127	.165	.787	.436

Las personas con una puntuación alta en adherencia a las recomendaciones generales del tratamiento utilizan con mayor frecuencia el estilo centrado en la emoción (Tabla 21).

Tabla 21. Adherencia y estilo centrado en la emoción

Adherencia	Media	N	Desviación estándar
Baja	53,50	8	11,301
Media	55,96	25	7,613
Alta	64,57	7	8,284
Total	56,97	40	9,091

6.3.2. Adherencia al tratamiento y estrategias de afrontamiento

La estrategia reinterpretación positiva obtuvo una correlación estadísticamente significativa con la adherencia a las recomendaciones generales del tratamiento (Tabla 22).

Tabla 22. ANOVA adherencia al tratamiento y reinterpretación positiva

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Reinterpretación positiva * Adherencia	Inter-grupos	(Combinadas)	65,025	1	65,025	10,755	,002
	Intra-grupos			38	6,046		
	Total				39		

Se halló que las personas que puntuaron más alto en reinterpretación positiva fueron aquellas que tuvieron una adherencia alta (Tabla 23).

Tabla 23. Reinterpretación positiva y adherencia

Adherencia	Media	N	Desviación estándar
Baja	10,00	8	2,507
Media	11,64	25	2,722
Alta	13,71	7	1,890
Total	11,67	40	2,749

6.3.2. Adherencia al tratamiento y edad

Se halló una relación estadísticamente significativa entre la adherencia y la edad (Tabla 24).

Tabla 24. ANOVA Adherencia al tratamiento y edad

			Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Adherencia * Edad	Inter-grupos	(Combinadas)	778.542	4	194.635	4.510	.005
	Intra-grupos		1510.433	35	43.155		
	Total		2288.975	39			

Las personas entre 41 y 50 años presentan una adherencia más alta que la de los otros grupos de edad (Tabla 25).

Tabla 25. Puntuación de la adherencia en relación con la edad

Edad	Media	N	Desviación estándar
30-40 años	75.83	6	6.113
41-50 años	86.50	8	5.880
51-60 años	76.40	15	5.692
61-70 años	84.00	9	8.846
71-80 años	80.00	2	1.414
Total	80.23	40	7.661

6.3.3. Adherencia al tratamiento y otras variables sociodemográficas

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a adherencia relacionada con género, lugar de residencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, tiempo de diagnóstico, ni finalidad del tratamiento (Tabla 26).

Tabla 26. Adherencia al tratamiento y otras variables sociodemográficas

		Suma de cuadrados	GL	Media cuadrática	F	Sig.
Género	Inter-grupos	5,533	24	,231	1,206	,360
	Intra-grupos	2,867	15	,191		
	Total	8,400	39			
Estrato Socioeconómico	Inter-grupos	13,408	24	,559	,678	,808
	Intra-grupos	12,367	15	,824		
	Total	25,775	39			
Edad	Inter-grupos	2473,308	24	103,055	,728	,763
	Intra-grupos	2123,667	15	141,578		
	Total	4596,975	39			
Lugar de residencia	Inter-grupos	14,175	24	,591	1,527	,199
	Intra-grupos	5,800	15	,387		
	Total	19,975	39			
Nivel educativo	Inter-grupos	11,633	24	,485	,913	,591
	Intra-grupos	7,967	15	,531		
	Total	19,600	39			
Tiempo de diagnóstico	Inter-grupos	50,300	24	2,096	,747	,746
	Intra-grupos	42,100	15	2,807		
	Total	92,400	39			
Finalidad del tratamiento	Inter-grupos	9,375	24	,391	,888	,614
	Intra-grupos	6,600	15	,440		
	Total	15,975	39			

6.4. Correlación entre las estrategias de afrontamiento

Se encontraron las siguientes correlaciones positivas entre las diferentes estrategias de afrontamiento:

El afrontamiento activo, reinterpretación positiva y búsqueda de apoyo emocional. Planificación, postergación del afrontamiento y búsqueda de apoyo

social con fines instrumentales. Supresión de actividades, búsqueda de apoyo social con fines instrumentales y planificación de actividades. Búsqueda de apoyo social con fines emocionales, búsqueda de apoyo social con fines instrumentales, aceptación y reinterpretación positiva. Negación y desentendimiento mental. Enfocar y liberar emociones, búsqueda de apoyo social con fines emocionales. Desentendimiento conductual y desentendimiento mental.

7. DISCUSIÓN

Las personas que compusieron la muestra de este estudio se encontraban diagnosticadas con cáncer, una enfermedad crónica que amenaza la vida y la integridad física, y sobre la cual las posibilidades de control personal son escasas, por lo que las acciones concretas que se hagan para resolver la situación estresante podrían resultar insuficientes y además generar gran frustración. Este estudio se centró en la descripción de los estilos y las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan para lidiar con la enfermedad y el tratamiento en relación a la adherencia terapéutica. Se presenta a continuación la discusión de los resultados obtenidos.

En múltiples trabajos no se encuentra una correlación entre la edad y el nivel educativo con la adherencia al tratamiento (Carbonell, 2007). Sin embargo, en el presente estudio se encontró una relación entre una alta adherencia y la edad de un subgrupo de personas comprendidas entre los 41 y 50 años. Se considera como hipótesis importante que estas personas se encuentran en una edad productiva y con un nivel educativo más alto.

Respecto al lugar de residencia se halló que las personas que habitan en zonas rurales presentan una alta frecuencia de la estrategia de planificación, esta se refiere a la organización de planes de acción en busca de la mejor forma de manejar el estresor. Este hecho parece deberse a que para estas personas el acceder al tratamiento requiere de una movilización importante de recursos, dado que deben desplazarse largas distancias para llegar a la institución a recibir tratamiento, lo cual implica mayores gastos y adicionalmente el delegar las tareas cotidianas como el cuidado de los hijos, la preparación de alimentos y el cuidado general del hogar mientras están ausentes. Por estas razones es posible que tengan la necesidad de emplear estrategias más elaboradas que aquellos que residen en el área metropolitana, quienes emplean menor tiempo y esfuerzo para acceder al tratamiento. Sumado a lo anterior, las personas residentes en zonas rurales pertenecen a estratos bajos (1 y 2), es decir que sus recursos económicos son escasos, por

lo cual es probable que debido a esto la planificación sea una estrategia característica de las personas de este grupo.

En relación a lo anterior se encontró que las seis personas pertenecientes al estrato 1, las cuales todas residían fuera del área metropolitana (3 en el casco urbano de otros municipios y 3 en zonas rurales), presentan una mayor supresión de actividades, es decir que dejan de lado sus diligencias para no ser distraídos del manejo del estresor. Dado el lugar de residencia de estas personas es probable que su trabajo se relacione con actividades propias del campo que implican gran esfuerzo físico, de manera que es posible que al tener el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer las personas se vean en la necesidad de suspender las labores cotidianas, adicionalmente requieren un mayor autocuidado en relación a la higiene y los riesgos de daño físico debido a la inmunosupresión que conlleva la quimioterapia.

En cuanto a la finalidad del tratamiento se encontró que aquellas personas cuya finalidad del tratamiento era curativa empleaban como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, es decir, buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión con el fin de aliviar la reacción emocional negativa. Adicionalmente estas personas también tendían a emplear la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, la cual consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar problemas. Esto parece deberse a que si la enfermedad puede curarse las personas tienen más expectativas y movilizan mayormente los recursos a su alcance para lograr tal finalidad. Tras haber perdido el control de la situación por el diagnóstico de cáncer las personas tienden a tratar de recuperarlo, el apoyo social es quizá uno de los elementos que están más propensos a ser modificados. Varios estudios han demostrado que generalmente hay una asociación positiva entre la búsqueda o la satisfacción con el apoyo social y la reducción del malestar emocional, una mejor adaptación psicosocial y percepción de bienestar (Hanoch, 2000).

La puntuación de la adherencia a las recomendaciones generales del tratamiento en la muestra evaluada tiende en su mayoría a la media, esto se

debe posiblemente al efecto de una variable extraña, fenómeno de regresión estadística. Respecto a la institución en donde se realizó el estudio, se pudo evidenciar que ésta, juega un papel fundamental en el desarrollo de conductas que permitan la adherencia a las recomendaciones. En general, estas recomendaciones no implicaban realizar actividades fuera de lo común o en extremo complicadas, por lo que su seguimiento no se hacía difícil. Hay que considerar que una buena adherencia implica que el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad por lo que es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto tanto a los medicamentos como al cumplimiento de las indicaciones (Bayés 2000). Se observa al aplicar el cuestionario que en los ítems referentes a los cuidados médicos como tomar la temperatura con frecuencia y llamar al centro hospitalario cuando se hace necesario se obtuvo menor puntaje, en comparación con aquellos referidos al autocuidado.

En relación a la comparación realizada entre los estilos de afrontamiento y la adherencia se encontró que a diferencia de otros estudios (Ortiz 2004; Sánchez et al 2005) en los que se muestra una correlación positiva entre el estilo centrado en el problema y una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, en el presente estudio se evidenció una correlación significativa con el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Es decir que la mayoría de los pacientes que obtuvieron un puntaje alto en adherencia tienden a la búsqueda de apoyo social con fines emocionales, además a la aceptación de la enfermedad y a realizar una reinterpretación positiva de ésta. Todo esto sugiere que estas personas se encuentran en la búsqueda de disminuir el impacto emocional producido por la enfermedad, ya que indicadores de malestar emocional tales como la ansiedad y la falta de optimismo parecen estar asociados al incumplimiento del tratamiento (Carbonell 2007). Así mismo, el apoyo social ha surgido como un importante recurso para el afrontamiento eficaz, éste suele ayudar a las personas a afrontar el estrés de manera directa o indirecta.

Generalmente las personas que emplean el estilo de afrontamiento centrado en la emoción tienden a la búsqueda de apoyo social lo que les proporcionaría una sensación de mayor control sobre el agente estresante además de asegurar múltiples maneras de acción frente a este (Caballo, 1997).

Lazarus y Folkman (1984) por su parte consideran que un mayor control situacional y la sensación de confianza y dominio podrían llegar a disminuir el contenido emocional que generan las situaciones estresantes, motivando igualmente conductas que ayuden a su solución. Andrews y sus colaboradores (1978) encontraron que el deterioro psicológico en una crisis estaba asociado a bajas expectativas de ayuda de sus amigos, parientes y vecinos (Citado en Lazarus y Folkman 1984).

De acuerdo con los resultados y el análisis estadístico, se encontró que las estrategias más utilizadas por el grupo evaluado son acudir a la religión y la aceptación, ambas hacen parte de la clasificación de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) las personas usan este estilo con el fin de conservar la esperanza y el optimismo así como también para reevaluar el hecho y sus implicaciones. El estilo centrado en la emoción ocurre cuando los esfuerzos de afrontamiento se dirigen a cambiar principalmente la manera en que se está interpretando la realidad y con ello también modificar la reacción emocional.

Respecto al predominio de la estrategia “acudir a la religión” puede apreciarse que el diagnóstico de cáncer es un evento altamente estresante que amenaza directamente la vida de la persona que no puede anticipar ni controlar por sí misma. Así ésta debe valerse de aquellos recursos disponibles para afrontarlo, entre los cuales pueden estar las creencias existenciales, que según Lazarus y Folkman (1986) ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.

De esta forma el acudir a la religión puede ayudar al paciente a dar un sentido diferente a la situación estresante por la que atraviesa e incluso ofrecerle una

sensación de control que conlleve a una atenuación del malestar emocional producido por la incertidumbre de la enfermedad, reduciendo la percepción de amenaza. Según Hanoch (2000) el acudir a la religión ha sido asociado con puntajes más altos en salud mental, bienestar psicológico, y mejor ajuste a los aspectos médicos del cáncer. Así mismo Ferrer et al (2003) describe esta estrategia como la más frecuente en enfermos coronarios, la cual ayuda a disminuir el estrés producido por la enfermedad.

La aceptación por su parte abarca dos fases en el proceso del afrontamiento, una de ellas ocurre durante la evaluación primaria, cuando la persona acepta la existencia de la situación estresante y la segunda durante la evaluación secundaria en la cual se acepta el hecho como una realidad que no se puede modificar y con la cual se tendrá que vivir.

Las personas evaluadas en este estudio presentaron alta frecuencia de la estrategia de aceptación posiblemente debido a que el apoyo social brindado por la institución ha posibilitado que se de una valoración menos negativa de la enfermedad. La institución cuenta con un programa de pacientes guías que brindan acompañamiento a los pacientes que presentan alguna dificultad, este acompañamiento incluye visitas domiciliarias, apoyo emocional, ayuda con las diligencias personales y citas médicas. Adicionalmente en la institución se cuenta con grupos de apoyo y el servicio de voluntariado que otorga ayudas económicas y asesoría legal a quienes lo requieran.

Es posible que el contacto entre los pacientes que atraviesan por situaciones similares y comparten las experiencias acerca de cómo han sobrellevado la enfermedad, sumado a la labor social de la institución pueden llevar a que el paciente obtenga cierta percepción de control sobre la situación estresante, logrando reacciones emocionales más adaptativas.

Con respecto a la reinterpretación positiva, que obtuvo una alta prevalencia de uso como estrategia de afrontamiento y una correlación positiva con la adherencia. Se puede decir que ésta, implica una reevaluación de las situaciones estresantes. Es decir, se reevalúa la situación a partir de un cambio

introducido ya sea por una nueva información respecto al evento, en este caso la enfermedad o por el cambio de la percepción del mismo. La reinterpretación positiva podría entonces entenderse como el esfuerzo para darle un significado positivo a los sucesos de manera que se pueda afrontar las amenazas y daños, mirándolos en una forma menos negativa. De esta manera la reinterpretación positiva puede llevar a una reducción significativa del estrés para la utilización de estilos de afrontamiento más adaptativos de acuerdo a la situación misma. (Lazarus y Folkman 1986).

En el estudio de Peñacoba, Velasco, Gonzalez y Garrosa (2005), se observó que la reinterpretación positiva como estrategia de afrontamiento se utilizó con frecuencia por la muestra compuesta de pacientes en cuidado paliativo, en este estudio las estrategias se centran tanto en el problema como en la emoción y son de naturaleza tanto conductual como cognitiva.

La reevaluación de los eventos demuestra ser un importante mecanismo de predicción de la orientación del afrontamiento, bien sea hacia una regulación de las emociones (centrado en la emoción) o hacia la resolución del problema (centrado en el problema). Los problemas juzgados como inevitables van asociados con mayor frecuencia al afrontamiento centrado en la emoción, mientras que aquellos en los que se piensa que se tiene cierta fuerza sobre el problema su afrontamiento se centra en él. De acuerdo a lo observado en la muestra y teniendo en cuenta que una mayor adherencia implica cierto grado de actuación sobre la enfermedad (situación estresante) se podría decir que los sujetos de la muestra realizan una reinterpretación positiva de la situación al parecer con el fin de continuar con sus tratamientos enfocando sus esfuerzos en acciones que los ayuden notoriamente con la situación.

De esta manera, si la reinterpretación positiva influye en la adherencia a las recomendaciones generales del tratamiento sería posible generar una intervención en la que a través de la asesoría psicológica y de la participación de los demás miembros del equipo de salud se pueden encontrar métodos para reevaluar positivamente la situación estresante que están viviendo los pacientes.

Parece ser que las emociones en el estrés psicológico, son producto de la interpretación por parte del individuo, de los aspectos cambiantes de la situación y de los valores y compromisos que se ven afectados, en este caso por la enfermedad. Es así como las emociones podrían considerarse la vía principal para conocer e intervenir los aspectos que influyen en la reinterpretación, por esto, el tratamiento debería centrarse en la vida emocional del sujeto.

Por otra parte, se encontró una correlación positiva entre la estrategia de afrontamiento negación y desentendimiento mental. En este sentido, los pacientes que utilizaron diferentes actividades como método de evadir los pensamientos referentes a la situación problemática, es decir utilizaron el desentendimiento mental, muy probablemente lo hicieron como mecanismo de negación.

La negación no debe ser entendida como una estrategia inútil, pues en ocasiones hace parte de un proceso de utilización de otras estrategias más adaptativas. Esta reacción implica una conmoción temporal, muy frecuente en los pacientes cuando reciben una noticia impactante, pero que permite cierto margen de tiempo para iniciar la búsqueda psicológica de otros mecanismos que les permitan enfrentarse a esta realidad (Tuca, 1998)

Por otro lado, la estrategia enfocar y liberar emociones que hace parte de los llamados “otros estilos de afrontamiento” al igual que sucede con el desentendimiento mental y la negación, suele ser el punto de partida para la búsqueda de apoyo con fines emocionales. Es decir, la expresión abierta de la emociones podría conllevar a la necesidad de la búsqueda de apoyo en el ámbito emocional, la primero funcionaría como motivación para la segunda. Por ello, es de esperarse encontrar una correlación positiva entre ambas estrategias de afrontamiento como lo vemos en el presente estudio

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986)

adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979). Para muchos autores como estos, los estilos de afrontamiento centrados en el problema suelen ser los más adaptativos en tanto permiten enfocar el esfuerzo en la búsqueda de alternativas de solución. Sin embargo, varios estudios con pacientes con enfermedades crónicas apuntan a que el estilo de afrontamiento predominantemente utilizado es el centrado en la emoción que resulta ser más adaptativo ante situaciones en las que no se puede tener un control. El estilo de afrontamiento centrado en la emoción ayuda a aceptar las nuevas condiciones médicas y permite regular el malestar emocional como la ansiedad, la ira, la depresión y en general el sufrimiento que conlleva la enfermedad (Casaretto y Paredes 2006).

En el presente estudio, el estilo de afrontamiento más usado fue el centrado en la emoción, seguido por centrado en el problema y otros estilos (desentendimiento conductual, desentendimiento mental, enfocar y liberar emociones). Todo esto nos llevaría a pensar que las personas tienden a desplegar sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos como la angustia que podría generarse cuando poco o nada puede hacerse, de tal forma que este estilo ayudaría a mantener la moral en alto, mantendría la esperanza y sostendría la autoestima (Cassaretto y Paredes, 2006).

Un aspecto positivo de los resultados es que se notó una prevalencia importante del uso del afrontamiento centrado en la emoción en combinación con el centrado en el problema. Por tratarse de personas enfrentadas a una enfermedad como lo es el cáncer, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) representaría mayores beneficios.

8. RECOMENDACIONES

- Es necesario considerar que se trató de una muestra pequeña en la que las variables sociodemográficas eran bastante homogéneas, especialmente en cuanto a la edad, nivel educativo y estrato socioeconómico, adicionalmente MEDICÁNCER es una institución en la cual la adherencia es alta, en la medida que a los pacientes se les brindan muchas comodidades para que no abandonen su tratamiento, a través de diversas estrategias que promueven la adaptación a la enfermedad. De esta manera la responsabilidad de los pacientes consiste básicamente en acudir a las citas y seguir ciertas recomendaciones de higiene personal y autocuidado. Por esta razón en investigaciones posteriores se sugiere evaluar una muestra más amplia de pacientes de distintas instituciones que permita encontrar mayor diversidad en los resultados.
- En la mayoría de los casos los pacientes desconocían la finalidad de su tratamiento por lo que esta variable no obtuvo una representabilidad importante en los resultados, configurándose como una limitación dependiente de la muestra.
- Una limitación significativa de este estudio fue la carencia de una prueba psicométrica para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. Pese a estas limitaciones la información que se obtuvo a partir de este estudio espera reflejar la utilización de los estilos y las estrategias de afrontamiento empleadas por pacientes oncológicos en tratamiento quimioterapéutico y su relación con la adherencia a las recomendaciones.
- Se recomienda desarrollar programas de educación en salud para los pacientes y sus familias en los que se ofrezca información acerca del manejo de las emociones y pensamientos negativos asociados a la enfermedad, fomentando el apoyo social al enfermo y utilizando la

reinterpretación positiva como una de las bases fundamentales para este propósito.

- Respecto a las investigaciones futuras se sugiere realizar más estudios relacionados con el significado que los pacientes dan a la finalidad del tratamiento, así como las estrategias de afrontamiento que resultaron ser más significativas en esta población como son la aceptación y el acudir a la religión. De igual forma evaluar de una manera más profunda cuáles factores permiten realizar una reinterpretación positiva de la enfermedad.
- Dado que la adherencia al tratamiento beneficia tanto a los pacientes como al sistema de salud, sería adecuado realizar investigaciones en las que se evalúe el cumplimiento de las recomendaciones que reciben los pacientes en el ámbito hospitalario, en especial los pacientes oncológicos y como incrementar este cumplimiento.
- Se sugiere orientar al personal sanitario para que proporcione al paciente la información necesaria sobre su enfermedad y tratamiento, ya en varios estudios se ha encontrado que la información proporcionada al paciente permite una mayor percepción de control sobre la situación estresante.

9. BIBLIOGRAFÍA

Amigó I., Fernández C., Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En Amigó I (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.

Arrivillaga, M., Correa, D., Salazar, I. S. (2007). *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno.

Ballester, R., Campos, A., García, S., Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. *Psicología cognitivo conductual*, 9 (2), 299-322.

Bayés R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En Yubero S, Larrañaga E, (Eds.), *SIDA: una visión, multidisciplinar* (pp. 95-103). La Mancha: Universidad de Castilla-La Mancha.

_____ (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.

Belloch, A., Ramos, F., Sandin, B. (1995). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Birgin, D., Aresca, L., Blum, S., Buceta, E., Figini, M.C., Gulias, S., et al. (2004). *Psicooncología: diferentes miradas*. Buenos Aires: Lugar.

Brannon, L. Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Paraninfo: España.

Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (Vol. 1). Madrid: Siglo Veintiuno.

Carbonell, M. (2007). Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Revista Psicología y Salud Universidad Veracruzana Xalapa*, 17 (1), 63-68.

Carver C., Scheier M., Weintraub J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56 (2), 267-283.

Cassareto, M., Paredes R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 24 (1), 109-140.

Casuso, L. (1999). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Chau, C., Morales, H., Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 20 (1), 93-131.

Diez, B., Forjaz, M. J., Landivar, G. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33 (6), 390-397.

Dorina, S., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista latinoamericana de Psicología*, 35 (1), 55-65.

Ferrer, A., Montoya E.A., Osorio, C. Y., Posada S. R. (2003). Evaluación de factores psicosociales en un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios, pertenecientes al programa de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Universidad de Antioquia. En Universidad de Antioquia., Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas., Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva. (2003). *Investigaciones de psicología Clínica cognitiva-comportamental en la ciudad de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Guibert, W., Grau, J., Romero, T., Prendes, M., Chacon, M. (2000). Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Revista cubana de medicina general integrada*, 6 (2), 186-193.

Hanoch, Livneh. (2000) Psychosocial adaptation to cancer: the role of coping strategies. *Journal of rehabilitation*, 66 (2), 40 -49.

Instituto Nacional de Cáncer. (2008). Pérdida, pena y duelo: *Modelo de enfermedades potencialmente mortales*. Obtenido el 2 de octubre de 2008, desde <http://cancernet.nci.nih.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/duelo/HealthProfessional/page3>

Lazarus, R. S. Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*. 30 (4), Obtenido el 13 de Octubre de 2008.

Masur, F. T., Anderson, K. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento, un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1), 103-126.

Montoya E.A., Osorio, C. Y., Posada S. R. (2000). *Evaluación de factores psicosociales en un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios, pertenecientes al programa de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Universidad de Antioquia*. Trabajo de grado no publicado. Medellín: Universidad de Antioquia.

Navarro, A. B., BUENO, B. (2005). Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas de personas muy mayores. *Revista Española Geriátrica Gerontológica* 40 (1) 34-43.

Nogués, X., Sorli, M.L., Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24 (3), 138-141.

Oblitas, Luis A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F.: Thomson.

Organización Mundial de la Salud. [200-]. *Chronic Diseases and Health Promotion*. Obtenido el día 8 de febrero de 2008 desde <http://www.who.int/chp/en/>

Organización Mundial de la Salud. *Cancer country profile*. [200-]. Obtenido el 8 de febrero de 2008, desde <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=126>

Organización Mundial de la Salud. *Cancer*. (2008). Obtenido el 8 de febrero de 2008 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

Ortiz, M. S. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Psyche (Santiago)*, 13 (1), 21-31.

Ortiz, M., Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud, un fenómeno para comprender la adherencia al tratamiento. *Revista Médica De Chile*, 135, 647-652.

Palmero, E., Fernandez, A. (1998). *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel.

Peñacoba, C., Velasco, L., Gonzales, J.L., Garrosa, E. (2005). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar. *Clínica y Salud* 16 (1), 65-89.

Puente-Silva, F.G. (1984). *Adherencia terapéutica: implicaciones para México*. México D.F.: Lepetit.

Remor, E., Arranz, P., Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Rodríguez, J., Pastor, M.A., López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema Universidad de Oviedo*, 5 No. Suppl., 349-372.

Rubin, P. (2003). *Oncología Clínica: Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes*. Madrid: Elsevier.

Sánchez, N., Camprubí, N., Torres, A., Vidal, A. Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 2 (1), 21-33.

Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A., Salamero M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología: Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología* 2 (1), 21-32.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología* 75, 73-85.

Tellez, A. (2004). Prevención y adherencia: dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile* 132 (12), 1453-1455.

Tuca A., Schroder M., Novellas A. (1998). Cuidados paliativos en oncología. *Anuario de Psicología Facultad de Psicología Universidad de Barcelona*, 29 (4), 35-53.

Urdiqui, L., Montinenel, M, Gálvez M. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Revista Sonorense de Psicología* 13 (1), 30-36.

Urzúa, A., Esparcia, A. (2008) Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología Universidad Católica del Norte, Antofagasta*, 42 (1), 151-160.

Vargas, K (2006). Miedo y Cáncer. (pp. 175-206). En: Alarcón, A. (2006). *Manual de psicooncología*. Bogotá: Javegraf.

Vinaccia, S., Gaviria, A., Riveros, M., Quiceno, J. (2005a). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte* 20, 50-75.

Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M., Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.

Vinnaccia, S., Villa, I. C. (2006). Adherencia terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y salud* 16 (1), 51-62.

Zarazaga, R., Mestre, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Málaga: Aljibe.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE).

Nombre: _____

INSTRUCCIONES

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que tú generalmente haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa qué es lo que habitualmente haces tú.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1 = Casi nunca hago esto

2 = A veces hago esto

3 = Usualmente hago esto

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA.

ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmen te hago esto	4 Hago esto con mucho frecuenci a
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo				

que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar				

menos en eso				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
33. Aprendo algo de la experiencia				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				

41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				

Anexo 2. Adherencia a las recomendaciones generales de la institución

Nombre: _____

A continuación encontrará una serie de preguntas responda lo más sinceramente posible, de acuerdo al siguiente cuadro:

1 = nunca hago esto
2 = Casi nunca hago esto
3 = A veces hago esto
4 = Hago esto con mucha frecuencia

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
1. ¿Se baña todos los días?					
2. ¿Se lava las manos luego de entrar al baño?					
3. ¿Se lava las manos antes de preparar los alimentos?					
4. ¿Se lava las manos antes de comer?					
5. ¿Lava bien frutas y verduras antes de consumirlas?					
6. ¿Evita los alimentos de los cuales no tiene certeza de su higiene?					
7. ¿Mantiene limpio el lugar donde prepara los alimentos?					
8. ¿Cocina los alimentos que va a					

consumir?					
9. ¿Se lava los dientes tres veces al día?					
10. ¿Utiliza la seda dental una vez al día?					
11. ¿Utiliza enjuague bucal?					
12. ¿Camina calzado?					
13. ¿Evita el contacto con personas con enfermedades contagiosas como gripe, varicela o sarampión?					
14. ¿Asea su casa diariamente?					
15. ¿Mantiene sus uñas cortas y limpias?					
16. ¿Toma su temperatura con frecuencia usando el termómetro?					
17. ¿Consume abundante liquido durante el día?					
18. ¿toma precaución al utilizar tijeras, cuchillos o elementos punzantes?					
19. ¿En los días lluviosos sale abrigado?					
20. ¿llama al centro hospitalario cuando se siente mal o tiene fiebre?					
21. Asiste a las citas programadas por la institución?					

Anexo 3. Datos sociodemográficos

Nombre: _____.

Edad: ____

Marque con una X

Municipio de Residencia:

Medellín__ Otros _____

Sexo: M__ F__

Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__

6__

Nivel educativo: Ninguno__ Primaria__ Bachillerato__ Media/ técnica ____

Universitario__ Postgrado__

Tiempo desde que conoce el diagnóstico: De 1 a 6 meses__ de 6 a 12 meses__ De 12 a 18 meses__ De 18 a 24 meses__ Más de 24 meses__.

Finalidad del tratamiento Actual:

Curativo__ Control__ Paliativo__