ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS CUIDADORES EN EL HOSPITAL SOLCA AMBATO.

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

MARÍA ALEJANDRA PEÑAHERRERA RON

Director:

DR. PAUL MARLON MAYORGA LASCANO MG. MTR.

Ambato – Ecuador

Marzo 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS CUIDADORES EN EL HOSPITAL SOLCA AMBATO.

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Mental

Autora:

MARÍA ALEJANDRA PEÑAHERRERA RON

Paul Marlon Mayorga Lascano, Dr, Mg. f._____
CALIFICADOR

Aitor Larzabal Fernández, Mg. f._____
CALIFICADOR

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps, MS. f._____
CALIFICADOR

María Isabel Ramos Noboa, Mg. f._____
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr. f._____
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato- Ecuador

Marzo 2019

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **MARÍA ALEJANDRA PEÑAHERRERA RON,** con **CC. 1803936739,** autora del trabajo de graduación intitulado: "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS CUIDADORES EN EL HOSPITAL SOLCA AMBATO", previa a la obtención del título profesional de **PSICOLÓGA CLÍNICA,** en la escuela de **PSICOLOGÍA.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Marzo 2019

MARÍA ALEJANDRA PEÑAHERRERA RON

CC. 180393673-9

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por la oportunidad de vivir momentos gratos en mi formación académica. Tengo la bendición de una familia que me apoya y orienta en cada paso que doy como ejemplo de camino y dedicación.

También quiero agradecer a mis profesores por cada conocimiento y vivencia compartida a lo largo de mi carrera universitaria.

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto a mi familia, por ser mi centro y motor.

A mi ángel, mi padre quien ha sido luz en momentos difíciles pues su ejemplo de sacrificio ha guiado mi andar. A mis hermanos, por ser representación de trabajo duro y dedicación.

Principalmente, quiero agradecer a mi madre quien es mi ejemplo de: fortaleza, virtud y nobleza. Es mi madre quien ha sembrado en mí el deseo de superación y más que todo me fomentó valores útiles en cada día de mi formación como ser humano.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar las diferencias existentes en las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida entre pacientes oncológicos y cuidadores primarios en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. La investigación es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo de corte transversal. En cuanto a la muestra, participaron 60 individuos, divididos en dos grupos correspondientes a: 30 pacientes oncológicos y 30 cuidadores primarios. Los participantes de la investigación fueron evaluados con el Cuestionario de Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), y el Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española. En cuanto al primer reactivo, se encontraron diferencias significativas entre grupos en: Búsqueda de Apoyo Social, Religión y Autonomía; estrategias dominantes en pacientes. También se encontraron diferencias en la dimensión Evitación Emocional; estrategia dominante en cuidadores. En relación al segundo reactivo, se hallaron diferencias entre grupos en las tres dimensiones; los pacientes obtuvieron una mayor puntuación en el Área de Funcionamiento y en el Área de Síntomas; los cuidadores obtuvieron una mayor puntuación en el Área Global. Finalmente, se evidenciaron ciertas limitaciones en la investigación, como: el tamaño reducido de la muestra y el período corto de tiempo en el que se pudo realizar la recolección de información, aspectos que deberían considerarse en futuras investigaciones.

Palabras Clave: *afrontamiento, calidad de vida, cuidadores, estrategias y pacientes.*

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the current differences in coping strategies and quality of life among cancer patients and primary caregivers at SOLCA Tungurahua Oncological Hospital. The study is the result of a non-experimental approach with a quantitative research mode, with an exploratory, descriptive and cross-sectional reach. The sample included the participation of 60 individuals who were divided into two groups corresponding to 30 cancer patients and 30 primary caregivers. The participants were evaluated with the Coping Strategies Scale Questionnaire (EEC-M) and with the European Organization for Research and Treatment of Cancer Life Quality Questionnaire in its Spanish version. Regarding the first questionnaire, significant differences between the groups were found in the search of social support, religion and autonomy, which are dominant strategies in patients. Differences in the dimension of emotional avoidance were also found, which is a dominant strategy in caregivers is. Regarding the second reactive, differences in three dimensions between the groups were found; patients got a higher score in the operating and symptoms areas. Caregivers got a higher score in the global area. Finally, certain limitations in the study were noted, such as: reduced sample size and a short period of time in which the information was gathered; aspects that should be considered in future studies.

Key words: *coping, quality of life, caregivers, strategies, patients*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD ..... **¡Error! Marcador no definido.**

AGRADECIMIENTO iii

DEDICATORIA v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

ÍNDICE viii

INTRODUCCIÓN 1

METODOLOGÍA 5

JUSTIFICACIÓN 6

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO 7

1.1. Afrontamiento 7

1.1.1. Estrategias de Afrontamiento 9

1.2. Calidad de Vida 18

1.2.1. Indicadores y Determinantes de Calidad de Vida 20

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO 27

2.1. Metodología de Investigación 27

2.2. Técnicas y Herramientas 30

2.3. Participantes 37

2.4. Procedimiento Metodológico 46

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 48

3.1. Análisis descriptivo 48

3.2. Análisis Comparativo 55

CONCLUSIONES 63

RECOMENDACIONES 64

BIBLIOGRAFÍA 66

ANEXOS 73

ANEXO 1: Carta de Consentimiento Informado 73

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica 74

ANEXO 3: Cuestionario Escala de Estrategias de Coping Modificada (EECM) 76

ANEXO 4: Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) en la versión española. 83

INTRODUCCIÓN

El cáncer definido por la OMS (2019) como un proceso celular de crecimiento incontrolado y desmedido, es una enfermedad terminal que logra alterar la dinámica del individuo, debido a: sintomatología propia de la enfermedad, impacto psicológico, alteración en el rol e imagen, entre otras. Paralelamente, existen cambios en la de su estructura familiar, como: replanteamiento de roles, demandas y expectativas ambivalentes, funcionalidad vulnerable, entre otros.

Antecedentes Teóricos

En los últimos años se han hecho importantes contribuciones al estudio de los mismos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico. En la actualidad se evidencian investigaciones cuyo objetivo radica en la indagación de cada una de las variables de estudio por separado y en conjunto, denotando su interés y convirtiéndolo en un tema llamativo. Por otra parte, las investigaciones expuestas a continuación reflejan la importancia de dicho estudio en diferentes poblaciones, denotando así la importancia de su aporte al estado del arte.

En el estudio elaborado por Llantá, Hernández y Martínez (2015), cuyo objetivo era describir el significado de calidad de vida e identificar factores relacionados con ella en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos, se trabajó con 24 cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana, durante el período de enero 2012 a mayo del 2013. Se concluyó que el significado del concepto Calidad de Vida es vivenciado desde diferentes perspectivas: la salud y la enfermedad. La enfermedad y su evolución, los tratamientos y la hospitalización tuvieron repercusiones en las diferentes dimensiones de la calidad de vida.

Los trabajos de Chanduví, Granados, García y Fanning (2015), cuyo objetivo era buscar asociación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos, se trabajó con 43 pacientes hospitalizados en el Hospital de Chiclayo atendidos en los meses de septiembre - octubre del 2014, en el servicio de oncología, que cumplieron los criterios de

inclusión y exclusión. Se concluyó que no existe asociación entre el nivel de calidad de vida y una estrategia específica de afrontamiento al estrés; sin embargo, las tres estrategias predominantes fueron: el acudir a la religión, reinterpretación positiva y planificación. La mayoría alcanzó niveles de calidad de vida Muy Alto (47%) y Alto (44%).

Otras investigaciones llevadas a cabo por Torrecilla, Martín y Rivas (2016), con la finalidad de explorar y describir las estrategias de afrontamiento y dimensiones de calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas y examinar posibles relaciones entre las variables mencionadas, se trabajó con 80 mujeres entre 21 a 55 años de edad provenientes de un hospital de atención pública de la Provincia de Mendoza Argentina. Se concluyó que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la Calidad de Vida en relación a al diagnóstico de cáncer. Se reflexiona sobre la importancia del profesional psicólogo durante el tratamiento de enfermedades oncológicas.

En el estudio de Puerto y Carrillo (2015), cuyo objetivo era determinar la relación entre la calidad de vida y el soporte social percibido en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer, se trabajó con 75 cuidadores familiares que asistieron a la unidad de oncología y radioterapia del Hospital Universitario de Santander en la ciudad de Bógota. Se concluyó que la percepción media de su calidad de vida es de 41,3% y existe una percepción media del soporte social 36,5%. Además, se identificó una correlación positiva y moderada con un $r = 0{,}493$ y un valor $p < 0{,}005$ estadísticamente significativo, sugiriendo que se requiere abordar el soporte social en los cuidadores familiares de personas con cáncer para fortalecer su calidad de vida.

Finalmente, los trabajos de García, Manquian y Rivas (2016), cuyo objetivo era evaluar la influencia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre el bienestar psicológico en cuidadores informales, Se trabajó con 194 personas, 131 mujeres y 63 varones entre 18 y 78 años de la provincia de Concepción, Chile. Se concluyó que Se encontró una correlación significativa entre las estrategias de planificación y aceptación y del apoyo social percibido con el bienestar psicológico.

A partir de lo anteriormente expuesto, la generación de la presente investigación es de vital importancia dado que, pretende exponer que un estudio comparativo en las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos y cuidadores. Análogamente existen investigaciones previas que dan sustento teórico a este estudio, sin dejar de lado otro material bibliográfico. Al contar con información previa y actual el tipo de estudio a realizarse será viable y útil para futuros estudios

Situación Problémica

En cuanto al problema, se observa de manera no sistematizada tanto en pacientes oncológicos como en cuidadores: problemas en la resolución ligado a la enfermedad, limitaciones en apoyo social-familiar a pacientes y cuidadores, reducida capacidad de espera, evitación emocional, entre otros. Estos elementos, generan el uso de inadecuadas Estrategias de Afrontamiento específicas ante una enfermedad terminal como lo es el cáncer. Las Estrategias de Afrontamiento son entendidas como: ¨Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo¨ (Martín, Jiménez & Fernández, 2010, p.56). Es decir, que permiten que el individuo logre adaptarse a los diferentes estímulos que está expuesto. Por lo tanto, es importante considerar que las EA utilizadas por los pacientes oncológicos y cuidadores repercuten directamente al adaptarse a una enfermedad como el cáncer.

También, en este mismo segmento de participantes se observan otros indicadores como: disminución en la vitalidad, deterioro en la salud física y mental, ausencia de metas, entre otros. Estos indicadores aparentemente mantienen relación con Calidad de Vida. La Calidad de Vida está definida como un: ¨Un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de bienestar: físico, psicológico y social¨ (Ardila, 2003, p. 163). Es decir, que la CV implica una sensación de bienestar integral, que generan que el sujeto se encuentre conforme con su vida.

Resulta evidente, que las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida de un individuo representan aspectos centrales en el desarrollo integral de un individuo y de su círculo primario;

más aún, tomando en consideración una enfermedad terminal como el cáncer. “Las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida influyen de manera característica en la enfermedad crónica de cáncer tanto en su adaptación, como en la manera como se enfrenta; posibilitando direccionar su existencia hacia el logro de la Salud y el bienestar psicológico” (Muñoz & Vásquez, 2006, p.8). Ante lo expuesto, las EA que un paciente oncológico y su cuidador primario usen afectará la manera en la que ambos vivencien la enfermedad.

Hipótesis

Se conjetura que los pacientes y los cuidadores mantienen estrategias de afrontamiento distintas, ese uso de estrategias repercute en la calidad de vida que mantienen. Es decir, se estima que existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos tanto a nivel de estrategias de afrontamiento como de calidad de vida.

Para comprobar esta presunción y verificar que sucede en pacientes y cuidadores, es necesario realizar un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo de corte transversal de las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida en pacientes oncológicos y cuidadores primarios que reciben atención en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua. De comprobarse la hipótesis enunciada, los hallazgos nos permitirán conocer la mecánica del fenómeno que afecta a los grupos representados, generando un aporte al estado del arte actual en la temática; además, nos permitirá a futuro la elaboración de programas y otros mecanismos de desarrollo de las Estrategias de Afrontamiento más adecuadas que mejorarían la Calidad de Vida a partir de los aspectos teóricos y metodológicos.

Objetivos

En base a lo señalado, se propusieron objetivos para la presente investigación. El objetivo general es:

- Determinar las diferencias existentes en las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida entre pacientes oncológicos y cuidadores en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua.

Para alcanzar el objetivo general se parte de cuatro objetivos específicos:

- Fundamentar los aspectos teóricos relacionados con Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos y cuidadores.
- Diagnosticar las Estrategias de Afrontamiento dominantes y niveles de Calidad de Vida en una muestra de pacientes oncológicos y cuidadores en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua.
- Realizar un estudio estadístico de tipo comparativo entre pacientes oncológicos y cuidadores primarios acerca de las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida.
- Elaborar un informe de resultados sobre las diferencias de las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida entre pacientes oncológicos y cuidadores.

En cuanto a la metodología para la consecución de los objetivos, la presente investigación es un estudio descriptivo de tipo comparativo de grupos independientes equivalentes de corte transversal. (Montero & León, 2007). La población estimada es de 100 a 150 casos en base a la estadística brindada por la Dra. Aida Aguilar Directora Médica de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua, de la cual se seleccionará una muestra de 25 a 30 participantes necesarios para los métodos estadísticos seleccionados, que en el caso son: U de Mann Whitney.

En base a lo anteriormente señalado, la presente investigación permitirá elaborar un informe de resultados sobre las diferencias de las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida entre pacientes oncológicos y cuidadores primarios en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua. Lo cual, generará aporte al conocimiento científico y en el futuro podrá facilitar la intervención psicológica en la población seleccionada e investigada.

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo de corte transversal. El método general de la

investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, mientras que el método específico es comparativo de grupos independientes

JUSTIFICACIÓN

La investigación tiene como objetivo determinar las diferencias existentes en las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida entre pacientes oncológicos y cuidadores en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. Pues, se observa que los mismos presentan problemas ligados a las Estrategias de Afrontamiento como: dificultad en la resolución ligada a la enfermedad, limitaciones en apoyo social-familiar, reducida capacidad de espera, entre otros; y de igual modo, afectaciones en la Calidad de Vida que se despliegan de la problemática, como: disminución en la vitalidad, deterioro en la salud física y mental, ausencia de metas en el campo laboral, limitación social, entre otros.

Así, se establece la necesidad de realizar un estudio enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo de corte transversal. Acerca de las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida de pacientes oncológicos y cuidadores primarios. Con el estudio, se espera elaborar un informe de resultados sobre las diferencias existentes de ambas variables entre los grupos anteriormente señalados. Por otra parte, la investigación se sustentará desde un modelo teórico cognitivo conductual acerca de las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida.

La presente investigación es importante, actual y factible pues la dinámica que siguen estas dos variables entre paciente y cuidador probablemente es distinta, lo que genera que el curso y desarrollo de las mismas no sea compatible, esto puede ocasionar que el acompañamiento y apoyo que debe desplegarse ante el fenómeno no sea efectivo. Por tanto, indagar en la situación actual del problema resulta necesario y pertinente.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Afrontamiento

Se entiende por afrontamiento a: "La respuesta adaptativa al estrés" (Fierro, 2009, p.10). Este tipo de respuestas pueden ser cognitivas o emocionales, mismas que están asociadas a las características propias de cada individuo. Las características ligadas a la personalidad del sujeto, se fundamentan en una "cuenta de rasgos temperamentales y patrones para responder al cambio" (Botero, 2013, p.2). Es decir, el afrontamiento será propio de cada individuo, estará asociado a rasgos y su interacción con la situación que genere estrés, considerando que los niveles de estrés no serán los mismos en cada persona. A partir de todo lo señalado, resulta evidente que existirán diferentes tipos o estrategias de afrontamiento.

Estilos de Afrontamiento

Como se señaló anteriormente, el afrontamiento se entiende como el modo en el que los individuos manejan el estrés**.** A partir de esto, surgen los estilos de afrontamiento definidos como: "Predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento" (Solís & Vidal, 2006, p. 35). A partir de esta definición, es evidente que las Estrategias de Afrontamiento están asociadas al estilo de afrontamiento, mismos que están determinados en base a características específicas de cada individuo, podrán ser funcionales o disfuncionales dependiendo del caso y situación a la que el sujeto se exponga. Resulta evidente que existen diferentes planteamientos en cuanto a estilos de afrontamiento, en mayor parte depende del autor que introduzca este término. A continuación, se mencionarán algunos de los modelos de estilos de afrontamiento con más aceptación:

En base al modelo planteado por Lazarus y Folkman (1986), existen dos tipos de predisposición personal "centrados en el problema y centrados en la emoción" (p.32). El estilo de afrontamiento centrado en el problema se relaciona con "la resolución por medio de la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el

efecto aversivo de las condiciones ambientales" (Colloredo, Aparicio & Moreno, 2007, p. 132). Así pues, el estilo de afrontamiento centrado en el problema engloba las estrategias que buscan solución al conflicto evaluando causas y efectos de la elección para resolución. Dentro de los estilos de afrontamiento centrados en el problema encontramos el Afrontamiento Activo que se relaciona con las acciones directas personales para generar cambios en la situación amenazante y el Afrontamiento Demorado relacionado con alejarse del problema durante un período de tiempo para evitar efectos adversos a la resolución.

Por otro lado, el estilo de afrontamiento centrado en la emoción se refiere a: "La regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante¨ (Lazarus & Folkman, 1986, p.36). Dicho de otro modo, el estilo de afrontamiento centrado en emociones busca por medio del manejo adecuado de cogniciones, regular el mundo emocional para sustituir una condición amenazante para la estabilidad psicológica del sujeto por una más adaptativa. A partir de esta definición, es evidente que las estrategias pertenecientes a este grupo serán más comunes ante conflictos en los cuales por medio de la evaluación no se identifica posibilidad de cambio, incluye mecanismos como: apoyo social emocional, apoyo en la religión, reinterpretación positiva, desahogo de emociones, liberación cognitiva y negación.

En base a la opinión de Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986), los estilos de afrontamiento se dividen en: "El método usado y la focalización de las respuestas" (p. 137). En relación la primera categoría, los autores plantean que el método utilizado puede ser directivo o de evitación. El nivel de directividad del estilo utilizado no necesariamente se relaciona con el grado de eficacia, es decir que el método sea directivo o de evitación no determina éxito en resolución. En cuanto a la segunda clasificación, hace alusión a la focalización orientada al problema o emociones, subgrupos anteriormente abordados por Lazarus y Folkman. Uno de los aspectos más llamativos de la clasificación establecida por estos autores señala la influencia cultural en el estilo de afrontamiento empleado, dado que en poblaciones de sectores específicos se evidencian resolución de problemas similares. Para estos autores, los estilos de afrontamiento pueden determinarse en a base a características poblacionales comunes.

Algunos autores como Flydenberg y Lewis, basándose en el modelo establecido por Lazarus y Folkman van un paso más allá, pues añaden un tercer grupo denominado Estilo de Afrontamiento no productivo, esta nueva clasificación se relaciona con "Estrategias de Afrontamiento que no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más a la evitación" (Flydenberg & Lewis, 1994, p.46). En otras palabras, este grupo engloba aquellas estrategias disfuncionales donde el individuo tras una evaluación del problema no considera existe una solución. Del mismo modo, la posibilidad de desarrollar mecanismos de adaptación ante la situación displacentera e inmodificable resulta improbable por tanto el sujeto se aleja. Es importante señalar que el autor menciona que el Afrontamiento no productivo es más común en adolescentes por escasez de recursos.

En base a las clasificaciones anteriormente mencionadas se concluye que existen tres categorías principales de estilos de afrontamiento que serán considerados en el presente estudio: centradas en el problema, centradas en la emoción y dirigidas a la evitación. A partir de los estilos de afrontamiento anteriormente mencionados se determinarán las estrategias de afrontamiento pertenecientes a cada grupo.

1.1.1. Estrategias de Afrontamiento

La definición de estrategias de afrontamiento inicia a partir del siglo XIX, donde el concepto de afrontamiento se asocia a los mecanismos de defensa, los cuales: "Son utilizados en momentos de gran ansiedad, amenaza y estrés" (Hann, 1977, p.5). Desde esta perspectiva: "El afrontamiento se subordinaba a la defensa y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico" (Casullo, 1998, p.3). En otros términos, al inicio se entendía que las estrategias de afrontamiento eran inconscientes y no constituían respuestas ante ninguna influencia externa, puesto que la situación estresante respondía a movimientos internos del sujeto. Por tanto, sin importar cuál sea la situación estresante o el momento en que se presente, el individuo reaccionaría del mismo modo por representar una condición netamente interna.

A pesar de los conceptos previos, se evidencia que el mayor aporte es el realizado por Lazarus y Folkman quienes los definen como: "Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente

cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (1984, p.56). Dicho de otro modo, las estrategias de afrontamiento permiten que los seres humanos logren adaptarse ante los estresores propios y del ambiente, de un modo eficaz. Lazarus y Folkman son los que ampliamente abordaron este nuevo constructo estableciendo una definición utilizada hasta la actualidad, determinando un recorrido teórico con basto campo de estudio el cual se continúa en investigación.

El uso de estos mecanismos se presenta en "todas las situaciones potenciales disparadoras de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas" (Colloredo, Aparicio & Moreno, 2007, p.138). Es decir, constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas. La investigación realizada por estos autores, representa que los mecanismos para afrontar un suceso también tienen influencia externa. Debido a ello, las estrategias de afrontamiento permiten enfrentar una situación que posiblemente genera displacer y no se puede resolver por medio de las propias herramientas del individuo por esto surge la necesidad de otro tipo de mecanismos.

Es importante señalar que utilizarlas "no siempre garantiza solución, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento" (Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013, p. 125). De tal modo, que a pesar de que las estrategias de afrontamiento no generen una solución al conflicto, permiten que el individuo desarrollo mecanismos por medio de los cuales no se desmorone ante el estrés y desarrolle crecimiento personal. Las estrategias de afrontamiento se despliegan de los Estilos de Afrontamiento anteriormente mencionados, de este modo existen diferentes subclasificaciones de las estrategias de afrontamiento. Existen diversas clasificaciones de las Estrategias de Afrontamiento, las cuales dependerán mayoritariamente del autor y estudios previos. A continuación, se mencionarán tres de las clasificaciones más comunes a nivel de investigativo.

Existen dos clasificaciones principales en base al modelo establecido por Lazarus y Folkman (1986), en el primer grupo se encuentran las estrategias con el fin de modificar el problema que genera conflicto, denominadas estrategias de resolución problemas, grupo conformado por: confrontación y planificación. El segundo grupo comprende a las estrategias con el fin de generar una respuesta emocional más adecuada ante el conflicto, llamadas estrategias de regulación emocional, grupo conformado por: distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, evitación y reevaluación positiva. Finalmente, existe una última estrategia dirigida a la resolución del problema y a la regulación emocional que no puede definirse en ninguno de los grupos denominada: búsqueda de apoyo social. Sin embargo, posteriormente se determina que el apoyo social pertenece al grupo de estrategias centradas en la emoción.

En base a los estudios realizados por Lazarus y Folkman de estrés y afrontamiento, Frydenber determina tres tipos de estilos de afrontamiento, que a su vez engloba 18 estrategias de afrontamiento. El primer estilo es resolver el problema y comprende estrategias como: concentrarse, esforzarse y lograr éxito, invertir tiempo en amigos, búsqueda de pertenencia, fijarse en lo positivo, búsqueda de diversiones relajantes, reservarlo para sí mismo, actividades físicas. El segundo estilo planteado por Frydenberg se denomina referencia a otros, que contiene estrategias como: apoyo social, acción social, apoyo espiritual y ayuda profesional. El tercer y último estilo de afrontamiento es el no productivo, comprende estrategias como: preocupación, fantasías, ignorar el problema, reducir la tensión, autoculparse (Solís & Vidal, 2006). Como podemos ver, el autor va un paso más allá con la subclasificación.

Desde una perspectiva integral y sintetizada, el trabajo realizado por autores como Londoño, Henao, Puerta, Posada y Aguirre (2006) se basó en los estudios y modelo establecidos por Lazarus y Folkman (1986); y permitió realizar algunas modificaciones, considerando que las estrategias de afrontamiento podian ser: “positivas al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar el bienestar biopsicosocial” (Pérez & Rodríguez, 2011, p.21). En base a esta definición, se llevaron un paso más allá a las dos clasificaciones propuestas por Lazarus y Folkman, categorizándolas en 12 estrategias de afrontamiento, subdivididas en cuatro estrategias comportamentales y tres cognitivas y cinco cognitiva- comportamental.

Entre las estrategias de afrontamiento comportamentales donde el comportamiento del individuo busca enfrentar el estresor, figuran: búsqueda de apoyo social, apoyo profesional, reacción agresiva, expresión de la dificultad del afrontamiento. En cuanto a las estrategias de afrontamiento cognitivas que por medio de procesos mentales se hace frente al suceso amenazante, comprenden: evitación cognitiva, reevaluación positiva, negación. Finalmente, el grupo cognitivo- comportamental en las cuales se dan procesos cognitivos y comportamientos para disminuir los efectos del estresor, engloban: solución de problemas, la espera, la religión, evitación emocional, autonomía.

Factores Moduladores de las Estrategias de Afrontamiento

En relación al tipo de afrontamiento utilizado y el momento en que este se emplea pueden interferir múltiples variables que logran disminuir el efecto o acrecentar el resultado de la estrategia de afrontamiento utilizada, los factores moduladores representan las variables que no generan el fenómeno, pero si influyen en su grado de impacto, pueden ayudar a la resolución o estancarla dependiendo el caso. Los factores modulares se dividen en dos grandes grupos: factores internos y factores externos.

Los factores internos son las variables que provienen netamente de la formación estructural del individuo, este primer grupo engloban “estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad” (Vásquez, Crespo & Ring, 2000, p. 428). Dicho de otro modo, el afrontamiento del conflicto tendrá su base de resolución en cuanto a la personalidad que el sujeto posea, situación que probablemente ha determinado un estilo de afrontamiento más usual en el sujeto, como podría ser: dirigido al problema, a la emoción o la evitación. Se podría concluir que en base a la formación los seres humanos tenemos cierta proposición al empleo de estrategias de afrontamiento, que no surgen en base a una elección del momento del conflicto, más bien se en cuanto a factores predeterminados.

Es adecuado concluir que existen otras variables que intervienen en las estrategias de afrontamiento utilizadas a momento del conflicto, aspectos como: recursos materiales, apoyo social y factores estresantes simultáneos determinan un papel directo en cuanto a la elección de

afrontamiento. Los factores externos "pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores" (Vásquez, Crespo & Ring, 2000, p. 430). Es decir, las variables externas pueden interferir de modo positivo o negativo en el estilo de afrontamiento, la elección del sujeto podrá ser favorable para la desaparición o regulación de la situación displacentera presente en cuanto a de qué modo se organicen factores internos y externos.

Función y Efectividad de las Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son centrales en el modo en que los individuos resolvemos problemas. Por tanto, es importante comprender la efectividad del afrontamiento ante sucesos estresantes. La efectividad y función de las estrategias de afrontamiento "se debe evaluar atendiendo a las posibilidades del entorno, los fines que se persiguen con determinada conducta, el momento vital, entre otros factores asociados" (Compas, Connor, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001, p.37). En otras palabras, el éxito de las estrategias de afrontamiento depende de los factores internos y externos que incidan en el momento estresante. Ante lo mencionado, es importante considerar que un individuo puede estar habituado a ciertas estrategias de afrontamiento positivas, pero esto no determina que sean las utilizadas a momento pues el estresor podría ser decisivo, tomando en cuenta que el éxito de las estrategias de afrontamiento es multifactorial y en ocasiones inesperado.

Un suceso amenazante implica la intervención de estrategias de afrontamiento, las mismas que están relacionadas directamente con la salud mental. La salud mental definida por Peña como: "La capacidad que tienen las personas, para interactuar de manera armónica con el medio ambiente; y permite al ser humano confrontar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor sus actividades, y tener mejores relaciones interpersonales" (2012, p.7). Dicho de otro modo, la salud mental regula el manejo de sucesos traumáticos o estresantes, es por esta razón que mantiene relación directa con las estrategias. El tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas tiene efecto en la salud mental de los individuos pues si tienen éxito conllevan un elemento del bienestar subjetivo. Ante este planteamiento se puede inferir que la salud mental atiende a la

calidad de vida, pues genera bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida

Estrategias de Afrontamiento y Cáncer

El cáncer es una enfermedad comúnmente relacionada con el concepto de muerte, un diagnóstico vinculado con esta enfermedad representa un suceso estresor para el paciente y sus familiares, el modo en el que la enfermedad sea conceptualizada significa un replanteamiento en la vida del sujeto. Ante el aparecimiento del cáncer surge la necesidad de mecanismos de adaptación, de acuerdo a Moreno: "Los diversos recursos de afrontamiento dependen del grado de amenaza que supone la enfermedad para el paciente y los recursos que tiene para enfrentarse a ella" (2016, p.4). Dicho de otro modo, las estrategias de afrontamiento utilizadas para la adaptación a la enfermedad se asocian a factores internos como: personalidad, estrategias habituales, entre otros y el factor externo como: intensidad de la enfermedad, apoyo del núcleo familiar, entre otros. Es adecuado inferir que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos influirán en su calidad de vida, en la de cuidadores y en la de su grupo primario de apoyo, pues existe relación entre ambas variables.

Las estrategias de afrontamiento permiten la resolución a un problema o adecuación emocional ante un conflicto, los sucesos estresores pueden ser de diferente tipo como una enfermedad. El cáncer representa una enfermedad que genera altos niveles de ansiedad en el sujeto, su familia y su entorno social. Ante dicha dificultad, surge la necesidad de que las estrategias de afrontamiento utilizadas comúnmente por el individuo entren en escena en conjunto con nuevas estrategias. Se debe mencionar que no todos los pacientes logran exteriorizar su verdadero sentir ante la enfermedad. A pesar de ello, existen señales a nivel individual y familiar que otorgan un aviso de la condición emergente del paciente.

Los pacientes oncológicos atraviesan un proceso psicológico de cambios al exponerse a condiciones como "miedo a la muerte, desfiguración, abandono, ruptura de relaciones, incapacidad, pérdida de la independencia personal y económica, pérdida de la rutina, pérdida del rol dentro de la familia, ansiedad y culpa" (Moreno, 2016, p.73). En consecuencia, el

surgimiento de estrategias de afrontamiento es evidente pues los múltiples cambios a nivel psicológico representan alteración en la salud mental. Ante una enfermedad como el cáncer es necesario el apoyo psicológico a nivel del paciente y su núcleo familiar, debido que en la mayoría de ocasiones los recursos de los individuos no son suficientes. Es importante que el profesional en psicología pueda reconocer los cambios en la psiquis del paciente para poder realizar un trabajo integral y multidisciplinario.

En el caso del paciente tratado a nivel hospitalario, se evidencian en consulta expectativas como: recobrar la salud, recuperar autonomía, aceptar la autoimagen, cohesión familiar, disminución de tareas en casa, comprensión a nivel hospitalario, acceso a información relevante de la historia clínica, mantenimiento de la calidad de vida sin importar la etapa de cáncer, entre otras (Soriano, 2002). Es importante comprender, que las expectativas que el paciente tenga en relación a la enfermedad influirán en las estrategias de afrontamiento que utilice. De igual modo, su calidad de vida mantendrá relación con tales expectativas. Es común que en ocasiones las expectativas del paciente no se relacionen con las de su cuidador y familia en general, dado que gran parte de las expectativas se construyen en base a la historia de vida.

Por otro lado, la familia desempeña un papel importante en la recuperación del paciente dado que representa uno de los principales soportes, en varias ocasiones el central abastecimiento de apoyo social y moral. Como se mencionó anteriormente, las expectativas de la familia no siempre son iguales a las del enfermo, pero pueden guardar algún grado de relación o cohesión. A nivel de cuidadores se evidencian expectativas como: recuperar el entorno familiar previo a la enfermedad, mantener una relación estable con el paciente, mantener la estabilidad económica, reciprocidad, conservar vínculos sociales, entre otras (Soriano, 2002). Como se puede evidenciar, aunque se atraviesa un suceso estresor semejante, los deseos son diferentes en cada grupo, situación que podría influir en la subjetividad de cada individuo. Consecuentemente, es probable que exista efecto en las estrategias de afrontamiento utilizadas y la calidad de vida.

Finalmente, a nivel hospitalario surgen ciertas demandas tanto del paciente como de los familiares, puesto que cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario a nivel de salud

evidencia que recursos son más útiles en el tratamiento. Sin embargo, estas expectativas no siempre son adaptativas o reales. En el personal se puede encontrar: compromiso total con el tratamiento, aumento en el umbral del dolor, adaptación a nivel hospitalario, aceptación de la enfermedad, tratamiento integral y multidisciplinario, compromiso familiar, entre otras (Soriano, 2002). Es evidente, que en ocasiones los deseos del personal hospitalario se alejan de los recursos propios del paciente y familiares por lo cual puede surgir frustración, estrés o fatiga en el personal de salud, condición que los pacientes logran percibir.

Evaluación del Afrontamiento en Cáncer

En cuanto a la evaluación del afrontamiento, no existe un único camino por el cual orientarse, se mide como: rasgo, estrategia, nivel, entre otros. A su vez, en relación a las escalas pueden ser: específicas, generales, concretas, estables, básicas (Jorques, 2015). En consecuencia, el modo en que se mide el afrontamiento dependerá de los resultados que el evaluador pretenda obtener pues hasta la actualidad no existe un camino determinado. Sin embargo, la mayoría de cuestionarios toman como base la teoría planteada por Lazarus y Folkman en el año de 1984 y 1986, los autores de cada reactivo señalan clasificaciones nuevas que consideran relevantes. A continuación, se mencionarán algunos de los reactivos más utilizados y aceptados a nivel investigativo.

El Ways of Coping Instrument- WCI tenía como objetivo evaluar afrontamiento, se basaba en la descripción de las experiencias traumáticas, asociado a las emociones y acciones a momento. El cuestionario está conformado por 67 ítems con respuesta de tipo Likert, como resultado se obtienen estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y la resolución de problemas (Lazarus & Folkman, 1984). Es uno de los primeros reactivos dirigidos a evaluar estrategias de afrontamiento, posteriormente el análisis multifactorial determinaba cuatro dimensiones de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y afrontamiento intrapsíquico o cognitivo (Lazarus & Folkman, 1986). Sin embargo, surgió la necesidad del cuestionamiento de dicho reactivo con el fin de mejoría.

Otro de los cuestionarios altamente empleados, es el Cuestionario Multidimensional de Afrontamiento- COPE, el cual es una modificación y va un paso más allá del Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento. El objetivo del reactivo es evaluar los diferentes estilos de afrontamiento ante un estresor, los resultados permiten obtener: rasgos, estado de afrontamiento y 14 estrategias de afrontamiento. Las estrategias evaluadas son: afrontamiento activo, planeación, ayuda instrumental, ayuda emocional, expresión, retirada del comportamiento, autodistracción, autoculpa, refrenar positivo, humor, negación, aceptación, religión, y uso de sustancias (Muller & Spitz, 2003). Además, el reactivo permitía enlazar las estrategias de afrontamiento funcionales a niveles altos de autoestima, y las disfuncionales a niveles bajos de autoestima, identificación y adaptación.

Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)

En el presente estudio se buscará identificar las estrategias de afrontamiento específicas que han sido utilizadas por los grupos independientes, correspondientes a pacientes y cuidadores en base al cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) versión pacientes y cuidadores

Es un instrumento adaptado a la población Colombiana del Cuestionario de Escala de Estrategias de Coping (EEC-R) de Chorot y Sadín (1993). El fin del reactivo es identificar Estrategias de Afrontamiento en pacientes y cuidadores con un nivel de confiabilidad mayor al 95%, consta de 69 ítems con respuestas de tipo Likert en escala ascendente de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). A partir del Cuestionario original se eliminaron estrategias como: conformismo, control emocional, evitación comportamental, expresión emocional abierta y refrenar afrontamiento. De acuerdo con la reagrupación de los ítems, aparecieron estrategias que originalmente no contaban con la misma denominación: solución de problemas, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación, autonomía.

El instrumento tras la modificación a utilizarse está compuesto de 12 escalas que abarcan diferentes estrategias de afrontamiento que se consideraron centrales en la población evaluada tras la validación principales: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación

emocional, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación, autonomía. El EEC-M tiene un nivel de confiabilidad mayor al 95% y el alfa de Cronbach de la prueba definitiva fue de 0,847, condiciones que pudieron validarse tras su comprobación en varias investigaciones. El alfa de Cronbach fue determinado por escalas para cumplir con los requisitos necesarios en cuanto a la fiabilidad de cada una de las dimensiones (Londoño, Henao, Puerta, Posada & Aguirre, 2006). En base a las características del reactivo, se identificaron propiedades psicométricas y validez estructural adecuadas para la aplicación y difusión.

1.2. Calidad de Vida

El interés por la calidad de vida, aunque definida a partir de diferentes términos toma lugar desde inicio de la sociedad como meta de la aspiración humana en relación a la satisfacción con el sentido de vida (Moreno & Ximénez, 1996). Los primeros estudios documentados sobre la calidad de vida se identifican en el período de 1950 a 1960, etapa en la cual se busca medir indicadores objetivos de bienestar social en relación a la industrialización, es decir identificar los efectos de este fenómeno sobre el bienestar de los sujetos y sus familias. En conjunto con las demandas establecidas por la población dedicada al trabajo en industria de carácter objetivo, surgen ciertas demandas que aparentemente no pueden medirse en base a estándares (Gómez & Sabeh, 2000). Sin embargo, el conocimiento en relación a la calidad de vida era escaso, en base a ello aparece más de una incógnita en relación a los efectos de los cambios de vida en el bienestar personal y social de múltiples dimensiones.

De todos modos, en el período de 1960 a 1960 continúa un estudio del bienestar social a partir de perspectivas objetivas ignorando la percepción individual, por ejemplo: nivel económico, nivel de instrucción, salud física, entre otros. En base a los resultados, se identifica que los indicadores objetivos “sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual” (Urzúa & Caqueo, 2012, p.60). En este momento, investigadores como Campbell, Converse y Rodgers (1976) plantean la hipótesis de que la calidad de vida también se asocia a factores internos y propios del individuo, construidos en base a su experiencia con el ambiente. Se determina que dichos factores afectan en mayor escala a la calidad de vida, refiriendo que no es

solo el suceso estresante el que altera el nivel de bienestar sino el modo en que los procesos psicológicos asociados a la experiencia de vida interpretan el suceso.

Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Tal como lo comenta Meeberg, muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar la calidad de vida (1993). En la actualidad, se considera a la calidad de vida desde más de una perspectiva, como: psicología, economía, medicina, antropología, entre otras. En base a cada una de estas ciencias, se determina los puntos de interés de la calidad de vida pues cada rama la identifica de un modo distinto. Sin embargo, es central identificar indicadores objetivos y subjetivos para su estudio.

A partir de lo señalado, en la actualidad la visión sobre la calidad de vida representa un constructor de múltiples investigaciones realizadas con el fin de recolectar conocimiento. En un inicio, el estudio de la calidad de vida se dirigió a aspectos objetivos, n mayor parte a la salud personal a nivel de evaluación médica. Tras múltiples indagaciones, el concepto de calidad de vida se extiende a: percepción personal, percepción del mundo, satisfacción anulando estándares. Por esta razón, el concepto de calidad de vida es más complejo de lo que parece dado que embarca definiciones delimitadas tras estudios. El estado del arte en relación a calidad de vida se encuentra en constante cambio, representando un tema en el cual es necesaria mayor cantidad de información y estudios que validen o descarten investigaciones previas y otorguen mayor cantidad de caminos para el estudio.

La Calidad de Vida es entendida como: “Un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social” (Ardila, 2003, p. 163). Es decir que implica una sensación propia de bienestar integral, que permite que el sujeto se encuentre conforme con su vida. Dentro de la definición de calidad de vida se debe considerar: “La importancia de tener relaciones armónicas con el ambiente natural y con la comunidad de la cual somos parte” (Ardila, 2003, p. 163). Como podemos ver,

las demandas del exterior desempeñan un papel central en relación a la calidad de vida que un ser humano tiene asociado a su subjetivismo.

Así, dado que las concepciones al respecto de calidad de vida propenden a la integralidad, se considera a la calidad de vida como: "Satisfacción en diferentes ámbitos de la vida de las personas tanto internos como externos y la valoración que realiza el individuo de las áreas comprendidas; teniendo en cuenta que la persona puede considerar relevantes unos ámbitos más que otros" (Muñoz & Vásquez, 2006, p.46). Así pues, la calidad de vida de un individuo estará asociada a la percepción del mismo de aquello que considere relevante, pues representa un bienestar objetivo y subjetivo. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

De acuerdo a las definiciones podría señalarse como primordial la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life- WHOQOL), el cual propuso una definición de calidad de vida (The WHOQOL Group, 1995), como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Cabe destacar la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo, por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la calidad de vida, el proceso cognitivo de la evaluación.

1.2.1. Indicadores y Determinantes de Calidad de Vida

Los indicadores se refieren a puntos de referencia, que brindan información cualitativa o cuantitativa al respecto del nivel en que se encuentran satisfechas determinadas necesidades en un núcleo social determinado, pudiendo ser éste una familia, hogar, ciudad, región, país, entre otros. Los indicadores de calidad de vida pueden ser de tres tipos: en primer término, están los

unidimensionales que satisfacen un solo tipo de necesidad; como: educación, salud o vivienda. En segundo término, existen indicadores multidimensionales los cuales se refieren al grado de satisfacción de un conjunto combinado de necesidades; así, por ejemplo: indicadores de pobreza, necesidad básica o desarrollo humano. En tercer lugar, los indicadores que se relacionan con los aspectos vinculados a la forma en que se distribuye el ingreso entre los habitantes de un país (Ministerio de Salud Pública, 2009). A nivel general, existen indicadores de un adecuado o inadecuado nivel de calidad de vida. Sin embargo, es importante considerar los determinantes que influyen en dichos indicadores.

El nivel de calidad de vida se encuentra relacionado con múltiples elementos que constituye la causa que determina o permite su existencia; entre estos determinantes se encuentran: estado de salud física y mental, relaciones personales satisfactorias, crecimiento en el ámbito personal y laboral, habilidades adaptativas, nivel económico satisfactorio, factores culturales, bienestar subjetivo, entre otros (Gonzáles, Valle, Arce, Fariña, 2015). Por tanto, la calidad de vida que una persona tenga dependerá de más de un factor que incide en la respuesta individual ante diferentes sucesos. Sin embargo, resulta evidente considerar que una enfermedad significará un replanteamiento en más de uno de los factores anteriormente mencionados, lo que en ocasiones podría perjudicar la calidad de vida que el paciente o sus familiares mantengan. La variable calidad está determinada por varios factores. A pesar de ello, a nivel de evaluación existen determinantes objetivos y subjetivos de calidad de vida.

El primer grupo engloba a los determinantes objetivos también denominados factores sociales se relacionan a las: “Condiciones evaluadas independientemente del sujeto” (Yasuko, Romano, García & Félix, 2005, p.94). Es decir, son objetivos son aquellos que a pesar de la percepción del sujeto pueden ser evaluados y determinados en cierto nivel. A nivel general, dentro de los determinantes objetivos se incluyen: estabilidad económica, bienestar con el ambiente, relaciones interpersonales satisfactorias y salud objetiva adecuada (Ardila, 2003). Dicho de otro modo, lo que se pueda evaluar por medio de escalas sociales ingresa en el grupo de determinantes objetivos. Se podría decir, que aunque el individuo considere satisfactorio cierto factor en su calidad de vida al evaluarlo puede ser inadecuado en base a un promedio establecido que muestre un alto nivel de calidad de vida.

El segundo grupo corresponde a los determinantes subjetivos son establecidos a nivel personal, se relacionan con: “La autoevaluación que los sujetos hacen respecto de la satisfacción y la felicidad sentida en relación con los diferentes dominios y dimensiones de la vida” (Yasuko, Romano, García & Félix, 2005, p.95). En base a lo señalado por los autores, podemos decir que los determinantes subjetivos son propios del individuo, condición que no estará determinada por una evaluación general o social. Es el sujeto quien considerará en base a su experiencia si la situación a la que está expuesto mejora o empeora su calidad de vida. Dentro de los determinantes subjetivos encontramos: intimidad, expresión de sentimientos, sensación de seguridad, sensación de efectividad y percepción de salud (Ardila, 2003). Por tanto, la evaluación generalizada y considerada adecuada queda de lado en este segundo grupo de determinantes.

Calidad de Vida y Enfermedad

La calidad de vida está directamente afectada por la pérdida de la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, condición que repercute en el modo que el paciente se visualiza a sí mismo. Cuando existen enfermedades que afectan la individualidad del sujeto: “Se experiencia una involución que fácilmente puede afectar el autoconcepto, al sentido de la vida y puede provocar estados o procesos depresivos” (Moreno & Ximénez, 1996, p.26). En base a lo expuesto, resulta evidente que pacientes expuestos a enfermedades terminales que se encuentren en hospitalización o mantengan contacto frecuente con este ambiente, presente síntomas que influyan en su calidad de vida deteriorándola. En la presente investigación, se profundizará la calidad de vida asociada al cáncer puesto que es la muestra seleccionada a trabajar.

Calidad de Vida en pacientes y cuidadores oncológicos

La calidad de vida de un individuo se afecta por factores objetivos y subjetivos, condiciones que afectan el nivel de calidad de vida que los individuos mantienen. En el caso, de una enfermedad

como el cáncer se considera un factor objetivo de tipo salud que influye más de una dimensión evaluada en la calidad de vida, el afrontamiento de dicha enfermedad guardará relación también con factores subjetivos como la personalidad estructurada de cada sujeto. Por tanto, surge la necesidad de comprender los efectos a nivel de: paciente, cuidador primario y probablemente el núcleo familiar en general. La comprensión en cada una de estas áreas permitirá intervenir de modo integral.

Al momento que se pretende determinar la calidad de vida se debe considerar las condiciones externas e internas de un sujeto. En el caso de los pacientes oncológicos su estado físico se altera y en ocasiones la respuesta ante esta alteración es determinante. Para los enfermos de cáncer el pronóstico de la enfermedad resulta central en la calidad de vida: "La preocupación por la calidad de vida en la enfermedad proviene en parte de la constatación de que no basta alargar la vida, ya que gran parte de los enfermos desea vivir, no meramente sobrevivir" (McDowell & Newell, 1987, p.32). En pacientes oncológicos la calidad de vida se afecta en base a la visualización que tengan de la enfermedad a largo plazo, es decir que influyen factores internos y externos del paciente. Sin embargo, la mayoría conservan características en común como las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el estresor.

Los pacientes establecen contacto directo con los cuidadores, mencionándoles sus expectativas y demandas en relación a la enfermedad y tratamiento. La calidad de vida del cuidador primario se ve afectada en base a: "Experiencias previas, la estructura de la familia, su nivel de funcionabilidad, antecedentes patológicos de los padres, entre otros" (Llantá, Hernández & Martínez, 2015, p.1). Es por esta razón, que no siempre la calidad de vida va a tener deterioro pues su nivel es de influencia multifactorial, situación que como se mencionó anteriormente es similar en el paciente. En ocasiones el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad como el cáncer puede afectar la funcionalidad de la familia, generando comportamientos o situaciones poco comunes anteriormente. Resulta evidente considerar que la capacitación familiar por el profesional en salud mental es central en el proceso oncológico de un paciente.

Finalmente, el bienestar del paciente oncológico es un trabajo multidisciplinario de los profesionales en salud, en conjunto con la familia. En ocasiones no se da suficiente importancia

al núcleo del paciente, pese a que su papel en el desarrollo de la enfermedad y los efectos en la funcionalidad, puesto que la enfermedad tiene efectos en la familia del mismo modo que tiene consecuencias visibles en el cuerpo del paciente (Doce, 2008). Por tanto, las lesiones a nivel familiar en cada uno de los cuidadores del paciente podrían ser más fuertes de lo que los profesionales a simple vista deducen, situación que se evidencia en la funcionalidad familiar y replanteamiento de roles que afecta la calidad de vida familiar. La enfermedad y el cuidado del paciente, engloba alteración en más de una de las dimensiones de la familia, puesto que toda una dinámica se fractura para dar origen a una nueva. Las nuevas demandas y expectativas familiares generan cambio, condición que genera malestar.

Evaluación de la Calidad de Vida

Por otro lado, en cuanto a la evaluación de la calidad de vida existen dos tipos de instrumentos para analizar la variable: los cuestionarios genéricos y los específicos. En primer lugar, los cuestionarios genéricos que suelen usarse para medir la calidad de vida en pacientes con más de una enfermedad, permiten comparar diferentes procesos patológicos. La limitación de este tipo de cuestionarios es que son poco adecuados para detectar cambios inducidos por un tratamiento concreto en una determinada enfermedad, el análisis es general y plantear relaciones entre factores es más complejo. Por otro lado, los cuestionarios específicos perciben cualquier diferencia en puntuación, condición que los pacientes perciben como un cambio en su estado de salud. Por medio de los cuestionarios específicos se contribuye a la interpretación del significado clínico de los resultados, es decir brindan especificidad (González, Bousoño, Gonzáles, Pérez & Bobes, 1993). A continuación, se mencionan algunos de los cuestionarios más utilizados y difundidos en la medición de la calidad de vida.

Las primeras evaluaciones de calidad de vida se relacionan con el KPS, que representa una escala de 10 puntos que engloba aspectos objetivos y subjetivos de la salud. Los primeros pacientes evaluados con este cuestionario padecían cáncer, a pesar de ello en un inicio fue definida como una escala genérica y por esta razón puedo emplearse en otras poblaciones como: diabetes, SIDA, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, entre otras. El objetivo de este

reactivo es obtener una escala cuantitativa de la funcionalidad del paciente de un modo rápido, la progresión de la enfermedad y el posible desenlace (Karnosfly, 1948). La limitación del reactivo es que es unidimensional, debido a su simpleza surge la necesidad de evaluaciones con mayor cantidad de dimensiones que brinden más información y puedan aplicarse a todo tipo de individuos.

Posteriormente, el cuestionario SF- 36 es uno de los más utilizados a nivel mundial, se utiliza en poblaciones genéricas y específicas tras ciertas modificaciones. Este reactivo consta de 36 ítems que dan como resultado ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los ítems, se presentan con escalas Likert de diferente tipo (Villagut, López & Peña, 2004). El objetivo principal del SF- 36 es otorgar los aspectos positivos y negativos de la calidad de vida, clasificados en las dimensiones anteriormente señaladas. Es importante mencionar que para el cálculo general se evalúa en un período estándar (cuatro semanas) y un período agudo (una semana).

La escala GENCAT de Calidad de Vida, se basa en el modelo multidimensional de Schalock y Verdugo (2003), consta de 69 preguntas con escala Likert del 1 al 4. El cuestionario arroja resultados con respecto al nivel de calidad de vida en dimensiones como: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. El GENCAT, se creó con la finalidad de mejorar el apoyo social y personal en centros hospitalarios. El reactivo ha sido validado en diferentes países y se han realizado modificaciones en relación a características específicas de cada población (Verdugo, Arias, Gómez, Schalock, 2003). Por tanto, es reconocido a nivel mundial y su difusión es común en más de un sector.

A pesar, de la validez y difusión de los reactivos anteriormente mencionados, en el caso específico de estudio, se empleará un cuestionario específico para cáncer, denominado Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española. La razón principal, es que este tipo de cuestionarios permiten evidenciar cambios pequeños de puntuación en la calidad de vida asociados a la variable, con preguntas dirigidas que logran discriminar especificidades. Además,

en el caso del reactivo, se contó con una versión para pacientes y cuidadores condición que representa un mayor entendimiento y comprensión por parte de los dos grupos de participantes de la investigación.

Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española

Es un instrumento creado por el grupo EORTC utilizado actualmente a nivel mundial, con gran difusión en Europa y América en estudios relacionados con la Calidad de Vida en la presencia de una enfermedad específica como lo es el cáncer. El fin del reactivo es identificar el nivel de Calidad de Vida en presencia de esta enfermedad en tres áreas: área de funcionamiento, área de síntomas y área global (Cruz, Moreno & Angarita, 2013). El cuestionario consta de 30 ítems en total, de las cuales 28 preguntas de tipo Likert ascendente, de 1 (en absoluto) a 4 (mucho) y dos preguntas en escala Likert de 1 (pésima) a 7 (excelente), obteniendo una puntuación general entre 0 y 100 que determinará la Calidad de Vida global y por áreas.

En base a varios estudios realizados como el de Arraras, Villafranca y Arias (2008), el cuestionario QLC-C30 satisface los criterios de: validez, estructura y confiabilidad necesarios para la aplicación, con un Alpha de Cronbach de cada una de las áreas superior al 0,7 y confiabilidad superior al 95%. Se evidencia que el cuestionario es eficaz en diversos tipos de cáncer en cualquier estadio, considerando población hospitalizada o ambulatoria. El cuestionario QLC-C30 cuenta con una versión para pacientes y otra con las mimas características para cuidadores, versión que cumplen con las mismas especificaciones en relación a validez, estructura y confiabilidad (Vinaccia & Quiceno, 2012). Resulta evidente, que en base a las características del reactivo es aplicable y adecuado para realizar un estudio.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de Investigación

El método general de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, mientras que el método específico es comparativo de grupos independientes. El presente proyecto es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo de corte transversal.

Método General

El método general de la investigación es el hipotético deductivo aplicado a las ciencias sociales y a la salud. En relación a este método hipotético deductivo, autores como Rodríguez y Pérez (2017) mencionan que: "Posibilita la reestructuración constante del sistema teórico, conceptual o metodológico de la investigación y, por tanto, se puede clasificar esencialmente como método para la construcción de conocimientos" (p.13). Dicho de otro modo, el método a usarse en la presente investigación permite que en base a la comprobación o refutación de la hipótesis el investigador pueda aportar al estado del arte, generando múltiples líneas de estudio que se podrán plantear en base a los resultados.

Método Específico

El método específico de la investigación es comparativo de grupos independientes. El método específico a utilizarse busca evaluar por medio de técnicas estadísticas, características comunes o diferentes entre las muestras representativas de la población (Aguayo, 2013), en el caso de la presente investigación una muestra de 30 pacientes oncológicos con sus respectivos cuidadores primarios. Posterior, se realizó una comparación entre las dos variables a evaluarse por medio de reactivos que presentan un adecuado nivel de confidencialidad y validez para otorgarle significancia a la investigación. En este caso se seleccionó el Cuestionario Escalas de Estrategias

de Coping Modificada (EEC-M) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española.

Enfoque

En relación al enfoque de la investigación, es de tipo no experimental, lo que implica que "número de características o variables no están sujetas, o no son receptivas a manipulación experimental o randomización" (Sousa, Driessnack & Mendes, 2007, p. 3). En otras palabras, el investigador realiza el estudio elaborando registros de un fenómeno, tal y como este se presenta a diario, sin alterar la condición del suceso y la recolección de información es directa sin ningún tipo de intervención. Este tipo de enfoque es viable a nivel hospitalario, puesto que condensa información que permitirá que próximos estudios puedan intervenir a nivel experimental, en búsqueda de otro tipo de resultados al alterar variables.

Modalidad

En cuanto a la modalidad de tipo cuantitativa, este es el medio más utilizado en los estudios regidos bajo el método científico. Para autores como Del Canto y Silva la investigación cuantitativa es más rica para la formación de conocimiento porque permite "construir teorías con base en el estudio de un fenómeno en una realidad determinada, integrada además en la complementariedad de métodos como estrategia del investigador para abordar el objeto de estudio en toda su dimensión" (2013, p.26). Es decir, la investigación cuantitativa generalmente le otorga mayor validez a la investigación por el tipo de herramientas utilizadas durante el proceso de estudio, y los estadísticos paramétricos o no paramétricos empleados, condición que genera mayor confidencialidad. Los resultados obtenidos por medio de la investigación cuantitativa, pueden ser medibles y cuantificables lo que genera que la hipótesis planteada sea aceptada o rechazada con mayor eficacia.

Alcance

En lo que se refiere al alcance de la investigación, este es exploratorio, descriptivo de corte transversal. Autores como Hernández, Fernández y Baptista (2004), señalan que los estudios exploratorios permiten "examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se han abordado antes" (p.114). Es decir, el estudio de alcance exploratorio permite por medio de la recolección de información aportar al estado del arte, comprobando o rechazando hipótesis, con el fin de que se realicen más investigaciones en relación al tema. Las nuevas investigaciones otorgan mayor cantidad de perspectivas y por tanto construyen conocimiento más sustentado. Es importante mencionar, que el alcance exploratorio representa la base de otro tipo de alcances que se despliegan del método.

A partir del alcance exploratorio, la presenta investigación sigue una línea de alcance descriptivo. Autores como Gómez y de León (2014) señalan que el método descriptivo es muy utilizado en investigaciones sociales pues brinda "la posibilidad de explicar e interpretar resultados, perfilar nuevos conocimientos, destacar lo peculiar de fenómenos conocidos, sistematizar la información distinguiendo las diferencias con fenómenos o casos similares" (p.229). Por tanto, el alcance de la investigación permitirá que, en base a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de reactivos, se pueda aportar al estado del arte. Por otro lado, dado que la investigación es descriptiva y comparativa de las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida entre pacientes oncológicos y cuidadores primarios, se podrá determinar explicar e interpretar resultados por medo de las diferencias y semejanzas a nivel de grupos independientes, en el caso pacientes y cuidadores.

En cuanto a la temporalidad y la cantidad de veces en que se recoge la información, la investigación emplea un corte transversal; es decir, una modalidad que permite medir la prevalencia de un fenómeno en un punto específico de tiempo y en participantes determinados. El corte transversal escogido en la investigación es adecuado pues el fin del estudio es realizar un análisis comparativo de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en grupos independientes, no se busca medir estrategias y calidad de vida durante todo el período de

enfermedad o a través de estadios. El fin de la investigación es establecer diferencias en pacientes y cuidadores, sin importar el momento de la enfermedad.

2.2.Técnicas y Herramientas

2.2.1. Técnicas

Se utilizaron dos técnicas para la realización de la investigación, como la observación científica por medio de la ficha sociodemográfica Ad Hoc y la recolección de información por medio de la entrevista psicológica. En base a las técnicas mencionadas, se logrará comprobar o rechazar la hipótesis planteada, situación que permitirá establecer conclusiones y recomendaciones que aporten al estado del arte.

Observación Científica

La observación científica permite generar nuevas hipótesis en relación al problema, además la indagación en el problema promueve conclusiones de mejor calidad. En cuanto a esta primera técnica permite "observar un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe que es lo que desea observar y para que quiere hacerlo" (Díaz, 2011, p.7). Por tanto, esta técnica es adecuada en el presente estudio para orientar la investigación en base a los objetivos planteados. La investigación permitirá determinar y comparar estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos y cuidadores. La información evidenciable por medio de la observación científica se sintetizará en la ficha sociodemográfica donde se detallan los datos relevantes de pacientes y cuidadores primarios.

Entrevista psicológica estructurada

La entrevista psicológica estructurada es muy utilizada en investigaciones de ciencias sociales, se orientó por medio de técnicas psicométricas seleccionadas para estrategias de afrontamiento y calidad de vida. En cuanto a estas técnicas, su fin es aportar objetividad a la investigación, tienen como fin que la "psicología sea cada vez más científica, y así, poder satisfacer las

necesidades de nuestras comunidades basadas en mediciones, que puedan ser comprobadas, para luego ser mejoradas" (Livia & Ortiz, 2014, p. 4). Resulta evidente concluir, que la aplicación de los reactivos les otorgará confiabilidad a los resultados puesto que se rigen por pruebas de comprobación que le otorgan un nivel de validez en base a estudios previos de cada una de las técnicas en diferentes poblaciones.

2.2.2. Herramientas

Las herramientas utilizadas para la presente investigación fueron: la ficha Ad Hoc sociodemográfica estructurada, y dos reactivos de medición psicológica: Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española.

Ficha Ad Hoc sociodemográfica

En relación a la ficha sociodemográfica, que es un cuestionario estructurado en base a las características de la población (Anexo 2), se recopilaron los datos generales de los participantes de la investigación, aspectos divididos en dos áreas: en primer lugar, las variables sociales, que contienen datos como: datos informativos, organización familiar, tipo de familia, nivel educativo, nivel económico y actividades extracurriculares. En segundo lugar se abarcaron las variables clínicas, que contienen datos como: apreciación de la salud, diagnóstico, tratamiento, antecedentes psicológicos, entre otros. Las preguntas del cuestionario se adecuaron a los dos grupos independientes, si se trataba del paciente o del cuidador.

Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)

Es un instrumento adaptado a la población Colombiana del Cuestionario de Escala de Estrategias de Coping (EEC-R) de Chorot y Sadín (1993) que constaba de nueve escalas distribuidas en 98 preguntas. El cuestionario (EEC-M) adaptado a población colombiana tras la revisión consta de 12 escalas distribuidas en 69 preguntas con opción de respuesta una escala

de tipo Likert del 1 al 6, las escalas añadidas a la versión EEC- M fueron: espera, apoyo profesional y autonomía. Los 12 factores o escalas establecidos por Londoño, Henao, Puerta, Posada y Aguirre (2006), que abarca el cuestionario (EEC.M) son:

- Solución de problemas (Factor 1): Es la capacidad de reconocer el momento adecuado para resolver el problema, considerando factores a favor y en contra en ese momento. La solución de problemas representa un análisis y planificación para alterar una situación negativa a favor del individuo.

- Apoyo social (Factor 2): Se refiere al soporte brindado y reconocido por las diferentes redes de apoyo del sujeto, como: amigos o familiares. El factor 2 se relaciona con el afecto, dado que al enfrentar un suceso estresante el soporte social genera mejores estrategias de resolución. Es decir, gracias a las redes de apoyo la experiencia estresante parece menor o solucionable.

- Espera (Factor 3): Se relaciona con el pensamiento de que un problema puede solucionarse con el pasar del tiempo, el factor 3 guarda relación con un sujeto pasivo que pretende que el tiempo de un final positivo a cualquier suceso estresor, considerando que no existe la necesidad de intervenir en el conflicto. El factor espera es la primera escala adicionada al EEC-R para obtener la versión EEC-M

- Religión (Factor 4): La creencia de un ser superior influye en la manera de afrontar un problema, representa una fuente de motivación ante el problema dada la necesidad de los seres humanos de creer en algo. El pensar que existe un Dios de cualquier tipo, otorga al sujeto la posibilidad de siempre sentirse acompañado en la resolución del conflicto.

- Evitación emocional (Factor 5): Es la movilización de recursos propios para eludir las emociones, puesto que el sujeto considera estas respuestas emocionales ante el conflicto como negativas o perjudiciales en la resolución. El factor asociado a evitación emocional puede ser positivo a medida como la mayoría de estrategias de afrontamiento. Sin

embargo, en exceso representa la evasión en emociones naturales y necesarias ante un estresor.

- Apoyo profesional (Factor 6): Es la búsqueda de información y nuevas alternativas otorgadas por un profesional para afrontar los problemas de un modo más sano. La nueva perspectiva en base al conocimiento mejora la percepción de control sobre el estresor y su posibilidad de resolución, disminuyendo el nivel de estrés.

- Reacción agresiva (Factor 7): Es la expresión inadecuada de las respuestas emocionales ante el estresor, principalmente de la ira. Se considera una estrategia dirigida a la emoción, puesto que la expresión de la ira hacia sí mismo o hacia los demás disminuye la carga emocional generada por el conflicto, se espera que posterior al uso de esta estrategia se emplee una más positiva.

- Evitación cognitiva (Factor 8): El factor de evitación cognitiva es eludir pensar en el problema por medio de la sustitución con otras actividades o pensamientos considerados positivos. La evitación cognitiva representa distanciamiento y negación ante el problema.

- Reevaluación positiva (Factor 9): Se relaciona a reconocer las condiciones positivas del problema, ante un estresor la reevaluación positiva permite tolerar el conflicto de un modo sano e identificar el aprendizaje en medio del suceso. Es una estratega activa, considerada una de las más productivas y sanas puesto que se encuentra centrada en el problema y la emoción con búsqueda de desarrollo personal del sujeto.

- Expresión de la dificultad de afrontamiento (Factor 10): Se refiere a la capacidad del individuo para dar a conocer la dificultad que implica la resolución del conflicto, en el caso de ser un afrontamiento positivo la expresión de la dificultad por medio de emociones, permitirá la resolución del conflicto en base a cogniciones. Es evidente, que

la expresión de la dificultad de afrontamiento representa una de las primeras estrategias utilizadas para resolución, que será seguida de otras más.

- Negación (Factor 11): Representa la distorsión del problema y consecuencias debido a la ausencia de aceptación del conflicto. Es decir, el individuo trata de actuar como si el estresor no se hubiese dado. El fingir que el problema no surgió, permite que el sujeto tolere el estado emocional.

- Autonomía (Factor 12): Se relaciona con la resolución del conflicto por medio de los recursos propios del individuo. El fin de la estrategia de autonomía es resolver problemas independientemente de apoyo social y profesional. La autonomía representa otra de las dimensiones añadidas al EEC- M.

El EEC-M adaptado a población colombiana tiene un nivel de confiabilidad mayor al 95% y el alfa de Cronbach de la prueba definitiva fue de 0,847 y una varianza del 58% (Londoño, Henao, Puerta, Posada & Aguirre, 2006), propiedades psicométricas que no varían significativamente del EEC-R que tiene un alfa de Cronbach de 0,893 y una varianza del 60,4%. En base a las características del reactivo adaptado a población colombiana, se identificaron propiedades psicométricas y validez estructural adecuadas para la aplicación y difusión.

A continuación, se presentan los datos de fiabilidad del EEC-M obtenidos por medio de coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach (α). Lo cual permite determinar que las respuestas emitidas por parte de los sujetos examinados mantengan cierta regularidad, independientemente de a quien se apliquen.

Tabla 1.
Análisis de la consistencia interna del EEC-M

Dimensiones	Ítems	Alfa
Solución de Problemas (SP)	9	0,860
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	7	0,814
Espera (ESP)	9	0,856
Religión (REL)	7	0,855
Evitación Emocional (EE)	8	0,821
Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP)	5	0,884
Reacción Agresiva (RA)	5	0,890
Evitación Cognitiva (EC)	5	0, 841
Reevaluación Positiva (RP)	5	0,882
Expresión de la Dificultad (EDA)	4	0,852
Negación (NEG)	3	0,864
Autonomía (AUT)	2	0,810
Suma Global	69	0,857

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

En base a los datos obtenidos se determina que el EEC-M es confiable y corrobora la homogeneidad y direccionalidad de los ítems que componen el cuestionario, puesto que la consistencia general y por áreas es buena para el empleo del reactivo.

Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española.

Es una técnica psicométrica específica para condiciones de cáncer creada por el grupo EORTC. Es un reactivo que se ha adaptado alrededor de 80 idiomas, en el caso de la investigación se utilizará la versión española. El fin del reactivo es identificar la Calidad de Vida en presencia del cáncer tanto en pacientes como en cuidadores primarios. El reactivo arroja como resultados tres dimensiones: área de funcionamiento, área de síntomas y área global determinadas por escalas ítem y multi ítem (Cruz, Moreno & Angarita, 2013). Las dimensiones del EORTC QLQ-C30 versión española son:

- Área de funcionamiento: La primera dimensión se refiere a la evaluación de funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional,

funcionamiento cognitivo y funcionamiento social. Es decir, evalúa que tan eficaz es el sujeto en diferentes áreas der su vida, condición que influye en su calidad de vida.

- Área de síntomas: Esta dimensión se relaciona con la evaluación de síntomas como: fatiga, dolor, náuseas, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e incluso el impacto económico. Se realiza evaluación de esta área a nivel general y en relación a las dos últimas semanas, condición que afecta el bienestar del sujeto.

- Área global: El área global del EORTC QLQ-30 representa la apreciación subjetiva del sujeto en relación a su estado de salud y a su calidad de vida, percepción que se describe en una escala del 1 (pésima) al 7 (excelente).

El Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer consta de 30 ítems en total, de las cuales 28 preguntas son de tipo Likert de 1 (en absoluto) a 4 (mucho) y dos preguntas en escala Likert de 1 (pésima) a 7 (excelente), obteniendo una puntuación general entre 0 y 100 que determinará la Calidad de Vida global. La primera área es de funcionamiento, considerando: función física, actividades cotidianas, rol emocional, función cognitiva y función social. La segunda área es de síntomas, considerando: fatiga, dolor, náuseas, disnea, insomnio, entre otros. Finalmente, la escala global que considera factores objetivos y subjetivos restantes, es el individuo quien da un valor global a su estado de salud y calidad de vida en los dos últimos ítems, lo cual probablemente se valide con sus respuestas anteriores en el área de funcionamiento y síntomas. A nivel general:

- Una puntuación alta en la escala funcional, representa un buen nivel de calidad de vida pues el individuo puede realizar actividades sin mayor complicación.
- Una puntuación alta en la escala de síntomas, representa una disminución en la calidad de vida pues se relaciona con la salud objetiva, y síntomas específicos como: diarrea, estreñimiento, fatiga, entre otros.
- Una puntuación alta en la escala global, representa una mejor calidad de vida.

En cuanto a las características psicométricas del reactivo, autores como Arraras, Villafranca y Arias (2008) señalan que el cuestionario QLC-C30 satisface los criterios de: validez, estructura y confiabilidad necesarias para la aplicación y difusión, con un Alpha de Cronbach entre el 0,7 y 0,86. Se evidencia que el cuestionario es uno de los más utilizados en Europa y América para medir calidad de vida en la población, es eficaz en diversos tipos de cáncer en cualquier estadio, considerando población hospitalizada o ambulatoria.

A continuación, se presentan los datos de fiabilidad del EORTC QLQ-C30 obtenidos por medio de coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach (α). Lo cual permite determinar que las respuestas emitidas por parte de los sujetos examinados mantengan cierta regularidad, independientemente de a quien se apliquen.

Tabla 2.
Análisis de la consistencia interna del EORTC QLQ-C30 versión española

Dimensiones	Ítems	Alfa
Área de Funcionamiento	13	0,810
Área de Síntomas	17	0,814
Área Global	30	0,840

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

En base a los datos obtenidos se determina que el EORTC QLQ-C30 es confiable y corrobora la homogeneidad y direccionalidad de los ítems que componen el cuestionario, puesto que la consistencia general y por áreas es aceptable para el empleo del reactivo.

2.3.Participantes

El estudio se realizó con los pacientes oncológicos y sus respectivos cuidadores primarios en la Unidad Solca Tungurahua, seleccionando una muestra representativa de cada grupo independiente.

Población

Los participantes de la investigación fueron los pacientes oncológicos y cuidadores primarios de: consulta externa, hospitalización y quimioterapia ambulatoria en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua (durante el periodo octubre- noviembre 2018). La población estimada es de 100 a 150 casos en base a la estadística brindada por Dirección Médica de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.

Muestra

La muestra comprende 60 participantes, quienes son 30 pacientes oncológicos adultos y sus 30 respectivos cuidadores primarios. El tamaño de la muestra se determinará considerando la población y condición hospitalaria de los pacientes, a su vez de los estadísticos que se seleccionaron para la tabulación de la información recolectada; debido al tipo de investigación se seleccionó: U de Mann Whitney. En relación al estadístico no paramétrico U de Mann Whitney, se trata de "una prueba equivalente a la prueba T de Student denominada que se utiliza cuando la variable dependiente no es cuantitativa y tiene un carácter ordinal o cuando el tamaño de los grupos es reducido (inferior a 30 casos), aunque se cuente con variables respuesta o dependientes cuantitativas" (Olea, 2015).

Muestreo

A su vez, se utilizará un muestreo de casos extremos, debido a la condición clínica de una enfermedad terminal como el cáncer. El muestreo de casos extremos selecciona "casos que son ricos en información a causa de que son inusuales o especiales en alguna forma" (Sandoval, 1996, p.122). Dicho de otro modo, este tipo de muestreo elige casos específicos con el fin de enfatizar o comprender situaciones más variables, el objetivo no es universalizar a toda la población que no ha sido estudiada sino desarrollar con mayor amplitud determinadas características (Ulin, 2006). Tales condiciones son adecuadas debido a que la muestra debe presentar características específicas, es decir que los participantes se determinaron por muestreo de casos extremos con criterios de inclusión como: pacientes adultos, atravesar un proceso

oncológico, recibir tratamiento en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua, nivel de conciencia adecuado. Mientras que los criterios de exclusión fueron: ser menores de 18 años, encontrarse en cuidados paliativos, dificultad para acceder al cuidador primario.

Características de la Muestra

Esta sección está comprendida por el análisis de las características sociodemográficas de los participantes de la muestra en la investigación, las cuales se hallan divididas en dos categorías principales. La primera corresponde al análisis de las variables sociodemográficas de los participantes a nivel de pacientes y cuidadores, la segunda está conformada por las variables clínicas de los pacientes.

La investigación comprendió un proceso de evaluación psicológico en 60 participantes. Para fines investigativos los participantes fueron divididos en dos grupos: a) el grupo de 30 pacientes y b) el grupo de sus respectivos cuidadores.

Variables sociodemográficas de la muestra

La primera tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra (cuidadores y pacientes), las mismas que están conformadas por: edad, sexo, autodefinición étnica, estado civil, procedencia, tipo de familia, nivel educativo, situación económica, apreciación de la salud, tratamiento psicológico y antecedentes psicológicos. Los resultados están distribuidos en los grupos anteriormente establecidos, las variables cualitativas se presentan con la frecuencia (f) y la representación porcentual ($\%$), mientras que las variables cuantitativas, en este caso edad, se expresan en medidas de distribución: media ($\dot{X}$) y desviación estándar (σ). Para determinar las diferencias entre los grupos, se empleó la Prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2).

Tabla 3.
Análisis Sociodemográfico de la Muestra

Edad	***Media $\dot{X}$***		***Desviación Estándar σ***		
	43,87		*11,25*		
Variables Sociodemográficas	***Pacientes***		***Cuidadores***		***Contraste X^2***
	Frec.	***%***	***Frec.***	***%***	
Sexo					
Masculino	6	20%	8	26,7%	0,542
Femenino	24	80%	22	73,3%	
Autodefinición étnica					
Mestizo	28	93,3%	26	86,7%	0,389
Indígena	2	6,7%	4	13,3%	
Estado Civil					
Soltero/a	5	16,7%	8	26,7%	0,406
Casado/a	17	56,7%	19	63,3%	
Viudo/a	3	10%	1	3,3%	
Unión Libre	3	10%	2	6,7%	
Procedencia					
Zona Urbana	19	63,3%	18	60%	0,791
Zona Rural	11	36,7%	12	40%	
Tipo de Familia					
Nuclear	13	43,3%	15	50%	
Monoparental	3	10%	3	10%	0,862
Extendida	14	46,7%	12	40%	
Nivel Educativo					
Bajo	12	40%	9	30%	
Medio	13	43,3%	16	53,3%	0,691
Alto	5	16,7%	5	16,7%	
Situación Económica					
Mala	2	6,7%	2	6,7%	
Regular	13	43,3%	11	36,7%	0,847
Buena	13	43,3%	16	53,3%	
Muy Buena	2	6,7%	1	3,3%	
Apreciación salud					
Mala	2	6,7%	0	0%	
Regular	16	53,3%	7	23,3%	0,011
Buena	12	40%	19	63,3%	
Muy Buena	0	0%	4	13,3%	
Tratamiento Psicológico					
Si	13	43,3%	10	33,3%	0,426
No	17	56,7%	20	66,7%	
Antecedentes Psicológicos					
Si	6	20%	1	3,3%	0,051
No	24	80%	29	96,7%	

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

La edad de los participantes de la investigación se ubica en una media de $\dot{X} = 43,87$ años con una desviación de $\sigma = 11,25$. Lo que revela que el grupo de pacientes y cuidadores se encuentra constituido por adultos intermedios.

En la variable sexo se encontró que el *80%* de la muestra de pacientes corresponde al sexo femenino y el *20%* pertenece al sexo masculino; mientras que el grupo de cuidadores están constituidos por un *73,3%* correspondiente al sexo femenino y un *26,7%* perteneciente al sexo masculino. El diagnóstico de cáncer es más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, la mayor tasa de personas que reciben tratamiento continuo en centros especializados son pertenecientes al sexo femenino, con mayor probabilidad de supervivencia y seguimiento (Borrás, 2015). Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos $X^2 = 0,542$, debido a que en ambos grupos predomina el sexo femenino.

En la variable autodefinición étnica se evidenció que un *93,3%* de la muestra de pacientes es correspondiente a mestizos y un *6,7%* perteneciente a indígenas, ningún participante de la muestra de pacientes se identificó como blanco o afroecuatoriano; mientras que en relación a los cuidadores un *86,7%* correspondiente a mestizos y un *13,3%* perteneciente a indígenas, de igual modo no existieron cuidadores con identificación étnica blanca o afroecuatoriana. Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos $X^2 = 0,389$ pues la distribución entre grupos es semejante.

En la variable estado civil los resultados fueron que la muestra de pacientes está conformada un *16,7%* son soltero/a, el *56,7%* es casado/a, el *10%* es viudo/a y el *10%* corresponde a unión libre. Mientras que en la muestra de cuidadores un *26,7%* es soltero/a, un *63,3%* es casado/a, un *3,3%* es viudo y un *6,7%* está en una unión libre; en ninguno de los dos grupos se contó con participantes divorciados. Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos $X^2 = 0,406$ demostrando que los grupos en relación al estado civil son semejantes. En relación a la variable procedencia se reveló que un *63,3%* de la muestra de pacientes es perteneciente a la zona urbana y un *36,7%* perteneciente a la zona rural; mientras que en relación al grupo de cuidadores un *60%* correspondiente a la zona urbana y un *40%* a la

zona rural. Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas grupos $X^2=0,791$ debido a que en ambos grupos predomina la procedencia urbana.

En la variable tipo de familia se encontró que un *43,3%* de la muestra de pacientes es perteneciente a familias nucleares, un *10%* a familias monoparentales y un *46,7%* a familias extendidas. Mientras que en relación al grupo de cuidadores un *50%* perteneciente a familias nucleares, el *10%* a familias monoparentales y un *40%* a familias extendidas. Se determinó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos $X^2 =0, 862$ pues la distribución es semejante. En cuanto a la variable nivel educativo se concluyó que un *40%* de la muestra de pacientes es correspondiente a un nivel instructivo bajo, un *43,3%* a nivel instructivo medio y un *16,7%* nivel instructivo alto. Mientras que en relación al grupo de cuidadores un *30%* es perteneciente a nivel instructivo bajo, un *53,3%* a nivel instructivo medio y un *16,7%* a nivel instructivo alto. Por tanto, no existen diferencias estadísticamente significativas $X^2 =0, 691$ al existir distribución semejante.

En la variable situación económica se halló que un *6,7%* de la muestra de pacientes es perteneciente a nivel económico malo, un *43,3%* a nivel económico regular, un *43,3%* a nivel económico bueno y un *6,7%* nivel económico muy bueno. Mientras que en relación al grupo de cuidadores un *6,7%* correspondiente a nivel económico malo, un *36,7%* a nivel económico regular, un *53,3%* nivel económico bueno y un *3,3%* nivel económico muy bueno. Se concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas $X^2 =0,847$ pues ambos grupos tienen distribución semejante.

En la variable apreciación de la salud se concluyó que un *6,7%* de la muestra de pacientes tiene percepción de salud mala, un *53,3%* regular, un *40%* buena y un *0%* muy buena. Mientras que en relación al grupo de cuidadores un *0%* tiene percepción de salud mala, un *23,3%* regular, un *63,3%* buena y un *13,3%* muy buena. Se evidenció en relación a las variables sociodemográficas de ambos grupos, la apreciación de salud es la única en la que existen diferencias estadísticamente significativas $X^2 =0,011$ pues la distribución entre grupos no es semejante. Dicho resultado, es esperable debido a las condiciones clínicas de los pacientes hospitalizados o en procesos de quimioterapia a quienes se les aplicaron los reactivos. A pesar, de las

diferencias estadísticamente significativas es llamativa la corta diferencia de grupos correspondiente a percepción de salud buena, se relaciona a que la a apreciación de la salud "es un concepto que se modifica dependiendo de la edad, lo cual apoya la concepción subjetiva del constructo" (Sánchez-Pedraza, Ballesteros & Anzola, 2010). Es decir, la media del grupo de pacientes y cuidadores corresponde a una distribución semejante de adultos intermedios, debido a esta similitud de grupos la percepción de salud en parte se influencia por la edad de los participantes.

En cuanto a la variable tratamiento psicológico donde se trata de evidenciar que pacientes están acudiendo a terapia con un profesional de manera constante, se estableció que un *43,3%* de la muestra de pacientes acude a proceso terapéutico y un *56,7%* no lo hace. Mientras que en relación al grupo de cuidadores un *33,3%* acude a proceso terapéutico y un 66,7% no. En base a los resultados, no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos $X^2 = 0{,}426$ con predominio de la inasistencia a un profesional en salud mental.

Finalmente, en la variable antecedentes psicológicos, se determinó que un *20%* de la muestra de pacientes tiene antecedentes psicológicos y un *80%* no presenta ningún antecedente o señala desconocimiento. Mientras que en relación al grupo de cuidadores un *3,3%* tiene antecedentes psicológicos y un *96,7%* no. Por tanto, se concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 0{,}051$ debido a que la distribución en cuanto a la variable es semejante, con predominio de la ausencia de antecedentes psicológicos. Sin embargo, la significancia obtenida en parte se relaciona con el número de participantes por grupo en la investigación.

Variables clínicas de la muestra de pacientes

La segunda tabla corresponde al análisis de las características de las variables clínicas de los pacientes, condición en la que no se evaluó a los cuidadores. Las variables consideradas fueron: diagnóstico oncológico, origen de recursos, número de consultas, número de internaciones, tratamiento y persona encargada. Las variables se presentan con la frecuencia (*f*) y la representación porcentual (*%*). En las variables clínicas no se utilizó la la Prueba Chi cuadrado

de Pearson (X^2), puesto que no se realizó comparación por grupos al solo ser necesarios los datos de pacientes.

Tabla 4.
Análisis Clínico de la Muestra de Pacientes

Variables Clínicas	***Pacientes***	
	Frec.	***%***
Diagnóstico Oncológico		
Mama	5	16,7%
Gástrico	14	46,7%
Próstata	5	16,7%
Cérvix	6	20%
Origen de Recursos		
Personales	5	16,7%
Convenios	25	83,3%
# Consultas		
1-10	6	20%
11-20	8	26,7%
21-30	10	33,3%
31-40	5	16,7%
Más	1	3,3%
# Internaciones		
Ninguna	1	3,3%
1-5	19	63,3%
6-10	4	13,3%
11-15	5	16,7%
Más	1	3,3%
Tratamiento		
Cirugía	12	40%
Quimioterapia y Cirugía	17	56,7%
Quimioterapia	1	3,3%
Persona encargada		
Padres	2	6,7%
Pareja	11	36,7%
Hijos	11	36,7%
Otros	6	20%

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

En la variable diagnóstico oncológico se encontró que un *16,7%* de los pacientes tiene cáncer de mama, un *46,7* cáncer gástrico, el *16, 7* cáncer de próstata y el *20%* cáncer de cérvix. En la muestra examinada no se evidenció otro tipo de diagnóstico, resultados que empatan con el predominio de tipos de cáncer atendidos en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua. En base a un registro nacional de los tipos de cáncer más comunes en las últimas tres décadas, los estudios establecieron que son: gástrico y colón, mama, próstata, tiroides y piel (Corral, Ayala, Yépez &

Tarupi, 2018). Resultados que empatan con los participantes del estudio, es importante mencionar que el cáncer de tiroides y piel, con frecuencia no se atiende por largos períodos en hospitalización y quimioterapia donde fue recogida la muestra. En la variable origen de recursos se estableció que un *16,7%* de los pacientes accede al tratamiento por medio de recursos personales y un *83,3%* por medio de convenio con entidades como: IESS, MSP, entre otros.

En la variable número de consultas, se concluyó que un *6%* de los pacientes ha recibido entre *1-10* consultas, un *26,7%* entre *11-20* consultas, un *33,3%* entre *21-30* consultas, un *16, 7%* entre *31-40* consultas y un *3,3%* de *40* consultas en adelante. Dichos resultados, denotan que la mayor parte de la muestra ha recibido al menos *21* consultas en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua. En cuanto a la variable número de internaciones, se encontró que un *3,3%* de los pacientes nunca ha sido internado, un *63,3%* 1 *a 5* veces, un *13,3%* 6 *a 10* veces, un *16,7% 11 a 15* veces, y un *3,3% 15 veces en adelante*. Los resultados obtenidos, evidencian que casi el *70%* de la muestra no ha sido internado por más de 5 veces.

En cuanto a la variable tratamiento, los resultados fueron que un *40%* de los pacientes han recibido cirugía, un *3,3%* quimioterapia y un *56,7%* cirugía en conjunto con quimioterapia. Cabe mencionar que los tratamientos anteriormente mencionados son los disponibles en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua; en el caso de tratamientos como: radioterapia, yodoterapia o inmunoterapia se refiere a Quito. Finalmente, en relación a la persona encargada, se encontró que un *6,7%* de los pacientes tiene como cuidador primario a sus padres, un *36,7%* a su pareja, un *36,7%* a sus hijos y un *20%* a otros, que en la mayoría de los casos se relacionaba con hermanos o cuidadores contratados por los familiares. Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer generalmente son la pareja, los hijos o cualquier familiar cercano del paciente, se encargan de brindar apoyo emocional y en actividades (Moreno, Salazar & Tejada, 2018). Resulta evidente, que la mayor parte de los pacientes son atendidos en casa por su núcleo primario de apoyo, información que empata con los resultados obtenidos de la muestra de participantes.

2.4.Procedimiento Metodológico

Para la realización de la investigación se procedió a recolectar bibliográficamente toda la información relacionada con el tema de estudio, para posteriormente a ello realizar un análisis exhaustivo sobre dicha información. Posteriormente, se procedió a seleccionar los instrumentos psicométricos para la investigación de las variables de estudio, identificando su nivel de validez y confiabilidad. La investigación conto con la participación de 30 pacientes oncológicos con sus respectivos 30 cuidadores primarios Septiembre- Noviembre 2018 de las diferentes áreas de tratamiento de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua.

La recolección de la información se la realizó individualmente, en el caso del paciente y su respectivo cuidador, considerando un tiempo estimado de 20 minutos por aplicación. La aplicación de los reactivos en todas las áreas de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua se la realizó en los meses de septiembre a noviembre 2018. Los pacientes y cuidadores fueron asistidos para responder la información debido a la condición de la población hospitalaria, siendo aplicados: la carta de consentimiento informado; la ficha sociodemográfica y los cuestionarios en el siguiente orden: Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española.

Posteriormente a la recolección de información, se procedió a tabular e interpretar los datos obtenidos a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 21, el cual es un software estadístico cuya función es analizar datos y realizar ilustraciones gráficas de las interpretaciones estadísticas. Tras contar con toda la información de la ficha sociodemográfica y reactivos aplicados en el SPSS, se procedió a realizar un análisis con estadísticos descriptivos. Posteriormente, se aplicaron pruebas no paramétricas, en el caso de la investigación y por el número de participantes se ha considerado el estadístico U de Mann- Whitney.

De esta forma se ha llegado a la formación de nuevos conocimientos con respecto a las diferencias entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida entre pacientes oncológicos y cuidadores primarios, con el objetivo de que en un futuro se realicen nuevas investigaciones

para plantear diversas propuestas de intervención y prevención en la población oncológica y cuidadores primarios en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis descriptivo

A continuación, se realizará un análisis descriptivo de los datos recolectados por medio de los reactivos: *Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M*), que evalúa Estrategias de Afrontamiento y el *Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española*, que valora Calidad de Vida.

3.1.1. Estrategias de Afrontamiento

Los resultados de la variable Estrategias de Afrontamiento están distribuidos en dos grupos: pacientes y cuidadores. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de distribución: media ($\dot{X}$) y desviación estándar (σ).

Tabla 5.
Análisis Descriptivo Estrategias de Afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Pacientes		Cuidadores	
	Media	**Desviación Estándar**	**Media**	**Desviación Estándar**
Solución de Problemas (SP)	41,03	5,63	39,67	9,85
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	28,93	7,27	24,13	5,81
Espera (ESP)	29,53	7,99	30,23	8,49
Religión (REL)	36,30	4,19	32,07	7,74
Evitación Emocional (EE)	23,67	6,08	28,83	8,06
Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP)	16,03	6,60	14,40	5,12
Reacción Agresiva (RA)	13,70	5,32	11,80	5,19
Evitación Cognitiva (EC)	22	4,91	22,63	4,80
Reevaluación Positiva (RP)	23,07	4,80	24,23	4,11
Expresión de la Dificultad (EDA)	11,43	3,13	11,37	2,93
Negación (NEG)	10,77	3.62	11,50	3,35
Autonomía (AUT)	6,33	1,94	5,53	1,53

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

La tabla corresponde a las Estrategias de Afrontamiento, valorada tras la aplicación del Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), que está conformado por 12 dimensiones: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad del afrontamiento, negación y autonomía, sobre una muestra (cuidadores y pacientes) respectivamente.

En la dimensión *Solución de Problemas* se encontró que la media de la muestra de pacientes es de (*41, 03)* y una desviación estándar de (*5,63)*. Mientras que, en relación al grupo de cuidadores la media es de (*39, 67)* y la desviación estándar de (*9,85)*. En cuanto a la dimensión *Búsqueda de Apoyo Social* la media de la muestra de pacientes es de (*28,93)* y la desviación estándar de (*7,27).* Por otro lado, en la muestra de cuidadores la media corresponde a (*24,13)* y la desviación estándar a (*5,81)*. En relación a la tercera dimensión correspondiente a *Espera* el grupo de pacientes tiene una media de (*29,53)* y la desviación estándar es de (*7,99)*. Mientras que, la media del grupo de cuidadores es de (*30,43)* y la desviación estándar de (*8,49).*

Respecto a la dimensión *Religión* la media del grupo de pacientes es de (*36,30)* y la desviación estándar de (*4,19)*. En el grupo de cuidadores, los datos recolectados revelan que la media es de (*30,23)* y la desviación estándar de (*8,49).* En la dimensión *Evitación Emocional* se encontró que la media de la muestra de pacientes es de (*23,67)* y la desviación estándar de (*6,08)*. Por otro lado, la media de la muestra de cuidadores es de (*28,83)* y la desviación estándar de (*8,06)*. En cuanto a la dimensión *Búsqueda de Apoyo Profesional* la media del grupo de pacientes es de (*16,03)* y la desviación estándar de *(6,60).* Mientras que, en el grupo de cuidadores la media es de *(14,40)* y la desviación estándar de *(5,12)*.

En relación a la dimensión *Reacción Agresiva* el grupo de pacientes tiene una media de *(13,70)* y una desviación estándar de *(5,32).* Por otro lado, el grupo de cuidadores tiene una media de *(11,80)* y una desviación estándar de *(5,19).* Acerca de la dimensión *Evitación Cognitiva*, se evidencia que la media del grupo de pacientes es de *(22)* y la desviación estándar de *(4,91)*. En el caso del grupo de cuidadores la media es de *(22,63)* y la desviación estándar de *(4,80).* En la dimensión *Reevaluación Positiva* se encontró que la media del grupo de cuidadores es de *(23,07)*

y la desviación estándar de *(4,80)*. En cuanto al grupo de cuidadores la media es de *(24,23)* y la desviación estándar de *(4,11)*.

Respecto a la dimensión *Expresión de la Dificultad del Afrontamiento* la media del grupo de pacientes es de *(11,43)* y la desviación estándar de *(3,13)*. En el caso del grupo de cuidadores la media es de *(11,37)* y la desviación estándar de *(2,93)*. En referencia a la dimensión *Negación* se encontró que la media del grupo de pacientes es de *(10,77)* y la desviación estándar de *(3,62)*. En cuanto al grupo de cuidadores la media es de *(11,50)* y la desviación estándar de *(3,35)*. Finalmente, en consideración de la dimensión *Autonomía* se encontró que la media del grupo de pacientes es de *(6,33)* y la desviación estándar de (*1,94)*. En relación al grupo de cuidadores la media es de *(5,53)* y la desviación estándar de *(1,53)*.

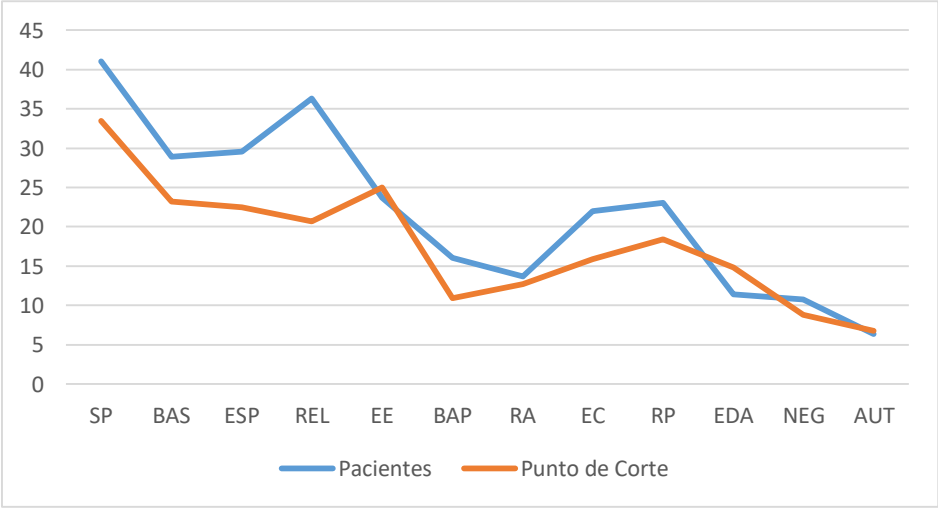


Figura 1. *Puntos de Corte Pacientes Estrategias de Afrontamiento*

La figura muestra los datos obtenidos en las dimensiones que conforman el Cuestionario Escalas de Estrategias de *Coping Modificada (EEC-M)*, en la mayoría de dimensiones los pacientes se encuentran por encima del punto de corte. Los datos obtenidos corroboran resultados de investigaciones previas, donde al aplicar el *EEC-M* se evidenció que estrategias como: evitación cognitiva, evitación comportamental, religión, solución de problemas, reacción agresiva, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo emocional, espera se utilizaban por sobre la media (Pérez, Gonzalez, Mieles & Uribe, 2017). Además, los autores mencionan que dimensiones

como: expresión de dificultad de afrontamiento y evitación emocional suelen encontrarse por debajo del punto de corte, lo cual empata con lo obtenido en la investigación.

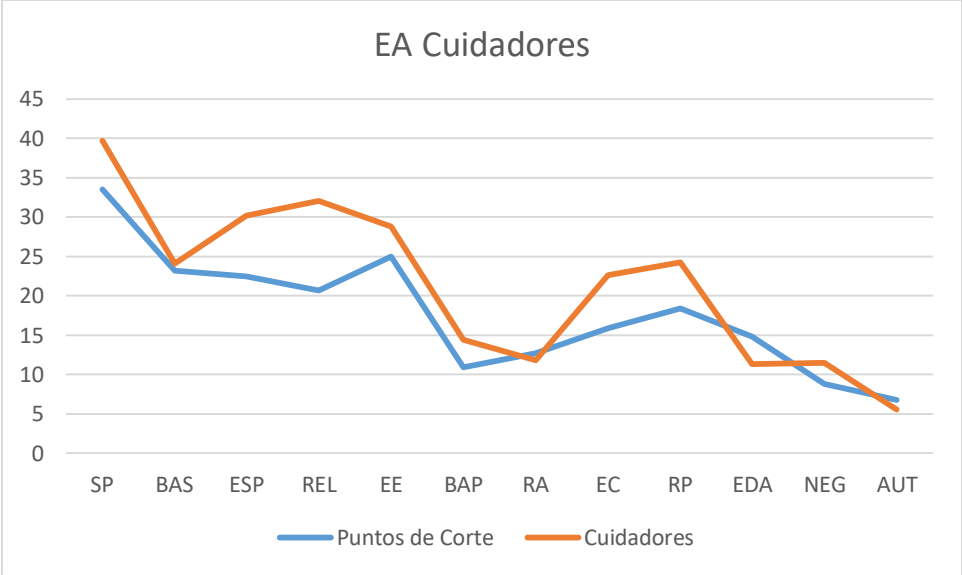


Figura 2. *Puntos de Corte Cuidadores Estrategias de Afrontamiento*

La figura muestra los datos de las dimensiones que conforman el Cuestionario Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), en la mayoría de dimensiones los cuidadores se encuentran por encima del punto de corte, a excepción de: reacción agresiva, dificultad en la expresión del afrontamiento y autonomía. Es importante mencionar, que la distribución sobre el punto de corte es semejante en pacientes y cuidadores. Los datos obtenidos corroboran investigaciones realizadas antes como la de Flórez y Klimenko (2011), donde se encontró que a pesar de las diferencias entre grupos estas no eran estadísticamente significativas pues en base a los resultados, la enfermedad se enfrenta de modo semejante en la mayoría de estrategias.

En relación a las estrategias de afrontamiento que se encuentran encima del punto de corte, autores como Chango (2015), mencionan que dimensiones como: expresión emocional, solución de problemas, espera, religión y evitación comportamental se utilizan con mayor frecuencia a lo esperado en cuidadores de pacientes oncológicos. El mismo autor señala que probablemente la semejanza en estrategias se debe a que los cuidadores usualmente son pertenecientes al núcleo primario del paciente, lo cual influye en la manera en que se enfrenta el proceso de diagnóstico y tratamiento pues la identificación es mayor.

3.1.2. Calidad de Vida

Los resultados de la variable Calidad de Vida están distribuidos en los grupos de participantes correspondientes a pacientes y cuidadores. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de distribución: media ($\dot{X}$) y desviación estándar (σ).

Tabla 6.
Análisis Descriptivo Calidad de Vida

Calidad de Vida	*Pacientes*		*Cuidadores*	
	Media	***Desviación Estándar***	***Media***	***Desviación Estándar***
Área de Funcionamiento	28,63	3,98	26,30	5,83
Área de Síntomas	25,90	7,58	18.80	3.85
Área Global	10,07	1,51	11,37	1,13

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

La tabla corresponde a la variable Calidad de Vida de la muestra (cuidadores y pacientes). El cuestionario específico utilizado es el de *Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) versión española*, reactivo conformado por tres dimensiones: área de síntomas, área de funcionamiento y área global.

En relación a la dimensión *Área de Funcionamiento* se encontró que la media de la muestra de pacientes es de *(28,63)* y la desviación estándar de *(3,98)*. Mientras que, en relación al grupo de cuidadores la media es de *(26,39)* y la desviación estándar de *(5,83)*. En cuanto a la dimensión *Área de Síntomas* la media de la muestra de pacientes es de *(25,90)* y la desviación estándar de *(7,58)*. En el caso de la muestra de cuidadores la media es de *(18,80)* y la desviación estándar de *(3,85)*. Finalmente, respecto a la dimensión *Área Global* se encontró que la media de la muestra de pacientes es de *(10,07)* y la desviación estándar de *(1,51)*. Por otro lado, en la muestra de cuidadores la media es de *(11,37)* y la desviación estándar de *(1,13)*.

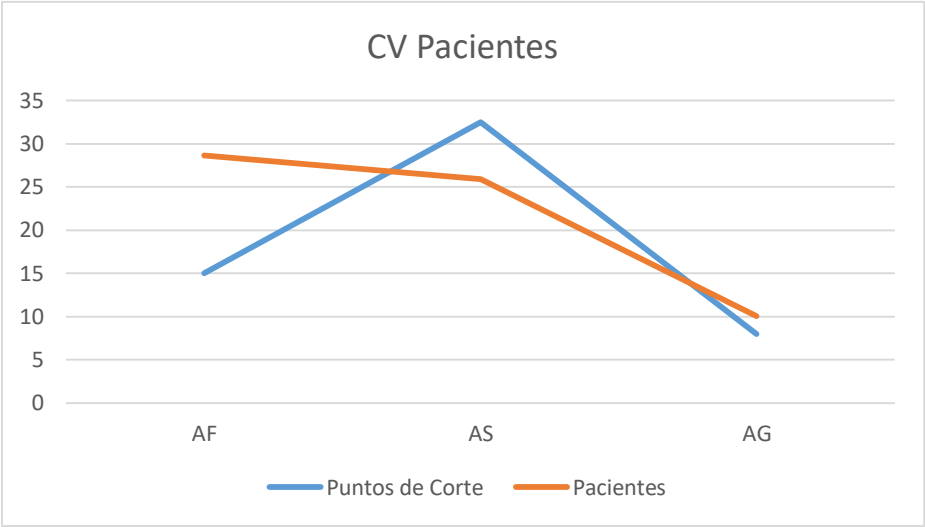


Figura 3. *Puntos de Corte Pacientes Calidad de Vida*

La figura muestra la información obtenida de las tres dimensiones que componen el *Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) versión española***,** en las dimensiones *Área de Funcionamiento y Área Global*, la muestra de pacientes se encuentra encima del punto de corte, mientras que en el *Área Síntomas* los pacientes están bajo el punto de corte. Los datos obtenidos corroboran investigaciones previas, donde la calidad de vida por sobre el punto de corte se relaciona con las estrategias de afrontamiento utilizadas como: apoyo social, religión, reevaluación positiva, entre otras. El mayor malestar de los pacientes se relacionó con los síntomas de la enfermedad, a pesar de ello no se afectó la funcionalidad (Coppari, Acosta, Buzó, Nery- Huerta & Ortiz, 2014).

Es importante mencionar que los resultados obtenidos por encima del punto de corte, podrían relacionarse con un fenómeno denominado deseabilidad social que se define como: "Un deseo más o menos consciente de dar una buena imagen" (Abal, Auné & Atorresi, 2015, p.6). En otras palabras, el paciente otorga respuestas favorables en relación a su estado de salud actual con el fin de agradar al evaluador. Sin embargo, no existen gran cantidad de estudios al respecto en pacientes oncológicos, cuidadores oncológicos o población hospitalaria para corroborar dicha hipótesis.

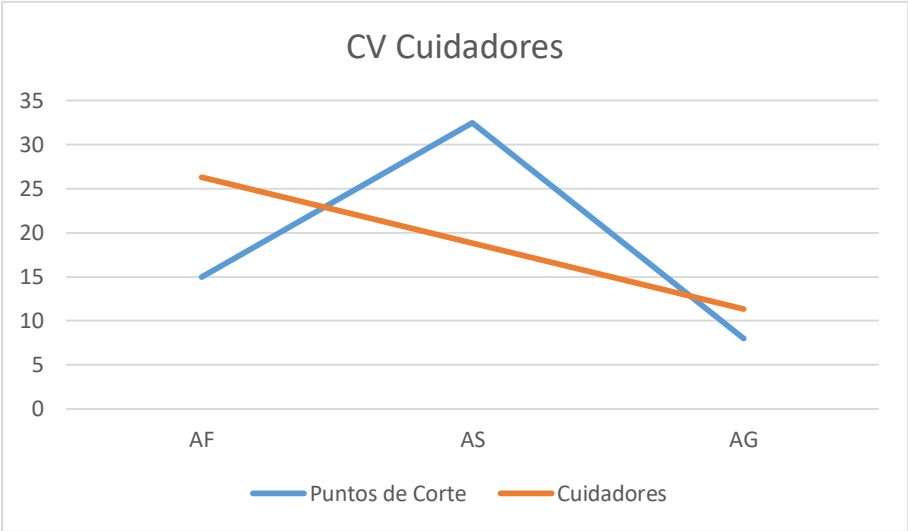


Figura 4. *Puntos de Corte Cuidadores Calidad de Vida*

La figura muestra los datos obtenidos de las tres áreas del *Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) versión española. Al igual que en los pacientes***,** en las dimensiones *Área de Funcionamiento y Área Global* los cuidadores están sobre el punto de corte, mientras que en el *Área Síntomas* muy por debajo el punto de corte. Los resultados obtenidos en la variable calidad de vida, se asemejan a lo evidenciado por Pedraza (2015) donde, la muestra de cuidadores no percibía mayor alteración en su calidad de vida, a pesar de: ciertas manifestaciones físicas, aislamiento, dificultades emocionales relacionadas a la carga de asistencia y cuidado. A su vez, los resultados podrían relacionarse con que la "familia tiene que tratar de encontrar mecanismos de fortaleza para poder colaborar en la adaptación del paciente a la enfermedad" (Rizo, Molina, Milián, Pagán & Machado, 2016). Dicho de otro modo, los mecanismos que la familia utilice influyen en la calidad de vida del paciente y del cuidador que generalmente es parte del grupo primario de apoyo.

Finalmente, la mayor diferencia en relación a los pacientes se evidencia en el *Área de Síntomas* donde existe menor manifestación en cuidadores que en pacientes. Al respecto, los cuidadores oncológicos atraviesan: trabajo físico, presión o inestabilidad emocional, aislamiento social y demandas económicas que surgen al cuidar al paciente oncológico (Ruiz & Nava, 2012). Resulta

evidente que, dichas condiciones repercuten en la presencia de síntomas como fatiga o dolor, a pesar de esto, la intensidad de los síntomas es menor que los relacionados con la enfermedad.

3.2. Análisis Comparativo

A continuación, se realizará la comparación de los datos obtenidos de ambos grupos independientes (pacientes y cuidadores) a fin de establecer las diferencias más representativas del estudio. Dado que la muestra examinada no alcanza el tamaño mínimo recomendado por grupo (30 sujetos), y la naturaleza de las variables trabajadas como es de carácter ordinal, se ha optado por la utilización de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney (UNIR, 2019). En relación a la selección del estadístico no paramétrico U de Mann Whitney, se trata de una prueba equivalente a la prueba T de Student denominada que se utiliza cuando la variable dependiente no es cuantitativa y tiene un carácter ordinal o cuando el tamaño de los grupos es reducido (inferior a 30 casos) condiciones que empatan la presente investigación, es importante señalar que en este estadístico no paramétrico es irrelevante que se cuente con variables respuesta o dependientes cuantitativas (Olea, 2015).

3.2.1. Estrategias de Afrontamiento

Se ha llevado a cabo la comparación para grupos independientes de la variable *Estrategias de Afrontamiento* entre los pacientes y los cuidadores de la muestra, con el objetivo de establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas. Se han comparado los promedios de los rangos de los grupos; donde un mayor rango promedio revela mayores valores en los resultados de ese grupo. A continuación, se presentan los resultados descriptivos de pacientes y cuidadores en relación a la variable *Estrategias de Afrontamiento*.

Tabla 7.
Análisis Comparativo Estrategias de Afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	*Rango Promedio*		*Suma de Rangos*		*U*	*p*
	Paciente	*Cuidador*	*Paciente*	*Cuidador*		
Solución de Problemas (SP)	30,55	30,45	916,50	913,50	448,500	0,982
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	36,98	24,02	1109,50	720,50	255,500	0,004
Espera (ESP)	30,23	30,77	907,00	923,00	442,000	0,906
Religión (REL)	36,02	24,98	1080,50	749,50	284,500	0,014
Evitación Emocional (EE)	25,78	35,22	773,50	1056,50	308,500	0,036
Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP)	32,22	28,78	966,50	863,50	398,500	0,445
Reacción Agresiva (RA)	34,02	26,98	1020,50	809,50	344,500	0,117
Evitación Cognitiva (EC)	29,22	31,78	876,50	953,50	411,500	0,567
Reevaluación Positiva (RP)	28,42	32,58	852,50	977,50	387,500	0,353
Expresión de la Dificultad (EDA)	31,23	29,77	937,00	893,00	428,000	0,743
Negación (NEG)	29,05	31,95	871,50	958,50	406,500	0,518
Autonomía (AUT)	34,92	26,08	1047,50	783,50	317,500	0,046

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

El grupo de pacientes ha obtenido un mayor rango para la dimensión *Solución de Problemas (30,55)*, que el de cuidadores *(30,45).* Sin embargo, los resultados revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados *U=448,500; p=0, 982;* lo que evidencia una distribución semejante entre grupos.

En relación a la dimensión *Búsqueda de Apoyo Social* los pacientes obtuvieron un rango mayor *(36,98)*, que el grupo de cuidadores *(24,02)*. La prueba U de Mann- Whitney muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos *U=255,500; p=0,004*, pues el valor de la probabilidad asociada es menor que *0,05.* En la dimensión *Espera* el grupo de cuidadores obtuvo un rango mayor *(30,77),* que los pacientes *(30,23)*. A pesar de ello, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos dado que el valor de probabilidad arrojado *fue U=442,000; p=0,906.*

En relación a la dimensión *Religión*, los pacientes tienen un rango mayor *(36,02)*, que el grupo de cuidadores *(24,98)*. En base a los resultados arrojados, existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos independientes *U=284,500; p=0,014*. En cuanto a la quinta dimensión correspondiente a *Evitación Emocional*, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes y cuidadores *U=308,500; p=0,036*. El grupo de cuidadores tiene un rango mayor *(35, 22)*, que el grupo de pacientes *(25, 78)*.

En la dimensión *Búsqueda de Apoyo Profesional*, la muestra de pacientes tienen un rango mayor *(32,22)*, que sus respectivos cuidadores *(28, 78)*. En base a los datos obtenidos, no existen diferencias de distribución entre los grupos anteriormente señalados *U=398,500; p=0,445*. De igual modo en la dimensión *Reacción Agresiva*, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas pues la distribución entre grupos es semejante *U=344,500; p=0,117*. El rango mayor corresponde al grupo de pacientes *(34,02)*, en cuanto a los cuidadores el rango es de *(26,98)*.

El grupo de cuidadores obtuvo un rango mayor *(31,78)* en la dimensión *Evitación Cognitiva*, que el grupo de pacientes *(29,22)*. Sin embargo, la distribución entre el grupo de pacientes y cuidadores es semejante con un valor de *U=411,500; p=0,567*. En la dimensión *Reevaluación Positiva* tampoco se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes y cuidadores con valores de *U=387,500; p=0,353*. El rango mayor corresponde a los cuidadores *(32, 58)*, a diferencia del grupo de pacientes *(28,42)*.

En cuanto a la dimensión *Negación* el grupo de cuidadores ha obtenido un mayor rango *(31,95)*, que el de pacientes *(29,05)*. Sin embargo, los resultados revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados *U=406,500; p=0,518* lo que evidencia una distribución semejante entre grupos. Finalmente, en la dimensión *Autonomía* el grupo de pacientes obtuvo un mayor rango *(34,92)*, que el grupo de cuidadores *(26,08)*. Se evidencia que, existe una distribución diferente entre los grupos independientes con valores de *U=317,500; p=0,046* lo que denota diferencias estadísticamente significativas.

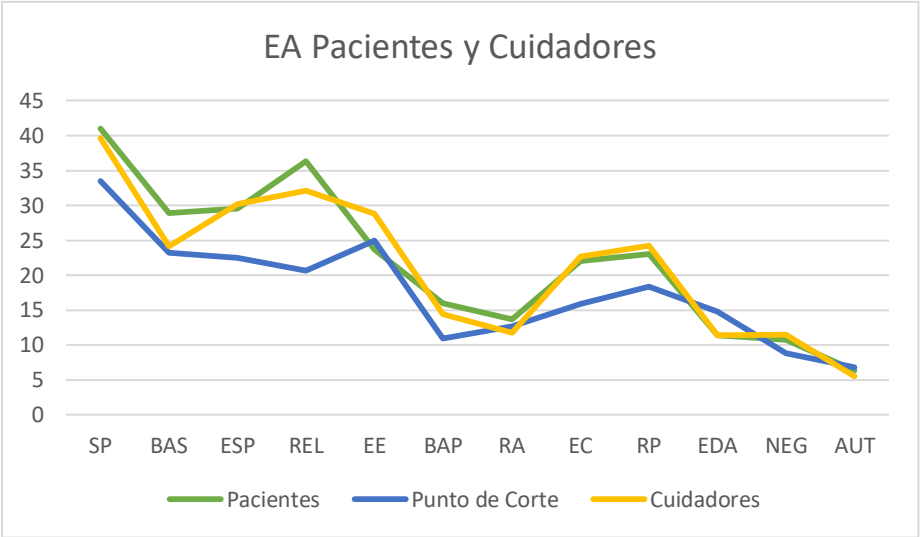


Figura 5. *Análisis Comparativo de Estrategias de Afrontamiento*

Las diferencias encontradas en la dimensión *Búsqueda de Apoyo Social*, concuerdan con otras investigaciones, donde la búsqueda de apoyo social es una estrategia de afrontamiento mayormente utilizada por los pacientes, que permite mantener el bienestar psicológico por medio del contacto al expresar emociones a otros (Nisa & Rizvi, 2016). También, otros autores como Kim, Han, Shaw, McTavish y Gustafson (2010), señalan que la búsqueda de apoyo social es más frecuente en pacientes pues "es una variable que se relaciona con la adaptación a la enfermedad" (p. 548). Se puede inferir que la estrategia en cuestión, es menos predominante en los cuidadores, pues estos no desarrollan un proceso de adaptación a la enfermedad sino a la alteración en la dinámica familiar, lo cual podría implicar un mayor desarrollo de otras estrategias como respuesta.

Por otro lado, se evidencia diferencia entre grupos en la dimensión *Evitación Emocional*, ya que esta es mayor en cuidadores primarios que en pacientes oncológicos. En base a estudios empíricos realizados por Nastoyashchaya: "Los familiares pueden entrar en un círculo de sufrimiento marcado por la evitación experiencial (emocional y/o conductual) intentando suprimir, controlar, eliminar las vivencias angustiosas" (2016, p.12). Es decir, los cuidadores al tener que enfocarse en las necesidades del paciente se alejan de su propio malestar, utilizando la evitación como una estrategia de afrontamiento frecuente. La evitación emocional puede

incluir: control, supresión de ideas, aislamiento, búsqueda de distractores, inhibición expresiva, abandono, esfuerzo excesivo.

A su vez, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Religión*, estrategia de afrontamiento más utilizada por pacientes que por cuidadores. Autores como Navas y Villegas (2007) mencionan que la "espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad" (p.35). De tal manera que, la religión probablemente se utilice con mayor frecuencia en pacientes, pues estos son quienes atraviesan los cambios del proceso oncológico de manera más directa. Además, la religión asociada a la espiritualidad permite que el paciente tenga mayor esperanza de recuperación o de vida posterior a la muerte, lo cual genera un afrontamiento más sano (Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011). Como podemos ver, el riesgo de muerte impele el uso de la religión como una forma de afrontamiento.

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Autonomía,* estrategia de afrontamiento más utilizada en pacientes que en cuidadores. Algunos autores señalan que la autonomía permite que las personas reaccionen mejor al tratamiento de enfermedades terminales e influye en que el paciente plantee objetivos en relación a la recuperación (Ballester, Campos, García & Reinoso, 2001). Es llamativo que la estrategia *Autonomía* sea menos utilizada en cuidadores, al respecto Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011) mencionan que la alteración de percepción de autonomía se relaciona con que "el cuidador en su labor de ayudar y ser partícipe en el cuidado de la persona con enfermedad crónica, pueden surgir problemas para lidiar con su vida, puesto que no es tan fácil ejercer esta labor" (p.38). Es decir, el estrés generado por responder a tareas y esfuerzos relacionados con el cuidado del paciente ocasiona desgaste psicoemocional, además de que genera que este descuide necesidades personales.

3.2.2. Calidad de Vida

Se han comparado los promedios de los rangos de los grupos pacientes y cuidadores; donde un mayor rango promedio revela mayores valores en los resultados de ese grupo. Es necesario determinar si la diferencia es estadísticamente significativa, para lo que recurrimos a la información condensada en el estadístico asociado a la prueba U de Mann- Whitney en cuanto a la variable Calidad de Vida. A continuación, se presentan los resultados descriptivos de pacientes y cuidadores en relación a la variable Calidad de Vida.

Tabla 8.
Análisis Comparativo de Calidad de Vida

Calidad de Vida	***Rango Promedio***		***Suma de Rangos***		***U***	***P***
	Paciente	***Cuidador***	***Paciente***	***Cuidador***		
Área de Funcionamiento	35,67	25,33	1070,00	760,00	295,000	0,022
Área de Síntomas	41,95	19,05	1258,50	571,50	106,500	0,000
Área Global	22,23	38,77	667,00	1163,00	202,000	0,000

Nota: 60 observaciones.
Fuente: Elaboración propia.

El grupo de pacientes ha obtenido un mayor rango para el *Área de Funcionamiento (35,67)*, que el de cuidadores *(25,33)*. Los resultados obtenidos evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados *U=295,000; p=0,022* resultados que demuestran que la distribución de las muestras es diferente.

De igual modo en el *Área de Síntomas* se evidencian diferencias estadísticamente significativas, con valores de *U=106,500; p=0,000;* es decir la distribución de la muestra no se asemeja entre grupos. En base a los datos obtenidos, el grupo de pacientes tiene un rango mayor *(41,95)*, que el grupo de cuidadores *(19,05)*.

Finalmente, en cuanto al *Área Global* la muestra de cuidadores obtuvo un rango más alto *(38,77)*, que la muestra de pacientes *(22,23)*. En base al estadístico U de Mann- Whitney se evidencia que existen diferencias de distribución entre el grupo de pacientes y cuidadores con valores de *U=202,000; p=0,000*.

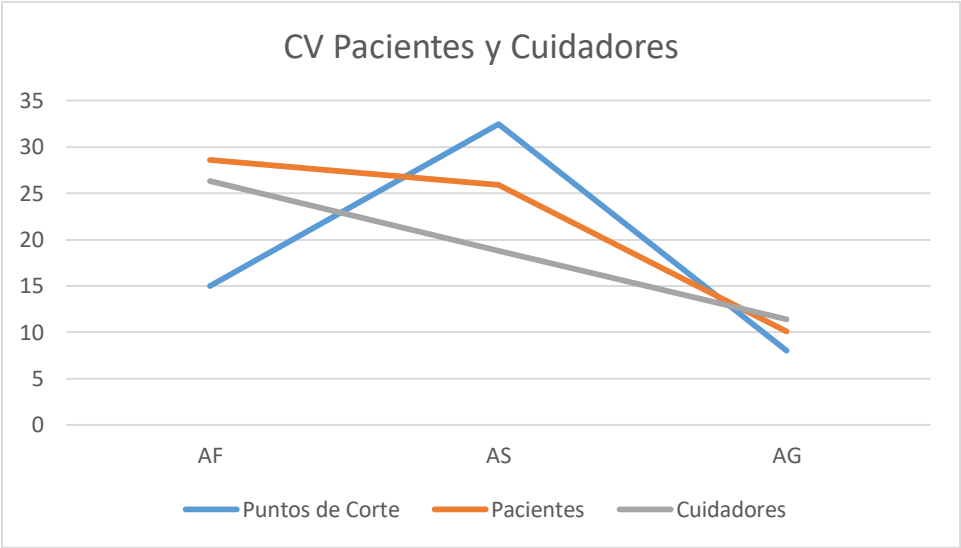


Figura 6. *Análisis Comparativo de Calidad de Vida*

Se evidenciaron notables diferencias entre los grupos en lo que corresponde a la dimensión *Área de Síntomas*. En los pacientes evaluados existe mayor manifestación de síntomas como: fatiga, dolor, náuseas, estreñimiento, que en sus respectivos cuidadores. Autores como Castañeda, O´Shea, Nárvaez y Lozano mencionan que enfermedades como el cáncer se acompañan de variedad de síntomas que "afectan y repercuten en la mayoría de los sistemas del organismo, el dolor es uno de los múltiples síntomas que el paciente experimenta y que deteriora su percepción acerca de su calidad de vida" (2015, p.153). Así, resulta por demás evidente que, al atravesar el proceso oncológico la sintomatología fisiológica experimentada por los pacientes sea más intensa que en los cuidadores, tanto en los síntomas relacionados con la enfermedad, como en los síntomas derivados del tratamiento (efectos secundarios).

Por otro lado, se encontraron diferencias notables de distribución en el *Área de Funcionamiento*. La muestra de pacientes tiene una puntuación más alta que la de cuidadores, lo que representa un mejor nivel de Calidad de Vida en pacientes que en sus respectivos cuidadores, con diferencias estadísticamente significativas. Autores como Marcano, Betancourt y Bravo señalan que la alteración en el funcionamiento del cuidador se deriva de "dificultades y contratiempos que implica tomar roles y responsabilidades que con regularidad escapan de su control" (2017, p.395). En otras palabras, el cuidado del paciente altera la dinámica de la persona a cargo, lo

que implica que su funcionalidad atraviesa un proceso de cambio, pues al tratar de cubrir las demandas del paciente, las propias necesidades de funcionamiento quedan en segundo plano.

Finalmente, existen diferencias estadísticamente significativas en el *Área Global*, donde los cuidadores alcanzan una puntuación más alta que los pacientes, lo que implica que existe en ellos una mejor percepción de calidad de vida. En base al estudio realizado por Martínez (2016), se pudo concluir que la calidad de vida a nivel global se encuentra más afectada en pacientes que en cuidadores oncológicos, dado que los pacientes atraviesan efectos de desgaste regular a nivel: físico, psicológico y social, lo cual también sucede en cuidadores, pero con una intensidad menor, resultados equiparables a los obtenidos en la presente investigación.

Por tanto, en base a los datos obtenidos durante la investigación, se evidencia que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes oncológicos y cuidadores tanto en Estrategias de Afrontamiento como en Calidad de Vida.

CONCLUSIONES

Por medio del trabajo de investigación realizado y a partir de la obtención de datos y análisis de resultados, se concluye que:

- Las estrategias de afrontamiento son respuestas cognitivas o comportamentales ante un suceso estresor, constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas internas o externas que resultan desbordantes al equilibrio del individuo. De igual modo, se concluye que la calidad de vida es la sensación subjetiva de satisfacción, implica percepción propia de bienestar integral, que permite que el sujeto se encuentre conforme con su vida. Es un concepto amplio, del que forman parte elementos como: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona, su relación con el ambiente, entre otros.
- Mediante la aplicación del EEC-M, se evidencia en el análisis descriptivo que el grupo de pacientes se encuentra sobre el punto de corte en las siguientes dimensiones: *Solución de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social, Espera, Religión, Búsqueda de Apoyo Profesional, Reacción Agresiva, Evitación Cognitiva, Reevaluación Positiva y Negación*. En cuanto al grupo de cuidadores, se encuentran sobre el punto de corte en las dimensiones: *Solución de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social, Espera, Religión, Evitación Emocional, Búsqueda de Apoyo Profesional, Evitación Cognitiva, Reevaluación Positiva y Negación*. Es decir, las estrategias sobre el punto de corte anteriormente mencionadas son las utilizadas con mayor frecuencia en cada uno de los grupos.
- Mediante la aplicación del EORTC QLQ-C30, se concluyó que en el análisis descriptivo que el grupo de paciente se encuentra sobre el punto de corte en las dimensiones: *Área de Funcionamiento y Área Global*. De igual modo, en relación al grupo de cuidadores, se encuentran sobre el punto de corte en las dimensiones: *Área de Funcionamiento y Área Global*. Es decir, la dimensión más deteriorada en ambos grupos es el *Área de Síntomas* y a manera general se denota un mejor nivel de Calidad de Vida global en el grupo de cuidadores.

- En cuanto a los datos obtenidos por medio del análisis comparativo no paramétrico en la variable Estrategias de Afrontamiento, se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes y cuidadores en las dimensiones: *Búsqueda de Apoyo Social, Religión, Evitación Emocional y Autonomía*. Por otro lado, en el análisis comparativo de la variable Calidad de Vida, se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos anteriormente señalados en las dimensiones: *Área de Funcionamiento, Área de Síntomas y Área Global*. Es decir, se comprueba la hipótesis planteada dado que la distribución de los grupos independientes estudiados (pacientes y cuidadores) es diferente en ambas variables.

RECOMENDACIONES

Con la finalidad de contribuir a futuras investigaciones, se plantea las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda informar sobre los resultados de la investigación a la Unidad Oncológica Solca Tungurahua. En base a los datos obtenidos, se podrá reconocer debilidades para a futuro realizar planes de intervención en pacientes y cuidadores.
- Se recomienda promover la salud mental en pacientes, cuidadores y personal hospitalario, para ello se sugiere el empleo de charlas o conferencias que ayuden a identificar la importancia de las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en la población de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua. Se debería ejecutar en conjunto: planes de prevención, programas de promoción en salud mental.
- Se sugiere potenciar o regular el uso de estrategias de afrontamiento en pacientes y cuidadores con el fin de generar respuestas más adaptativas al proceso oncológico, priorizando el uso de las dimensiones que tienen una distribución semejante en ambos grupos: *Solución de Problemas, Espera, Búsqueda de Apoyo Profesional, Reacción Agresiva, Evitación Cognitiva, Reevaluación Positiva, Expresión de la Dificultad del Afrontamiento y Negación*. Las estrategias de Afrontamiento mencionadas,

probablemente están asociadas a la Calidad de Vida en cada uno de los grupos anteriormente mencionados.

- Al ejecutar futuras investigaciones sobre la problemática planteada, se recomienda ampliar el estudio realizándolo con muestras de grupos más grandes o recolectando la información en períodos de tiempo más extensos, con el fin de enriquecer los resultados de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Abal, F., Auné, S., & Atorresi, H. (2015). Relación entre la Deseabilidad Social y los parámetros del Modelo Logístico de tres parámetros. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 5*(1), 5-24.

Achury, D., Castaño, H., Gómez, L. & Guevara, N. (2011). Calidad de Vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas en parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 13*(1). 27-46.

Aguayo, C. (2013). Cómo realizar "paso a paso" un contraste de hipótesis con SPSS para Windows y alternativamente con EPIINFO y EPIDAT: (II) Asociación entre una variable cuantitativa y una categórica (comparación de medias entre dos o más grupos independientes). Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud.

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología, 35*(2), 161- 164

Arraras, J., Villafranca, E., Arias, F., Domínguez, M., Nuria, M., Burgaleta, A., Martínez, E., Romero, P. & Martínez, M. (2008). Cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 (versión 3.0). Estudio de validación en español con pacientes con cáncer de próstata. *ScieLo, 61*(8).

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

Barreto L, et al. (2011). A genomewide screen for tolerance to cationic drugs reveals genes important for potassium homeostasis in Saccharomyces cerevisiae. *Eukaryot Cell 10*(9), 50-60.

Borrás, J. (2015). La perspectiva del género en el cáncer: Una visión relevante y necesaria. *ARBOR, 773*(191), 231-240.

Botero, J. (2013). La resiliencia y el afrontamiento positivo. *Caminos para la resiliencia,* 2(3), 1-2.

Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends.* New York: Mcgraw-Hill.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage

Castañeda, C., O´Shea, G. Nárvaez, M., Castañeda, G., Lozano, J., & Castañeda, J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Elsevier, 14*(3), 150-156.

Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Bueno Aires: Páidos.

Chanduví, L., Granados, F., García, L. & Fanning, M. (2015). Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo. TZHOECOEN, 7(2). 80-97. ISSN: 199-8731

Chango, F. (2015). *Estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores de pacientes con cáncer*. Ecuador: UCE.

Cohen, F. & Lazarus, R. (1973). Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. *Psychosomatic*, 35 (5), 375- 389.

Colloredo, C., Aparicio, D. & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia: Avances en disciplina*, *1*(2), 125-156.

Compas, B., Connor, J., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87.

Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery- Huerta, P. & Ortíz, V. Calidad de Vida y Afrontamiento en pacientes con cáncer y sida de Paraguay. *Salud & Sociedad, 5*(1), 82-96.

Cordero, F., Ayala, P., Yépez, J. & Tarupi, W. (2018). Tendencias en incidencia y mortalidad durante tres décadas en Solca Quito- Ecuador. *Colombia Médica, 1*(49), 35-41.

Cruz, H., Moreno, J. & Angarita, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el Cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *SciELO, 12*(30), 2-18.

Del Canto, E. & Silva, A. (2013). Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, *3*(141), 25-34.

Díaz, L. (2011). *La Observación*. México: UNAM.

Doce, L. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *7*(3), 20-32.

Feuerstein, M., Labbé, E. & Kuezmierezyk, A. (1986). *Health Psychology: A psychological perspective.* New York: Plenum.

Fierro, A. (2009). *Estrés, afrontamiento y adaptación.* Valencia: Promolibro.

Flórez, J. & Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores. *Psicoespacios*, 5(1), 18-42.

Flórez, J. & Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores. *Psicoespacios*, 5(1), 18-42.

Flydenberg, E. & Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies using by adolescents. *Australian Psychologist, 29*(1), 45-48.

Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.

García, F., Manquian, E. & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas, 15*(3). 101-111.

Gill, T. & Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *PubMed,* 272(8), 19-26.

Gómez, C. & De León, E. (2014). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en Ciencias Sociales.* Tirant Humanidades: México.

Gómez, M. & Sabeh, E. (2000). *Calidad de Vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.* Salamanca: INICO.

González, P., Bousoño, M., Gonzáles, M., Pérez, C. & Bobes, J. (1993). Evaluación de Calidad de Vida. *PSIQUIATRIA, 5*(6), 20-27.

González, R., Valle, A., Arce, R. & Fariña, F. (2015). *Calidad de vida, bienestar y salud.* España: Psicoeduca.

Guerrero, G., Zago, M., Sawada, N. & Pinto, M. (2011). Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. *Bras Enferm, 64*(1), 9-53.

Hann, N. (1977). *Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization.* Academic Press: New York.

Hernández, F., Fernández, C. & Baptista, P. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Jorques, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama.* Universidad de Valencia: Valencia.

Karnorfsky, D., Abelman, W., Craver, L. & Burchenal, J. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative tratment of cancer. *Cancer, 1*(sn), 634-6456.

Kim, J., Han, J., Shaw, B., McTavish, F. & Gustafson, D. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients´ Emotional Well-Being. *Journal of Health Psychology, 15*(4), 543-552.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos.* España: Martínez Roca

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

Livia, J. & Ortiz, M. (2014). Construcción de pruebas psicométricas: aplicación a las ciencias sociales y a la salud. *RIDU, 10*(2), 1-4.

Llantá, M., Hernández, K. & Martínez, Y. (2015). Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 14*(1), 1-10.

Llul, D., Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida: Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico- USF,* 8(2), 175-182.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica, 5*(2), 327-349.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 30*(1), 123-145.

Marcano, R., Betancourt, F. & Bravo, F. (2017). Síndrome de sobrecarga y grado de funcionalidad familiar en cuidadores de personas con cáncer del Hospital de niños Rafael Tobías Guevara de Barcelona, estado Anzoátegui, Venezuela. *BioMedicina, 29*(3), 394-399.

Martín, M., Jiménez, M. & Fernández, E. (2010). Estudios sobre la escala de estilos y las estrategias de afrontamiento. *REME,* 3(4), 15-76.

McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires.* New York: Oxford

Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Jan, 18*(1), 32-38.

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Economía Descriptiva II.* Ecuador: SINADI. *http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catecdes/materiales/Indicadores%20sociales_09.pdf*

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. International Journal of clinical and Health psychology, 7(3), 847-862. ISSN 1697-2600

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida*. Madrid: Gualberto Buela Casal.

Moreno, C. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico*. Barcelona: Universidad Internacional de Catalunya.

Moreno, M., Salazar, A. & Tejada, L. (2018). Experiencia de cuidadores de familiares de mujeres con cáncer de mama: una revisión integradora. *Aquichán, 1*(18), sn.

Muller, L. & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale, 29*(6), 507-518.

Muñoz, A. & Vásquez, D. (2013). *Estrategias de afrontamiento y la relación con la calidad de vida de niños con cáncer y sus cuidadores.* Medellín: Universidad de Antioquia

Nastoyashchaya, E. (2016). *Trastornos Afectivos y Evitación Experiencial en padres y familiares de niños con cáncer*. Oviedo: UO

Navas, C. & Villegas, H. (2007). Espiritualidad y salud. *Saberes Compartidos, 1*(2), 34 -42.

Nisa, S. & Rizvi, T. (2016). Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality Traits with Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *International Journal of Research in Economics and Social Science, 6*(4), 105-114.

Olea, F. (2015). Técnicas Estadísticas Aplicadas a la Nutrición y Salud. España: Universidad de Granada.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado el 06 de Febrero del 2019 de https://www.who.int/es

Pedraza, H. (2015). Calidad de Vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Cuid, 6*(2), 40-1029.

Peña, M. (2012). *Afrontamiento y Salud Mental en el ámbito de la formación universitaria de enfermería. Universidad de los Andes: Mérida- Venezuela*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez, P., Gonzalez, A., Mieles, I. & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico, 15*(2), 41-54.

Pérez, M. & Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología, 45*(30), 17-33.

Puerto, H. & Carrillo, G. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, 47*(2). 125-135.

Rizo, A., Molina, M., Milián, N., Pagán, P. & Machado, J. (2016). Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 32*(3), 1-13.

Rodríguez, A. & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción de conocimiento. *EAN, 2*(82), 1-26.

Ruiz, A. & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades- obligaciones. *Enf Neurol, 11*(3), 163-169.

Sánchez-Pedraza, R., Ballesteros, M. & Anzola, J. (2010). The concept of quality of life in women suffering from cancer. *Salud Pública, 12*(6), 889-902.

Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.

Sandoval, C. (1996). *La formulación y el diseño de los procesos de investigación social cualitativos.* Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior.

Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, *5*(1), 33-39.

Soriano, J. (2002). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología.* Universidad de Valencia: España.

Sousa, V., Driessnack, M. & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-am Enfermagem*, *15*(3), 1-6.

Taillefer, M., Dupuis, G., Roberge, M., & Le May, S. (2003). Healthrelated quality of life models: Sistematic review of the literature. *Social Indicators Research*, *64*(3), 293- 323.

The World Health Organization Quality of Life Assessment. (1995). Position paper from the World Health Organization. *PubMed*, *41*(10), 9-30.

Torrecilla, M., Martín, L. & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y Calidad de Vida en mujeres pacientes oncológicas. Psiencia, 8(2). 3-21. doi: 10.5872

Ulin, P. (2006) Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Washington: D. C.

UNIR. (08 de 01 de 2019). *Metodología de Investigación*. Obtenido de Tipos de Análisis Estadístico Inferencial: https://mastereduonline.unir.net/cursos/lecciones/ARCHIVOS_COMUNES/versiones_para_imprimir/mene14a/tema7.pdf

Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión histórica del concepto. *SciELO, 30*(1), 61-71.

Vásquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2000). *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología.* Barcelona. Masson.

Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. & Schalock, R. (2003). *Escala GENCAT: Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida.* Catalunya: DADES.

Villagut, G., López, G. & Peña, J. (2004). Cuestionario de salud SF-36 español: una década. *Gaceta Sanitaria, 19*(2), 17-30.

Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia, 6*(1).

Yasuko, B., Romano, S., García, N. & Félix, M. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida. *Enseñanza e investigación en Psicología, 10*(1), 93-102.

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de Consentimiento Informado

Sr. / a: _____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ambato que se está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2018. Ésta investigación lleva por título: "Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida: Análisis Comparativo entre pacientes oncológicos y sus cuidadores en el Hospital SOLCA Ambato.". El objetivo de esta investigación es determinar las diferencias existentes en las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida entre pacientes oncológicos y sus cuidadores en el Hospital de Solca Ambato. En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta, en la que se harán diversas preguntas referidas a sintomatología psicológica. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será Anónima, pues su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación.

□ Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

_____	_____
Alejandra Peñaherrera.	Firma investigado/a
Investigadora Responsable	C.C. _____

Cédula de Ciudadanía										

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica

1. VARIABLES SOCIALES

1.1.Datos Informativos

Edad ……	**Sexo** Masculino ( ) Femenino ( )	**Estado Civil** Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viudo/a ( ) Unión Libre ( )	**Identificación étnica** Mestizo ( ) Indígena ( ) Afro ( ) Blanco ( )
Procedencia Zona Urbana( ) Zona Rural ( )	**Origen de recursos para el tratamiento** Personales ( ) Estatal ( ) Cobertura médica ( )	**Tipo de Familia** Nuclear ( ) Monoparental ( ) Reconstituida ( ) Extendida ( )	**Persona encargada:** Padre ( ) Pareja ( ) Hijos ( ) Otros ( )

1.2.Organización Familia

Vive con:	Padres ( )	Pareja ( )	Solo/a ( )	Hijo/a ( )	Otros ( )

1.3.Nivel Educativo

Bajo ( )	Medio ( )	Alto ( )

1.4.Economía y Trabajo

Situación económica familiar:	Muy Buena ( )	Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )

1.5.Actividades Extracurriculares

Hacer deporte		Tiempo familiar	
Caminar en áreas verdes		Dormir	
Salir con amigos		Desarrollo de espiritualidad	
Ir al cine		Voluntariado	
Leer		Talleres de habilidades	
Escuchar música		Nada en especial	
Ir a comer		Beber alcohol o fumar	
Ver televisión		Otros……	

2. VARIABLES CLÍNICAS

2.1. Apreciación actual de la salud

Muy Buena ( )	Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )

2.2. Diagnóstico Oncológico

Mama ( )	Tiroides ( )	Colón / Digestivo ( )	Próstata( )
Cérvix ( )	Pulmón ( )	Páncreas ( )	Otros

2.3. Número de Consultas

1-10 ( )	11-20 ( )	21-30 ( )	31-40( )	41-50( )	51-60 ( )	Más…..

2.4.Número de Internaciones

Ninguna ( )	1-5 ( )	6-10 ( )	11-15 ( )	15-20 ( )	Más……..

2.5.Tratamientos administrados

Radioterapia ( )	Quimioterapia ( )	Inmunoterapia ( )	Terapia hormonal ( )
Trasplante de células madre ( )	Cirugía ( )	Medicina de precisión ( )	Otros…….

2.6.¿Recibe tratamiento psicológico?

Si ( ) Diagnóstico……...	No ( )

2.7.¿Tiene antecedentes psicológicos personales?

Si ( ) Diagnóstico……...	No ( )

ANEXO 3: Cuestionario Escala de Estrategias de Coping Modificada (EECM)

Propuesta para pacientes

Cuestionario Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar las diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años.

En una escala del 1 al 6, encierre en un círculo, el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
Nunca	**Casi nunca**	**A veces**	**Frecuentemente**	**Casi siempre**	**Siempre**

N		1	2	3	4	5	6
1	Tratas de comportarte como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2	Cuando tienes alguna dificultad prefieres alejarte de ella (saliendo a pasear, jugando)	1	2	3	4	5	6
3	Procuras no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4	Descargas tu mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5	Tratas de verle lo positivo al problema	1	2	3	4	5	6
6	Le cuentas a familiares y amigos como te sientes	1	2	3	4	5	6
7	Tratas de entender lo que pasa a través de un profesional (enfermera, doctor, psicólogo)	1	2	3	4	5	6
8	Asistes a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9	Esperas que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10	Cuando tienes un problema piensas en la manera cómo solucionar	1	2	3	4	5	6
11	Procuras guardar para ti mismo tus sentimientos	1	2	3	4	5	6
12	Te comportas de forma grosera con los demás	1	2	3	4	5	6

13	Intentas sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14	Pides consejo u orientación a algún familiar o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15	Buscas ayuda profesional para que te guíen u orienten	1	2	3	4	5	6
16	Tienes fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17	Esperas el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18	Piensas que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19	Haces un plan para solucionar el problema	1	2	3	4	5	6
20	Procuras que los otros no se den cuenta de lo que sientes	1	2	3	4	5	6
21	Te alejas de las conversaciones que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22	Expresas tu rabia sin pensar en lo que pueda pasar después	1	2	3	4	5	6
23	Pides a familiares o amigos que te ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24	Procuras hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25	Tienes fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26	Piensas que hay un momento adecuado para pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
27	Dejas que el tiempo solucione el problema	1	2	3	4	5	6
28	Tratas de solucionar el problema de diferentes maneras	1	2	3	4	5	6
29	Dejas que las cosas sigan igual	1	2	3	4	5	6
30	Tratas de ocultar tu malestar	1	2	3	4	5	6
31	Realizas diferentes actividades para olvidarte del problema	1	2	3	4	5	6
32	Evitas pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33	Te dejas llevar por tu mal humor	1	2	3	4	5	6
34	Hablas con tus familiares o amigos para que te tranquilicen cuando te encuentras mal	1	2	3	4	5	6
35	Buscas ayuda de un profesional (enfermera, medico, psicólogo) para disminuir tu malestar	1	2	3	4	5	6
36	Rezas	1	2	3	4	5	6
37	Hasta que no tengas claro lo que te pasa no piensas en una solución	1	2	3	4	5	6
38	Piensas que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39	Piensas paso a paso la solución del problema	1	2	3	4	5	6

40	Dejas que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41	No expresas tus emociones	1	2	3	4	5	6
42	Buscas actividades que te distraigan	1	2	3	4	5	6
43	Niegas que tengas problemas	1	2	3	4	5	6
44	Te enojas con facilidad	1	2	3	4	5	6
45	Por más que quieras no eres capaz de expresar lo que sientes	1	2	3	4	5	6
46	A pesar de lo grande que sea el problema ves lo positivo	1	2	3	4	5	6
47	Pides ayuda a algún amigo o familiar que te indique cual sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48	Pides ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar tus nervios	1	2	3	4	5	6
49	Vas a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50	Consideras que las cosas se solucionan por si solas	1	2	3	4	5	6
51	Analizas lo bueno y lo malo de las posibles soluciones	1	2	3	4	5	6
52	Se te dificulta relajarte	1	2	3	4	5	6
53	Haces todo lo posible por ocultar tus sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54	Realizas diferentes actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55	Así lo quieras no eres capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56	Piensas que al mal tiempo hay que hacerle buena cara	1	2	3	4	5	6
57	Procuras que algún familiar o amigo te escuche cuando necesitas manifestar tus sentimientos	1	2	3	4	5	6
58	Intentas conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales (enfermera, medico, psicólogo)	1	2	3	4	5	6
59	Dejas todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60	Esperas que las cosas se vayan solucionando	1	2	3	4	5	6
61	Te es difícil pensar en posibles soluciones para tus problemas	1	2	3	4	5	6
62	Tratas de vitar tus emociones	1	2	3	4	5	6
63	Dejas a un lado tus problemas y piensas en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64	Tratas de identificar las cosas buenas del problema	1	2	3	4	5	6
65	Consideras que los problemas los puedes solucionar sin ayuda.	1	2	3	4	5	6
66	Piensas que no necesitas ayuda de alguien y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67	Buscas tranquilizarte a través de la oración	1	2	3	4	5	6

68	Frente a un problema, esperas conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69	Dejas que pase el tiempo y el problema se solucione	1	2	3	4	5	6

Propuesta para cuidadores

Cuestionario Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar las diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años.

En una escala del 1 al 6, encierre en un círculo, el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
Nunca	**Casi nunca**	**A veces**	**Frecuentemente**	**Casi siempre**	**Siempre**

N		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Tratas de comportarte como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2	Cuando tienes alguna dificultad prefieres alejarte de ella (saliendo a pasear, jugando)	1	2	3	4	5	6
3	Procuras no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4	Descargas tu mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5	Tratas de verle lo positivo al problema	1	2	3	4	5	6
6	Le cuentas a familiares y amigos como te sientes	1	2	3	4	5	6
7	Tratas de entender lo que pasa a través de un profesional (enfermera, doctor, psicólogo)	1	2	3	4	5	6
8	Asistes a la iglesia	1	2	3	4	5	6

9	Esperas que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10	Cuando tienes un problema piensas cómo solucionarlo	1	2	3	4	5	6
11	Procuras guardar para ti mismo tus sentimientos	1	2	3	4	5	6
12	Te comportas de forma grosera con los demás	1	2	3	4	5	6
13	Intentas sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14	Pides consejo u orientación a algún familiar o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15	Buscas ayuda profesional para que te guíen u orienten	1	2	3	4	5	6
16	Tienes fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17	Esperas el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18	Piensas que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19	Haces un plan para solucionar el problema	1	2	3	4	5	6
20	Procuras que los otros no se den cuenta de lo que sientes	1	2	3	4	5	6
21	Te alejas de las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22	Expresas tu rabia sin pensar en lo que pueda pasar después	1	2	3	4	5	6
23	Pides a familiares o amigos que te ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24	Procuras hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25	Tienes fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26	Piensas que hay un momento adecuado para pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
27	Dejas que el tiempo solucione el problema	1	2	3	4	5	6
28	Tratas de solucionar el problema de diferentes maneras	1	2	3	4	5	6
29	Dejas que las cosas sigan igual	1	2	3	4	5	6
30	Tratas de ocultar tu malestar	1	2	3	4	5	6
31	Realizas diferentes actividades para olvidarte del problema	1	2	3	4	5	6
32	Evitas pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33	Te dejas llevar por tu mal humor	1	2	3	4	5	6
34	Hablas con tus familiares o amigos para que te tranquilicen cuando te encuentras mal	1	2	3	4	5	6
35	Buscas ayuda de un profesional (enfermera, medico, psicólogo) para disminuir tu malestar	1	2	3	4	5	6
36	Rezas	1	2	3	4	5	6

37	Hasta que no tengas claro lo que te pasa no piensas en la solución	1	2	3	4	5	6
38	Piensas que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39	Piensas paso a paso la solución del problema	1	2	3	4	5	6
40	Dejas que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41	No expresas tus emociones	1	2	3	4	5	6
42	Buscas actividades que te distraigan	1	2	3	4	5	6
43	Niegas que tengas problemas	1	2	3	4	5	6
44	Te enojas con facilidad	1	2	3	4	5	6
45	Por más que quieras no eres capaz de expresar lo que sientes	1	2	3	4	5	6
46	A pesar de lo grande que sea el problema ves lo positivo	1	2	3	4	5	6
47	Pides ayuda a algún amigo o familiar que te indique cual sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48	Pides ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar tus nervios	1	2	3	4	5	6
49	Vas a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50	Consideras que las cosas se solucionan por si solas	1	2	3	4	5	6
51	Analizas lo bueno y lo malo de las posibles soluciones	1	2	3	4	5	6
52	Se te dificulta relajarte	1	2	3	4	5	6
53	Haces todo lo posible por ocultar tus sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54	Realizas diferentes actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55	Así lo quieras no eres capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56	Piensas que al mal tiempo hay que hacerle buena cara	1	2	3	4	5	6
57	Procuras que algún familiar o amigo te escuche cuando necesitas manifestar tus sentimientos	1	2	3	4	5	6
58	Intentas conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales (enfermera, medico, psicólogo)	1	2	3	4	5	6
59	Dejas todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60	Esperas que las cosas se vayan solucionando	1	2	3	4	5	6
61	Te es difícil pensar en posibles soluciones para tus problemas	1	2	3	4	5	6
62	Tratas de vitar tus emociones	1	2	3	4	5	6
63	Dejas a un lado tus problemas y piensas en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64	Tratas de identificar las cosas buenas del problema	1	2	3	4	5	6
65	Consideras que los problemas los puedes solucionar sin ayuda.	1	2	3	4	5	6

66	Piensas que no necesitas ayuda de alguien y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67	Buscas tranquilizarte a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68	Frente a un problema, esperas conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69	Dejas que pase el tiempo y el problema se solucione	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4: Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) en la versión española.

Propuesta para pacientes

Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) en la versión española.

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer aspectos de su vida diaria y su salud con el fin de determinar la influencia en su calidad de vida. La sinceridad con que responda a los cuestionamientos será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

En una escala del 1 al 4, encierre en un círculo, el número que mejor indique que su modo de actuar o sentirse más habitual.

1	2	3	4
Nunca	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**

N		1	2	3	4
1	¿Tienes alguna dificultad para hacer actividades que requieran algún esfuerzo en tu vida cotidiana?0’43	1	2	3	4
2	¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3	¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4	¿Tienes que quedarte en la cama o sentado (a) en una silla durante el día?	1	2	3	4
5	¿Necesitas ayuda para comer, vestirte, asearte o ir al baño?	1	2	3	4
6	¿Has tenido algún obstáculo para realizar tus actividades o funciones del día a día?	1	2	3	4
7	¿Has tenido alguna dificultad para hacer lo que te gusta u otras actividades de diversión?	1	2	3	4
8	¿Sentiste "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9	¿Has tenido dolor?	1	2	3	4
10	¿Necesitas parar para descansar?	1	2	3	4

11	¿Has tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12	¿Te has sentido débil?	1	2	3	4
13	¿Te ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14	¿Has tenido ganas de vomitar?	1	2	3	4
15	¿Has vomitado?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

N		**1**	**2**	**3**	**4**
16	¿Has estado estreñido?	1	2	3	4
17	¿Has tenido diarrea?	1	2	3	4
18	¿Estuviste cansado/a?	1	2	3	4
19	¿Hubo algún dolor que obstaculizo tus actividades diarias?	1	2	3	4
20	¿Has tenido dificultad en concentrarte en cosas como ver televisión o leer cuentos?	1	2	3	4
21	¿Te sentiste preocupado/a?	1	2	3	4
22	¿Te sentiste nervioso/a?	1	2	3	4
23	¿Te sentiste enojado/a?	1	2	3	4
24	¿Te sentiste triste?	1	2	3	4
25	¿Has tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26	¿Tu estado físico o el tratamiento médico ha generado dificultades en tu familia?	1	2	3	4
27	¿Te ha causado problemas con tus amigos tu estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4
28	¿Tu estado físico o el tratamiento médico ha sido un obstáculo en tu actividad escolar, universitaria, laboral?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. ¿Cómo valoraría usted su estado general de salud?

Pésima						**Excelente**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general?

Pésima						Excelente
1	2	3	4	5	6	7

Propuesta para cuidadores

Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) en la versión española.

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer aspectos de su vida diaria y su salud con el fin de determinar la influencia en su calidad de vida. La sinceridad con que responda a los cuestionamientos será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

En una escala del 1 al 4, encierre en un círculo, el número que mejor indique que su modo de actuar o sentirse más habitual.

1	2	3	4
Nunca	Un poco	Bastante	Mucho

N		1	2	3	4
1	¿Tienes alguna dificultad para hacer actividades diferentes al cuidado del paciente?	1	2	3	4
2	¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo largo por estar al cuidado del paciente?	1	2	3	4
3	¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa por el cuidado del paciente?	1	2	3	4
4	¿Tienes que permanecer solo (a) durante el día cuidando al paciente?	1	2	3	4
5	¿Te encargas solo del cuidado del paciente?	1	2	3	4
6	¿Has tenido algún obstáculo para hacer tu trabajo u otras actividades cotidianas por estar cuidando al paciente?	1	2	3	4
7	¿Has tenido alguna dificultad para hacer lo que te gusta u otras actividades de ocio por cuidar al paciente?	1	2	3	4
8	¿Te has sentido agotado?	1	2	3	4
9	¿Has tenido dolor producto del cansancio?	1	2	3	4

10	¿Necesitas parar para descansar?	1	2	3	4
11	¿Has tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12	¿Te has sentido débil?	1	2	3	4
13	¿Te ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14	¿Has tenido ganas de vomitar?	1	2	3	4
15	¿Has vomitado?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

N		**1**	**2**	**3**	**4**
16	¿Has estado estreñido?	1	2	3	4
17	¿Has tenido diarrea?	1	2	3	4
18	¿Estuviste cansado/a?	1	2	3	4
19	¿Hubo algún dolor que obstaculizo tus actividades diarias?	1	2	3	4
20	¿Has tenido dificultad en concentrarte en cosas como ver televisión o leer cuentos?	1	2	3	4
21	¿Te sentiste preocupado/a?	1	2	3	4
22	¿Te sentiste nervioso/a?	1	2	3	4
23	¿Te sentiste enojado/a?	1	2	3	4
24	¿Te sentiste triste?	1	2	3	4
25	¿Has tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26	¿El cansancio o el tratamiento del paciente a tu cargo ha sido un obstáculo en tu vida familiar?	1	2	3	4
27	¿El cansancio o el tratamiento médico del paciente a tu cargo ha sido un obstáculo en tus actividades sociales?	1	2	3	4
28	¿Te ha causado problemas económicos el cansancio o el tratamiento médico del paciente a tu cargo?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. ¿Cómo valoraría usted su estado general de salud?

Pésima						**Excelente**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general?

Pésima						**Excelente**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**