



**Universidad del Azuay**  
**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la**  
**Educación**

**Escuela de: Psicología Clínica**

**Tema:**

**“Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en  
pacientes oncológicos atendidos en el Instituto del  
Cáncer SOLCA. Cuenca Ecuador. 2016”**

**Tesis previa la obtención del título de Psicóloga Clínica.**

**Autora:**

**María Lorena Rodas Mosquera.**

**Directora:**

**Dra. Martha Cobos Cali. Phd.**

**Cuenca- Ecuador**

**2016**

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser mi luz y fortaleza en estos 5 años de estudio.

A mi padre por ser mi ejemplo de responsabilidad, respeto y puntualidad.

A mi madre por ser mi ejemplo de superación profesional, por la paciencia y el amor al estudio.

A mi hermano por ser quien me saco unas cuantas sonrisas en mis días de estrés universitario.

A mi novio por ser mi apoyo incondicional en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

A todos y cada uno de mis pacientes que son la razón de mi formación profesional.

Al Instituto del cáncer SOLCA Cuenca que me brindo la oportunidad para realizar mis prácticas pre profesionales y la elaboración de la presente investigación.

A Marthita mi directora de tesis quién con sus conocimientos y experiencia fue el pilar fundamental para culminar con éxito este proyecto.

A la Universidad de Azuay, a todos sus directivos y docentes muchas gracias...

La autora.

## RESUMEN

El presente estudio busca identificar los estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes oncológicos hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca.

El diseño de investigación fue de tipo descriptivo, transversal y relacional; el mismo que utilizó como instrumentos para la recolección de datos: a) *Formulario para datos demográficos y características del cáncer*, b) *Inventario de recursos de afrontamiento CopingResourcesInventory (CRI) de Hammer y Marting* y c) *Escala de Karnofsky para calidad de vida*.

Como resultados se encontró que: en las características del cáncer el 55,7% presentó tumores sólidos, el 51,4% están en estadio II y el tipo de tratamiento más utilizado fue la quimioterapia en un 37%. En los estilos de afrontamiento se encontró que cerca del 60% de los pacientes tuvo un estilo de afrontamiento superior quienes utilizaron los recursos emocionales en un 38,6%, y los recursos espirituales con un 34,2% para hacer frente a la enfermedad. Se destaca que el 54,3% del grupo de estudio expresó una calidad de vida buena.

En conclusión en la mayoría de los pacientes se evidenció un nivel de estilo de afrontamiento superior, los recursos de afrontamiento más utilizados fueron los emocionales y los espirituales, más de la mitad de los pacientes presentó calidad de vida buena y se observó que existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida del grupo de estudio.

**Palabras Clave:** afrontamiento, cáncer, calidad de vida, recursos de afrontamiento.

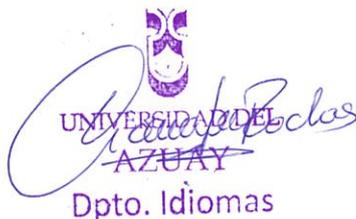
## ABSTRACT

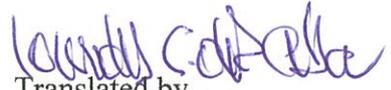
The aim of this study was to identify coping styles and quality of life of cancer patients hospitalized in the clinical department of SOLCA Cancer Institute in Cuenca. The research design was descriptive, transversal and relational; which used for data collection the following instruments: a) A form for demographic data and cancer characteristics b) Hammer and Marting Coping Resources Inventory (CRI), and c) Karnofsky Performance Status Scale for quality of life.

The results showed in regard to the characteristics of cancer that 55.7% of patients had solid tumors, 51.4% are in stage II, and the type of treatment most commonly used was chemotherapy in 37%. In regard to coping styles, about 60% of patients had a higher coping style; they used emotional resources to cope with the disease in 38.6% and spiritual resources by 34.2%. Good quality of life was showed in 54.3% of the study group.

In conclusion, a superior level of coping style was evidenced in most patients. The most used coping resources were the emotional and spiritual. More than half of patients had good quality of life. It was found that there is a significant relationship between coping styles and the quality of life of the study group.

**Keywords:** Coping, Cancer, Quality of Life, Coping Resources.



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## Índice

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>II</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>III</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1. Generalidades del Cáncer</b> .....	<b>4</b>
1.1.1. Tipos de cáncer .....	5
1.1.2. Morfología del cáncer .....	6
1.1.3. Estadios y tratamiento .....	7
1.1.4. Epidemiología del cáncer .....	8
<b>1.2. Psicología y cáncer</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3 Afrontamiento</b> .....	<b>13</b>
1.3.1. Recursos / Estilos de afrontamiento:.....	17
<b>1.4. Afrontamiento y Cáncer</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5. Calidad de vida</b> .....	<b>20</b>
1.5.1. Calidad de vida en pacientes oncológicos .....	20
<b>CAPÍTULO II: APLICACIÓN PRÁCTICA.</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1. Metodología.</b> .....	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.</b> .....	<b>27</b>
Discusión .....	36
<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b> .....	<b>38</b>
Conclusiones Generales .....	38
Recomendaciones.....	38
<b>Referencia bibliográfica:</b> .....	<b>40</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>42</b>

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que presenta cifras alarmantes, la Organización Mundial de la Salud afirma que en la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado, en particular en los países «en transición» y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur y Asia.

En el Ecuador según información proporcionada por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública y el INEC. El cáncer de útero, mama y estómago son los más comunes en las mujeres entre los 35 y 55 años; mientras que el cáncer hepático, estómago, próstata y pulmón son de mayor incidencia en los hombres adultos.

En el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, según el Sexto Informe de Epidemiología de Cáncer entre el 2005 y el 2009 se registraron un total de 9322 casos, de estos a la provincia del Azuay le correspondió el 55,4% (Martínez, 2016).

Consecuentemente en la actualidad el cáncer es considerado como un problema de salud pública que merece una atención urgente y su estudio y manejo debe ser integral. Debe abarcar muchos aspectos como el biológico, psicológico y social, más todavía cuando se conoce que la persona con cáncer tiene que “aprender” a convivir con la enfermedad, modificar sus esquemas habituales de funcionamiento y poner en marcha sus recursos de afrontamiento (Llull, 2003).

En el estudio de Llull y Cols (2003), concluyeron que los pacientes con cáncer afrontan la enfermedad de manera positiva, es decir, estos pacientes sustituyeron pensamientos negativos con pensamientos positivos para tolerar mejor la enfermedad lo que les permitió adaptarse adecuadamente a ésta y sus tratamientos; por otro lado Yepes y Ceron (2009), afirman que el impacto que genera el diagnóstico de cáncer determina las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilicen.

El afrontamiento, desde el presente estudio, se concibe como un esfuerzo cognitivo, emocional y conductual por parte del paciente oncológico para generar estrategias que le

permitan adaptarse a la enfermedad crónica, esfuerzo que siempre se verá permeado por la particularidad de cada individuo en el intento de superar su dificultad, por lo tanto el afrontamiento a una enfermedad como el cáncer le exige al sujeto utilizar recursos para elaborar constantemente estrategias, que según su propia interpretación, le servirán para tolerar la enfermedad y sus tratamientos (Llull, Zanier y García, 2003).

Estos recursos de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986) se clasifican en recursos: sociales y personales dentro de los cuáles están los recursos cognitivos, emocionales, espirituales y físicos.

Por otro lado es importante también conocer la calidad de vida que tienen los pacientes con cáncer, ya que varios estudios señalan que están estrechamente ligados los recursos de afrontamiento con la calidad la vida de los mismos.

Cabe destacar que la calidad de vida aparece ligado al de bienestar y satisfacción (Calman, 1987); o se refieren a la misma como el equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades que cotidiana y habitualmente son términos de, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos por venir (Rodríguez, 2004).

Sin embargo, cuando entramos en el campo de la psicología oncológica, la calidad de vida debe relacionarse con la salud del individuo, así, sería la evaluación íntegra y multidimensional de esta, que el paciente hace de los diferentes aspectos de su vida en relación con su condición de salud actual, como también lo considera la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer).

En nuestro medio existen pocos estudios que han hecho un recuento de los recursos de afrontamiento que tienen los pacientes con cáncer y cuál es su calidad de vida, por esto resulta necesario que se realice esta investigación ya que con sus resultados se podrían hacer varias recomendaciones de cómo y que recursos de afrontamiento permiten a los pacientes con cáncer tener una buena calidad de vida.

Finalmente, queda claro que el paciente con cáncer a partir de la percepción que tiene de la enfermedad desarrolla formas de afrontarla para alcanzar una calidad de vida buena; esto despertó el interés como tema de estudio para la presente investigación.

En consecuencia la importancia de esta investigación radica en identificar cómo los pacientes con cáncer hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, afrontan la enfermedad, que recursos ponen en marcha para aceptar su situación y como esto se refleja en su calidad de vida.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.**

### **1.1.Generalidades del Cáncer**

Etimológicamente el término cáncer deriva del latín antiguo y del término griego "calco" (karkínos "καρκίνος") se refiere a cangrejo. Se sustenta sobre la base de una interesante observación realizada por Galeno en el siglo II: la forma que adoptan los vasos sanguíneos relacionados con los tumores malignos se asemejan a las patas de un cangrejo (Salaverry, 2013).

El cáncer se define como una enfermedad caracterizada por una división y acrecentamiento descontrolado de las células. Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron, de viajar por la sangre y el líquido linfático hasta otros órganos más alejados y crecer en ellos (Amado, 2007).

El Instituto Nacional de Cancerología E.S.E (2004) manifiesta que “el cáncer no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y descontrolado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde control sobre su desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de los tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada.

Marks y Cols (2008) señalan que las células se encuentran reguladas a partir de unas indicaciones que reciben sobre el tiempo en que deben dividirse, si llega haber alguna alteración en la regulación de éstas, las células continúan dividiéndose sin control, originando un tumor, el cual puede ser benigno o maligno; el primero, consta de células que no son competentes para invadir otros órganos, lo que posibilita su extracción, mientras que el segundo, se constituye de aquellas células que pueden invadir otros órganos del cuerpo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014) el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Las metástasis son la

principal causa de muerte por cáncer. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

Todos los tipos de cáncer son causados por anomalías en el material genético de las células. Estas anomalías encontradas en las células cancerosas pueden ser de manera distinta tales como: mutación puntual, translocación, amplificación, delección, y ganancia/pérdida de todo un cromosoma. Existen genes que son más susceptibles a sufrir mutaciones que formen cáncer. Es importante mencionar que de acuerdo a donde se forme el cáncer; es como se le va a llamar; es decir, en donde se aloje el tumor maligno en alguna parte del cuerpo así se le nombrará, por ejemplo si este se aloja en garganta, se le denominara cáncer de garganta, de pulmón, de mama, etc. (Puente, 2010).

Las neoplasias pueden ser benignas o malignas, de acuerdo a su comportamiento biológico. El cáncer constituye una neoplasia maligna que se caracteriza por la generación rápida y el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos u órganos vecinos y llegar a producir las llamadas metástasis; causando, cuando no ha habido tratamiento efectivo, la muerte (OMS, 2008; Spitalnik & Di Sant'Agnese, 2003).

### **1.1.1. Tipos de cáncer**

La Sociedad Española de Oncología Médica clasifica el tipo de cáncer entre otras cosas por el tejido u órgano en el que se formó. Así por ejemplo, un cáncer de colon que dio lugar a metástasis hepáticas sigue denominándose cáncer de colon, y no cáncer hepático. El cáncer se puede presentar en diferentes tipos: en tumores sólidos y neoplasias hematológicas.

#### **Los tumores sólidos son:**

- Carcinoma: es el cáncer que se origina en los tejidos epiteliales de revestimiento o en la formación de las glándulas. (Ejemplos de revestimiento: piel, mucosa de las vías aéreas, mucosa del tubo digestivo y ejemplos de glándulas: tiroides, mama y próstata).

- Sarcoma: son tumores que tienen origen en las células de los huesos, músculos, grasa, tendones o vasos sanguíneos.
- Melanoma: son tumores formados por células que producen el pigmento de la piel.
- Tumores de células germinativas: tumores formados por células de los órganos reproductores (testículos y ovarios).
- Tumores del sistema nervioso: tumores formados a partir de las células del sistema nervioso.

### **Neoplasias hematológicas:**

- Leucemias y linfomas: son enfermedades malignas en las que las células de la sangre adoptan un comportamiento anormal de crecimiento e indiferenciación que llevan a la pérdida de parte de las funciones desempeñadas por la sangre.

Estas enfermedades se presentan con un aumento de tamaño de los ganglios, bazo o hígado y por cuadros de infecciones repetidas o sangrados.

Desde su inicio se manifiestan en varias partes del cuerpo. Los órganos más frecuentemente involucrados en este proceso son: sangre, médula ósea, ganglios linfáticos, bazo e hígado.

#### **1.1.2. Morfología del cáncer**

Entre las células normales y las cancerosas existe un espectro de condiciones morfológicamente diferentes en su análisis microscópico. La hiperplasia es una situación en la que se produce un aumento en la proliferación celular, manteniéndose la estructura celular normal. Habitualmente es una respuesta normal y reversible a un estímulo irritante. La displasia es un proceso no canceroso en el cual existe una proliferación excesiva caracterizada por la pérdida de la organización normal de los tejidos, y de la arquitectura celular normal. De ordinario es reversible, pero puede sufrir una transformación carcinomatosa. Es por ello que las áreas de displasia deben monitorizarse, y a veces, tratarse. El caso más severo de displasia llega a formar el carcinoma “in situ”, confinada dentro de la barrera anatómica más inmediata al lugar en que se inició. En el proceso de transformación carcinomatosa las células pierden en distinto grado la capacidad de diferenciación o especialización de sus funciones, y además proliferan activamente (entran

en “mitosis”), es decir, adquieren características “atípicas”. Estos cambios morfológicos en las células permiten clasificar a los tumores en diferentes grados, siendo tanto más agresivos cuanto más alto es su grado o indiferenciación (Puente, 2015).

### **1.1.3. Estadios y tratamiento**

La estadificación es el medio por el que se describe el tamaño del tumor y su grado de diseminación. Es importante porque determina el tipo de tratamiento que será necesario. Se determina a través de pruebas de imagen que estudian las localizaciones de distribución de la enfermedad, como la tomografía computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RMN) –entre otras-, y otros procedimientos como la cirugía. Cada tipo de tumor requiere una serie de exploraciones concretas, bien definidas en las guías oncológicas. Cuando los tumores se encuentran confinados a una sola zona, los tratamientos locales, como: la radioterapia o la cirugía, pueden ser suficientes, pero no, sin embargo, cuando han diseminado (Puente, 2015).

El sistema más utilizado es el denominado TNM (actualmente, séptima edición UICC/AJCC, 2009). A la T (tumor, tamaño) se le da un valor de 1 a 4, de menor a mayor tamaño; a la N (ganglios, “nodes”) se le califica de 0 a 3, donde 0 quiere decir que no hay invasión ganglionar y 3 que hay muchos ganglios afectados; finalmente la M (metástasis) se da como 0 cuando no hay metástasis, y como 1 cuando ha diseminado.

Estos datos TNM sirven para agrupar a los pacientes en cuatro clases (“estadios”), donde generalmente el I son enfermos con tumores pequeños sin afectación ganglionar ni diseminación, el II cuando el tumor invade el tejido próximo, el III cuando hay mayor invasión local y afectación de ganglios linfáticos, y el 4, casos en los que ya se han producido metástasis (Puente, 2015).

Así por ejemplo, un tumor T4N1M0, estadio III, es un cáncer que ha crecido mucho localmente, llegando a invadir algún ganglio linfático, pero que no ha diseminado. Desde el punto de vista del pronóstico las probabilidades de curación decrecen a medida que aumenta el estadio; no obstante, ya se ha señalado que la variabilidad entre los distintos tumores y pacientes obliga a considerar otros factores pronóstico específicos (Puente, 2015).

#### **1.1.4. Epidemiología del cáncer**

La OMS (2014) afirma que en la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado, en particular en los países «en transición» y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur y Asia. Más de la mitad de los casos de cáncer se registran ya en países en desarrollo.

Existen distintos factores de riesgo para el cáncer tales como: la edad o el envejecimiento, el tabaquismo, y posteriormente la dieta, el sedentarismo, la exposición solar y otros estilos de vida. Además, se encuentra también, los efectos carcinógenos como, la radiación de productos químicos y la contaminación existente; así como también, de agentes infecciosos que afectan al sistema del organismo. Existen, otras anomalías genéticas cancerígenas que son adquiridas durante la replicación normal del ADN, al no corregirse los errores que se producen durante la misma, o bien son heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento.

El informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC OMS presenta los siguientes datos:

- La mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población.
- El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.
- Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años.
- En 2012, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado.
- En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago.
- Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta

reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

- El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.
- Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papiloma virus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.
- Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo
- Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.

Según la American Cancer Society (2015), en Estados Unidos, la lista de cánceres comunes incluye cánceres que se diagnostican con mayor frecuencia: cáncer de vejiga, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de endometrio, cáncer de riñón, leucemia, cáncer de pulmón, melanoma, Linfoma no Hodgkin, cáncer de páncreas, cáncer de próstata, cáncer de tiroides.

En la población hispana, se presentan en orden de frecuencia: cáncer de seno (mama), cáncer de próstata, cáncer de colon y recto, cáncer de pulmón, cáncer de tiroides, cáncer de riñón (células renales), Linfoma no Hodgkin, cáncer de hígado, leucemia, cáncer de endometrio, cáncer de páncreas, cáncer de estómago, cáncer de vejiga.

## En Ecuador

Según información proporcionada por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública y el INEC (2014). El cáncer de útero, mama y estómago son los más comunes en las mujeres entre los 35 y 55 años, así observamos en la tabla N°1.

**Tabla N°1**

### **Frecuencia de cáncer en mujeres de 35 a 55 años de edad .Ecuador 2006 - 2010**

<b>Cáncer</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>
Mama	405	470
Útero	724	722
Estómago	728	679

Fuente: Dirección de estadística MSP - INEC

Mientras que el cáncer hepático, estómago, próstata y pulmón son de mayor incidencia en los hombres adultos; como se aprecia en la tabla N°2.

**Tabla N°2**

### **Incidencia de cáncer en hombres adultos. Ecuador 2006 - 2010**

<b>Cáncer</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>
Hepático	1.224	1.241
Estómago	868	888
Próstata	707	868
Pulmón	360	428

Fuente: Dirección de estadística MSP - INEC

El cáncer en Ecuador es la segunda causa de muerte a nivel nacional, quince de cada cien muertes en el país se producen a causa del cáncer. En cuanto a la incidencia, nos encontramos a nivel medio en la escala mundial y regional. (Dirección de estadística MSP – INEC 2014).

Según GLOBOCAN(2012), un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes, por encima de países como Perú (140,9) o Venezuela (146,9), pero por debajo de Brasil (231,6) o Cuba (250,8).

En 2013, se estimó que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores. En mujeres, el cáncer que se presenta con mayor frecuencia es el de mama (34,7 casos por cada 100.000 mujeres). Aunque es prevenible, el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en mujeres, seguido por el cáncer de tiroides. Entre hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente, con una incidencia de 37,8 casos por cada 100.000 hombres, seguido por el cáncer de estómago, colorrectal y de pulmón. No obstante el cáncer de estómago ocupa el cuarto lugar entre mujeres y el segundo lugar en hombres en lo que se refiere a incidencia, la mayor parte de muertes por cáncer en el país se producen por malignidades en la región estomacal.

Incluso, la mortalidad por este cáncer ha aumentado. Según información de la OPS, el 20% de las muertes por cáncer en hombres y el 15% de las muertes en mujeres son por cáncer de estómago. La mortalidad por cáncer colorrectal y por cáncer de mama también se ha incrementado.

Aunque el cáncer de pulmón es el más común a nivel mundial con tasas que alcanzan los 53.5 casos por 100.000 habitantes en Europa Central y del Este, la incidencia en el país es mucho menor 5,99 por cada 100.000 hombres. Sin embargo, esta tendencia podría revertirse. Según la OPS, Ecuador se encuentra entre los países de América con la prevalencia más alta de adolescentes que consumen tabaco.

### **Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca**

Según el Sexto Informe de Epidemiología de Cáncer de SOLCA Cuenca, entre el 2005 y el 2009 se registraron un total de 9322 casos, de estos a la provincia del Azuay le correspondió el 55,4% (5170 casos); 3830 residían en la ciudad de Cuenca; 60,3% de sexo femenino y 39,7% de sexo masculino (Martínez, 2016).

## **1.2. Psicología y cáncer**

El cáncer es una enfermedad que afecta a la integridad del paciente por lo que es necesario un tratamiento multidisciplinar. Destacándose que la atención psicológica en el enfermo con cáncer no es un tema nuevo ya que de una u otra manera todos los profesionales de la salud la realizan en cada una de las fases por las que atraviesa el paciente. Por este motivo en la actualidad está demostrado que la intervención psicológica ha mejorado la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos oncológicos y de sus familiares (Carrillo, 2013).

El cuidado del aspecto psicológico debe ser una parte del tratamiento de los pacientes con cáncer en todas sus etapas, ya que se puede ofrecer intervenciones eficaces para manejar y tratar problemas complejos con los que se encuentran los enfermos a lo largo de su experiencia de enfermedad. Este tratamiento oncológico implica atender también a su salud mental y utilizar los medios psicológicos de los que se dispone para mantener, mejorar y priorizar la calidad de vida del paciente tomando en cuenta los principios de la bioética y a la triada que forma parte de este proceso como son el equipo de salud, el paciente y su familia (Carrillo, 2013).

La Psicooncología es la especialidad que surge de la fusión entre la psicología, la psiquiatría con la oncología y se encarga de la evaluación, la prevención y tratamiento de los aspectos psicológicos, sociales, culturales, espirituales, filosóficos, religiosos, económicos, legales y de la sexualidad en el paciente con cáncer, además de las repercusiones en su familia y del equipo terapéutico". (Sociedad Mexicana de Psicooncología A. C., 2009). De acuerdo a lo anterior, existen diferentes evaluaciones que toman en consideración para ver a un sujeto como una persona completa, estas son:

- La evaluación física, en esta se despliegan varios aspectos como lo son: el tipo y estadio de la enfermedad, así como lo relacionado con la alimentación y efectos que tiene la enfermedad.
- La evaluación familiar, aquí se toma en cuenta las características del paciente y de la familia, el apoyo y atención que recibe, las creencias, el nivel de educación con la que cuenta, con la finalidad de tener un conocimiento más cercano al ambiente en el que se desenvuelve el paciente. Es fundamental conocer si cuenta con algún seguro

médico que pueda proporcionarle los servicios, o lo realizara de manera independiente, si tiene el paciente la posibilidad de solventar los gastos etc.

- Evaluación espiritual, en este punto se observará la importancia que tiene para el sujeto la espiritualidad que tiene que ver con la paz interior y la religión, o el papel que juega alguna creencia, puesto que si se encuentran, hay una probabilidad de que haya de alguna manera un soporte para la persona, ya que puede ser un elemento esperanzador y esta a su vez provee un bienestar, de esto se desconoce si hay algún estudio científico que lo pruebe, pero bien podría relacionarse.

### **1.3 Afrontamiento**

El afrontamiento es un concepto que se ha venido utilizando en las últimas décadas por investigaciones que pretenden encontrar las respuestas del individuo para manejar una situación estresante. Hace tiempos fueron denominadas “defensas” por el enfoque psicoanalítico, posteriormente toma el nombre de afrontamiento, según Endler y Parker (1996).

En 1978 Pearling y Schooler abordaron el afrontamiento definiéndole como “una respuesta individual a los acontecimientos externos al sujeto con la función de controlar, evitar o prevenir una alteración emocional”.

Al respecto, Obrist (1981) considera el afrontamiento en base a su respuesta como una reacción de evitación (afrontamiento activo) o de no hacer nada (afrontamiento pasivo).

En tanto que Morris en (1986), de una manera más sencilla refiere que el afrontamiento es el intento de superar el estrés adaptando nuestras necesidades a las exigencias del ambiente.

Lazarus y Folkman (1986), tienen una definición más precisa; definen el afrontamiento 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.

Ampliando el concepto anterior, Sandin en 1995 indica que el afrontamiento son los esfuerzos conscientes tanto cognitivos como conductuales que hace el individuo para hacer frente el problema, bien tratando de modificar las fuentes inductoras del mismo o bien para

reducir o suprimir el estado de malestar, asumiendo un estilo personal de afrontar y un proceso de afrontar.

Así mismo Lazarus y Folkman en 1986 ya plantearon al afrontamiento como un proceso que está en constante evolución ante el esfuerzo del individuo por adaptarse o asimilar una situación estresante y se presenta en el momento en que el sujeto debe responder a las demandas hechas por el contexto en donde se encuentre, hay, por lo tanto, una relación constante entre el individuo y el ambiente.

Estos mismos autores, plantean que el afrontamiento es un proceso que tiene tres aspectos fundamentales, el primero tiene que ver con lo que el sujeto piensa y hace, la manera en que evalúa el evento estresante o la demanda hecha; el segundo se refiere a lo que el sujeto piensa y hace en relación a un contexto en particular, conocer eso que el sujeto va afrontar; y finalmente se habla de que el proceso de afrontamiento debe llevar al individuo a un cambio en sus pensamientos y en su comportamiento en la medida en que interactúe con su entorno.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso constante en donde el sujeto debe poner en acción todo su esfuerzo tanto cognitivo como conductual, para adaptarse a la situación; y al hablarse de un esfuerzo cognitivo se está refiriendo al sujeto reevaluando, generando estrategias que le permitan protegerse y/o resolver un problema, es una búsqueda constante de mejorar su situación. En esta circunstancia el individuo encuentra que su relación con el entorno cambia, esto se puede dar de manera interna, es decir, que en el sujeto se modifique el significado del evento y esto le permita un acercamiento y una mejor comprensión a dicha situación, o puede ser que el entorno como tal cambie, y estos cambios pueden ser independientes del individuo y de lo que hace para afrontarlo, lo que llevaría, de nuevo al sujeto a reevaluar lo que está sucediendo y de lo que esto significa en su proceso (Lazarus y Folkman, 1986).

Se ha venido hablando del afrontamiento como un proceso, por lo que se pensaría que conlleva unas etapas en las cuales se expresaría el estado en que se encuentre el sujeto, pero luego de varios estudios, de diversas propuestas por diferentes autores se llega a la conclusión, de que el afrontamiento no es un proceso normativo, es decir, el individuo si puede pasar por unas etapas pero éstas pueden variar dependiendo del sujeto que esté

viviendo la situación, ya que la forma en que el sujeto percibe, evalúa y le da significado a un evento estresante es diferente a otros.

A partir de esto Lazarus y Folkman (1986), hablan de dos funciones que se diferencian dentro del proceso de afrontamiento: el afrontamiento dirigido a la emoción, y el afrontamiento dirigido al problema.

**El estilo de afrontamiento dirigido a la emoción** es intento por regular la respuesta emocional, el cual se presenta cuando el sujeto realiza una evaluación de la situación y se da cuenta que no puede hacer nada para cambiar las condiciones amenazantes de su entorno. Dentro de este modo de afrontar se habla de un proceso cognitivo que se encarga de disminuir el trastorno emocional a través de estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos; y el segundo un intento por manipular el problema.

Al hablarse de un proceso cognitivo como una forma de afrontar en el ámbito afectivo se hace énfasis en el concepto de reevaluación, puesto que el individuo busca la manera de modificar su forma de vivir la situación, de darle un significado diferente a lo que realmente está ocurriendo, y esto lo hace desde su perspectiva interna, es decir, la situación no cambia realmente, pero sí su forma de verla y significarla, es por esto que se habla de una reevaluación cognitiva en donde el sujeto le da una segunda mirada a la situación amenazante o estresante para afrontarla de una mejor manera.

**El estilo de afrontamiento dirigido al problema** se da con más frecuencia en situaciones en que el sujeto percibe si son susceptibles de cambio. A partir de esto, el individuo genera estrategias para redefinir el problema y de allí encontrar la solución a éste. Este tipo de afrontamiento tiene una gama de posibilidades mucho más amplias que el afrontamiento dirigido a la emoción, puesto que las estrategias que se encuentran para cambiar o modificar el problema también van a tener un efecto en la interioridad del sujeto, por lo tanto, trabaja tanto en la redefinición y solución del problema como también para la reevaluación que hace el sujeto de ese problema, logrando así un mejoramiento de la situación.

Para el sujeto llevar a cabo este proceso de afrontamiento debe tener en cuenta los recursos que ya tiene. El sujeto requiere de estos recursos como propiedades particulares para afrontar la situación amenazante, algunos de los recursos propuestos son: la salud y la energía (recursos físicos) en donde se dice que una persona saludable y con una buena disposición física puede afrontar una situación de estrés mucho mejor que una persona frágil, enferma o cansada, ya que para afrontar y hacer cara a un problema o una situación amenazante es mejor tener una buena disposición física y no un cuerpo agotado; las creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes), y de resolución de problemas, entre otros recursos que son ambientales e incluyen recursos sociales y materiales (Lazarus y Folkman, 1984).

En lo referido a las creencias positivas, se dice que una percepción positiva de sí mismo ayuda al proceso de afrontamiento, dentro de esto se habla de esperanza ya que una persona con una percepción positiva de sí misma puede lograr ver y valorar la situación adversa de una forma diferente, permitiéndole así afrontarla.

En cuanto a las técnicas de resolución de problemas, se habla de un individuo buscando la forma de solucionar y afrontar la situación amenazante, un sujeto activo buscando alternativas, explicaciones, examinando las posibilidades que tiene con respecto a la situación, sus ventajas y desventajas; para llevar a cabo esto el sujeto tiene que recurrir a sus experiencias previas, a sus habilidades cognitivas-conductuales.

A partir de los recursos también se habla de las posibles limitaciones que se pueden presentar en el proceso de afrontamiento, ya que en esa relación individuo – entorno, pueden haber demandas hechas por el ambiente al sujeto que exceden los recursos con los que cuenta el individuo; puede suceder que el individuo cuente con los recursos adecuados para afrontar la situación y responder a las demandas pero éste no sabe cómo ponerlas en uso; y esto puede darse a causa de unos condicionamientos personales que limitan al sujeto, es decir, el sujeto se limita a causa de sus creencias o esquemas que ha construido durante su desarrollo; y también se habla de unos condicionamientos ambientales como son las limitantes en cuanto a recursos materiales que le impidan al sujeto afrontar la situación estresante o amenazante (Lazarus y Folkman, 1986).

### 1.3.1. Recursos / Estilos de afrontamiento:

Para Pearlin y Schooler (1978), los recursos de afrontamiento tienen como función eliminar o modificar las condiciones que facilitan el desarrollo de problemas, controlar el significado de la experiencia y neutralizar el problema; manteniendo las consecuencias emocionales dentro de los límites razonables.

Antonovsky (1979), denomina a los recursos como aspectos generalizados de resistencia, describiendo las características que facilitan el manejo del estrés: físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, de actividad, interpersonales y macro socio culturales.

Lazarus y Folkman (1986), clasifican a los recursos en:

- **Recursos personales:** son características individuales que se utilizan en un estilo de afrontamiento tales como: cognitivos, emocionales, espirituales y físicos.

**Recursos cognitivos:** se centran en el nivel psicológico de la aceptación, búsqueda de apoyo y afrontamiento de la enfermedad.

**Recurso espiritual:** se centra en el apoyo religioso buscando una base divina y protectora para afrontar un padecimiento oncológico.

**Recurso físico:** la capacidad de movimientos y fuerzas para realizar actividades en mayor o menor escala.

**Recurso emocional:** capacidad de expresar pensamientos y sentimientos ya sean negativos o positivos para sobrellevar una situación de enfermedad complicada.

- **Recursos Sociales:** son los apoyos colectivos que se utilizan para afrontar una situación estresante, es decir, redes de soporte social y financiero.

De igual modo, Hammer y Marting (1988) sostienen que los recursos son inherentes a las personas, permitiéndoles manejar los estresores con más eficacia, experimentan menos intensidad de síntomas ante la exposición a una situación estresante o para enfrentar la exposición más rápidamente. Considera cinco recursos: cognitivo, social, emocional, espiritual y físico.

Por su parte Rodríguez (1995), manifiesta que los recursos o estilos de afrontamiento son elementos y/ o capacidades, internos o externos con las que cuenta la persona para hacer frente a las demandas de acontecimientos o situaciones potencialmente estresantes, estas están determinadas en salud psicofísica, creencias positivas, técnicas resolutivas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales.

Las personas con más recursos personales y sociales tienen mayor probabilidad de hacer uso de un estilo de afrontamiento superior y menos probabilidad de usar un afrontamiento inferior evitativo señalan (Hoilahan y Moos, 1987).

En conclusión, el concepto de recursos/estilos de afrontamiento se refieren a las capacidades e instrumentos potenciales que permiten a las personas manejar situaciones estresantes como el cáncer de una manera más eficiente (De la Cruz, 2003).

#### **1.4. Afrontamiento y Cáncer**

El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. Además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales (personalidad previa, experiencias de personas cercanas con el cáncer, atribuciones que se dan a la propia situación, creencias religiosas, etc.) que también influyen en la reacción psicológica de la persona ante el diagnóstico. El hecho de asociar cáncer a muerte y a sufrimiento, hace que cuando una persona haya de enfrentarse a este diagnóstico, se vea enfrentada a su propia muerte con el consiguiente sufrimiento y angustia ante dicha probabilidad (Palacio, 2009).

Según Moorey y Greer (1989), el paciente oncológico debe aprender a lidiar no sólo con los molestos síntomas y efectos secundarios del tratamiento, sino también con una serie de cambios en distintos aspectos de su vida, que resultan muy difíciles de sobrellevar. La manera en la cual el paciente busca adaptarse a ella dependerá, entre otras cosas, de ciertas variables psicológicas como: la percepción del diagnóstico de cáncer, la visión de su pronóstico, la sensación de control que se tiene sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento para lidiar con el estrés, y las reacciones emocionales que emergen de toda esta experiencia.

Se han realizado varios estudios sobre el afrontamiento de pacientes oncológicos así se menciona uno realizado en Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú por

Ojeda Soto (2009), en el que se obtuvo el 25.7% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tuvo un buen afrontamiento, en el área cognitiva el 35.7% obtuvo un buen afrontamiento; la estrategia más utilizada fue el reordenamiento de prioridades, en el área conductual el 12.9% tuvo un buen afrontamiento; la estrategia más utilizada fue la aproximación y afrontamiento dirigido al problema.

En otra investigación Díaz Castellanos (2010), concluyó que las personas en su vida cotidiana generalmente no acostumbran a tener conductas de prevención hasta que perciben amenazas para su salud, también se evidenció que después de pasar por la incertidumbre acerca de un posible diagnóstico, las personas desarrollan mecanismos de defensa en cuanto al diagnóstico positivo, las cuales generan conductas adaptativas al proceso de enfermedad, mientras que otras suelen aislarse y esconderse del problema logrando con esto un mayor estado de estrés y depresión por la situación en que se encuentra.

En Náhualt, México Martínez (2009), reporta que los recursos de afrontamiento más empleados por los pacientes oncológicos fueron los recursos bajos 97,1%, en tanto que los estilos intermedios fueron 2,9% sin encontrarse pacientes que utilizaron un recurso superior; en relación a la calidad de vida se encontró que el 35,3% presentó una calidad de vida buena, 35,3% calidad de vida regular y el 29,4% calidad de vida mala. Además en este estudio se destaca que los recursos cognitivos y espirituales fueron los más empleados.

Monge (2006), en un trabajo sobre, “Calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de Es Salud Cusco” reportó que el 86.8%, consideró que su calidad de vida es mala y solo un 4.2%, consideró que es buena.

Espantoso (2007), en una investigación sobre calidad de vida en pacientes oncológicos determinó que la calidad de vida buena se dio en el 12,8%, regular en 35,7% y mala 50,2%

En el estudio realizado por Soto Cáceres R. (2013) sobre nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga de Chiclayo se encontró que la calidad de vida mala se presentó en el 21,1 % de los pacientes y calidad de vida buena en el 78,9%.

Salas (2014), en una investigación sobre calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada Lima Perú concluyó que los pacientes oncológicos terminales presentaron una calidad de vida regular con 41,2%; según las

dimensiones de la calidad de vida, la dimensión psicológica fue la más afectada con 47,1%, seguido de la dimensión social con 33,3% y dimensión funcional con 27,5%.

### **1.5. Calidad de vida**

Aunque la mayoría de las personas comprenden intuitivamente las connotaciones que implica la expresión «calidad de vida», ha sido, sin embargo, extremadamente complicado para los especialistas en la salud, tanto del ámbito social como sanitario, obtener una definición precisa.

A menudo el término «calidad de vida» es utilizado por el personal científico sin ningún tipo de definición explícita, abarcando elementos muy dispares con objeto de poder cuantificarlo, como puede ser desde la pérdida de peso hasta medidas estandarizadas psicológicas del estrés emocional (Schwartzmann, 2003).

Según OMS (1996) la calidad de vida es definida como un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de condiciones de vida y el grado de satisfacción con la misma. Todo ello matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

#### **1.5.1. Calidad de vida en pacientes oncológicos**

En Oncología, siguiendo al profesor Neil Aaronson, nos referimos a la calidad de vida relacionada con la salud tal y cómo entiende ésta la OMS, con sus dimensiones biopsicosociales, y a la influencia que tienen en ella la enfermedad y los tratamientos oncológicos. Por otro lado, se refiere no solo al mantenimiento de la salud, sino también a su mejora.

Hay un consenso sobre las características de la calidad de vida en el paciente oncológico. Una de ellas es su subjetividad: debe ser el propio paciente quien valore su calidad de vida. Otra característica clave, es que se considera que forman parte de ella las dimensiones del paciente físicas, y además las psíquicas y sociales, como el estado emocional, la relación con los familiares, su preocupación por su futuro, o la imagen corporal. Esto supone un contraste importante con una visión de los cuidados al paciente oncológico donde pudieran primar los aspectos físicos, como la toxicidad creada por el tratamiento. Las dimensiones

biopsicosociales van a ser por lo tanto áreas importantes a evaluar y a trabajar en el paciente oncológico, y tal como decimos más adelante, criterios clave a la hora de valorar la efectividad de un tratamiento (Portillo, 2002).

La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos, de que sus necesidades están siendo satisfechas o bien se les están negando oportunidades de alcanzar la autorrealización con independencia de su estado de salud físico o de las condiciones sociales y económicas. Para Portillo (2002), otros problemas que afectan la calidad de vida del paciente oncológico están relacionados con las preocupaciones por una alteración de sus actividades cotidianas como: pérdida de trabajo, pérdida de estudios, aumento de gastos económicos, sentimiento de “carga” para la familia, afectando la elección y adherencia al tratamiento (Valdovinos, 2009).

Diversos autores afirman que la adaptación a una vida con cáncer se considera relativa a la reducción de las emociones negativas manteniendo un nivel razonable de vida, por lo tanto los factores que influyen en la calidad de vida de un paciente oncológico son de carácter físico, psicológico, laboral, social y familiar.

El mantenimiento y la mejora de la calidad de vida es uno de los objetivos clave de la atención que recibe el paciente oncológico. Desde los años 90 se ha incrementado de manera importante la evaluación y la búsqueda de la mejora de la calidad de vida en dichos pacientes. La calidad de vida es actualmente una de las variables clave en Oncología, tan importante como otras variables médicas (la supervivencia o la respuesta al tratamiento). Orienta la atención que reciben dichos pacientes. Dicha calidad de vida es en especial importante en algunos grupos más frágiles como los pacientes con enfermedad avanzada, en los que es clave cuidar su calidad de vida y hacer un balance entre qué efectos consigue el tratamiento sobre la enfermedad en comparación a su peso en la calidad de vida; o en las personas mayores, las cuales constituyen un grupo muy amplio de los pacientes oncológicos.

Por este motivo se plantea como:

**Objetivo general:**

-Determinar los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca Ecuador 2016.

**Objetivos específicos:**

1. Identificar las características demográficas de los pacientes oncológicos: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción.
2. Determinar las características del Cáncer: tipo, estadio, diagnóstico, tratamiento, pronóstico
3. Establecer los estilos de afrontamiento y calidad de vida del grupo de estudio.

## **CAPÍTULO II: APLICACIÓN PRÁCTICA.**

### **2.1. Metodología.**

**2.1.1. Tipo de estudio:** cuantitativo, descriptivo, transversal y relacional.

**2.1.2. Universo:** todos los pacientes que acudieron en un período de dos meses al departamento de clínica en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca y que cumplan los siguientes criterios de inclusión: todos los pacientes del departamento de clínica del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, que desearon participar y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron a pacientes oncológicos con discapacidad que dificulte aplicar los instrumentos de recolección de datos, a pacientes no oncológicos y pacientes que desconozcan su diagnóstico.

Se realizó la investigación con 70 pacientes.

### **2.1.3. Instrumentos para la recolección de la información:**

- **Formulario para datos demográficos y características del cáncer** que incluye: edad, sexo, religión, procedencia, nivel de instrucción; tipos de cáncer, estadíos y tipos de tratamiento.

#### **- Inventario de recursos de afrontamiento**

Para medir el afrontamiento de los pacientes a la enfermedad se utilizó el Inventario de Recursos/ Estilos de Afrontamiento Coping Resources Inventory (CRI) elaborado por Allen L. Hammer y M. SusanMarting en 1987. Este Inventario fue construido dentro del marco teórico que conceptúa el estrés a través de variables cognitivas que median entre los estresores y los resultados psicológicos y físicos (Teoría de Lazarus y Folkman, 1986).

El Inventario se compone de 41 ítems que mide 5 escalas o recursos de afrontamiento: cognitivos, sociales, emocionales, espirituales y físicos. Su versión original se encuentra en inglés. Categorizando las respuestas de afrontamiento conformada por 41 ítems tipo likert que evalúan cinco grupos de recursos personales:

1. Recursos Cognitivos.
2. Recursos Sociales.
3. Recursos Emocionales.

4. Recursos Espirituales o Filosóficos.

5. Recursos Físicos.

Asignándose los siguientes ítems para cada tipo de recursos:

Recursos Cognitivos: 9 ítems (1, 3, 4, 5, 10, 13, 31, 37 y 38)

Recursos Sociales: 5 ítems (2, 14, 15, 17 y 35)

Recursos Emocionales: 13 ítems (7, 8, 9, 11, 16, 18, 20, 22, 24, 25, 30, 32 y 40)

Recursos Espirituales: 8 ítems (12, 19, 23, 26, 29, 31, 33 y 36)

Recursos Físicos: 6 ítems (6, 21, 27, 28, 39 y 41)

Estilo de Afrontamiento: se obtiene por la suma de las cinco áreas de recursos. Un puntaje menor o igual a 66 señala un estilo bajo de afrontamiento, un puntaje de 67 y 77 puntos señala la presencia de recursos de estilo intermedio, mientras que los puntajes mayores a 77 refieren estilo de afrontamiento superior.

#### **-Escala de Karnofsky**

Para medir la calidad de vida de los pacientes oncológicos, se utilizó la escala de actividad Karnofsky (KPS) que emplea como población diana: población oncológica. Se trata de una escala hetero administrada que valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida (Karnofsky, 1948).

Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana.

- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad.
- Karnofsky  $\leq 50$  indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes
- La Escala de Karnofsky es la mejor estudiada para la medición de la capacidad funcional en pacientes oncológicos.
- Consta de 11 actividades con puntajes que van de 0 a 100 permite identificar la calidad de vida de la siguiente manera:

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>PUNTOS</b>
BUENA	80 - 100
REGULAR	50 - 70
MALA	10 - 40

#### **2.1.4. Procedimiento**

##### **Etapa uno: adaptación y validación de instrumentos**

Adaptación y validación por 4 expertos y aplicación piloto en 30 pacientes del departamento de cirugía del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca Ecuador.

##### **Etapa dos: acceso a la población de estudio**

La población se seleccionó en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, en pacientes del departamento de clínica que presentaron diagnóstico de cáncer. La elección se hizo a todos los pacientes que acudieron al departamento de clínica durante dos meses, que cumplieron con los criterios de inclusión, y desearon participar en el estudio y fueron en un número de 70 pacientes.

A los/as pacientes seleccionados se les solicitó firmar el consentimiento informado (Anexos), donde se les explicó los objetivos del estudio y en qué consistía su participación.

##### **Etapa tres: implementación de los instrumentos**

Para la implementación de los instrumentos se procedió de la siguiente manera:

Se utilizó:

- Formulario para datos demográficos y características de cáncer.
- Inventario de respuestas de afrontamiento.
- Escala de Karnofsky para calidad de vida en pacientes oncológicos (Anexos).

Bajo las consideraciones de pertinencia, aplicabilidad y reproducibilidad; se mantuvo de manera estricta las consignas de su aplicación.

Una vez realizada la validación y aprobado el protocolo por la Comisión Académica de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, se envió la solicitud a SOLCA sede Cuenca, incluyendo el protocolo y los formularios que se aplicaron para la aprobación por parte de los comités de dicha institución.

Posteriormente cuando se recibió el visto bueno de los respectivos comités del Instituto del Cáncer SOLCA sede Cuenca, se seleccionaron a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; y se comenzó la ejecución del trabajo de investigación, aplicando los formularios como se describe en la etapa II.

### **2.2.5. Análisis de datos**

Los datos se procesaron y tabularon con el paquete estadístico SPSS.20. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio y se obtuvieron las frecuencias, porcentajes y relación de las variables según los objetivos planteados.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En relación al Objetivo Específico N°1 se encontraron los siguientes datos demográficos: La mayor parte de los pacientes estudiados corresponden a adultos (40-64 años) con un 48,6%, le siguen los adultos jóvenes (20 a 39 años) con un 31,4% y adultos mayores (65 años y más) con el 20%, como lo apreciamos en la tabla 1.

**Tabla N°1**

**Edad de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Adulto Joven (20-39 años)</b>	22	31,4
<b>Adulto (40-64años)</b>	34	48,6
<b>Adulto Mayor (65 años y más)</b>	14	20,0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Según el sexo los pacientes no presentaron diferencia ya que se obtuvo el 50% de sexo femenino y el 50% de sexo masculino, de acuerdo a la tabla 2.

**Tabla N°2**

**Sexo de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Masculino</b>	35	50,0
<b>Femenino</b>	35	50,0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

En relación a la religión se aprecia que la mayoría de los pacientes profesa la religión católica en un 75,7%, los testigos de Jehová en 8,6%, la religión cristiana con 7,1% y otras un 8,6%, de acuerdo a la tabla 3.

**Tabla N°3**

**Religión de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>RELIGIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Católica</b>	53	75,7
<b>Testigos de Jehová</b>	6	8,6
<b>Cristiana</b>	5	7,1
<b>Otra</b>	6	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

En relación a la procedencia se puede observar que la mayoría son de la provincia del Azuay 58,6% seguida de otras provincias del Austro ecuatoriano Cañar (15,7%), Loja 7,1%, El Oro con 5,7 % y de otras provincias el 12,9% como se evidencia en la tabla 4.

**Tabla N°4**

**Procedencia de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Azuay</b>	41	58,6
<b>Cañar</b>	11	15,7
<b>Loja</b>	5	7,1
<b>El Oro</b>	4	5,7
<b>Otro</b>	9	12,9
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Según el estado civil se observa que el estado civil casado es el más frecuente en los pacientes estudiados con el 61,4% seguido de soltero 21,4%, divorciado 8,6% unión libre y viudos con el 4,3% como se observa en la tabla 5.

**Tabla N°5**

**Estado civil de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Casado</b>	43	61,4
<b>Soltero</b>	15	21,4
<b>Divorciado</b>	6	8,6
<b>Unión Libre</b>	3	4,3
<b>Viudo</b>	3	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

En relación al nivel de instrucción los pacientes estudiados tienen un mayor porcentaje un nivel primario con 45,7%, seguidos de nivel secundario con 37,2% y por último nivel superior con 17,1%; como se observa en la tabla 6.

**Tabla N°6**

**Nivel de instrucción de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Primaria</b>	32	45,7
<b>Secundaria</b>	26	37,2
<b>Superior</b>	12	17,1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

De acuerdo al objetivo específico 2 se evidenciaron las siguientes características del cáncer: En relación a los tipos de Cáncer se aprecia que la mayor parte de los pacientes estudiados tienen Tumores Sólidos en un 55,7% y Tumores Hematológicos en un 44,3%; como se observa en la Tabla 7.

**Tabla N°7**

**Tipos de cáncer de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>TIPOS DE CANCER</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Tumores Sólidos</b>	39	55,7
<b>Tumores Hematológicos</b>	31	44,3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

De acuerdo al estadio del cáncer se observa que la mayor parte de los pacientes estudiados se encontraban en estadio II con el 51,4%, en estadio IV el 30,1% , seguido de estadio III el 17,1% y por último en estadio I tan solo el 1,4%; de acuerdo a la tabla 8.

**Tabla N°8**

**Estadios de cáncer de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>ESTADIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>I</b>	1	1,4
<b>II</b>	36	51,4
<b>III</b>	12	17,1
<b>IV</b>	21	30,1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Según el tipo de tratamiento la mayoría de los pacientes estudiados se encuentran recibiendo quimioterapia en 37,1%, quimioterapia y radioterapia combinados en un 32,9%, radioterapia paliativa en un 27,1% y por último solo radioterapia en 2,9%; como se evidencia en la tabla 9.

**Tabla N°9**

**Tipos de tratamiento de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>TRATAMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Quimioterapia</b>	26	37,1
<b>Quimioterapia y Radioterapia</b>	23	32,9
<b>Radioterapia Paliativa</b>	19	27,1
<b>Radioterapia</b>	2	2,9
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

De acuerdo al objetivo específico 3, en relación a los estilos de afrontamiento del grupo de estudio frente al cáncer se determinó que más de la mitad de los pacientes el 58,6% presentan un estilo superior, 25,7% un estilo intermedio y 15,7% un estilo de afrontamiento bajo como se evidencia en la tabla 10

**Tabla N°10**

**Estilos de Afrontamiento de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>ESTILOS DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Superior</b>	41	58,6
<b>Intermedio</b>	18	25,7
<b>Bajo</b>	11	15,7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Según los recursos de afrontamiento se observa que de los pacientes estudiados el 38,6% utiliza los recursos emocionales para hacer frente a la enfermedad, seguido del 34,2 % que aplica recursos espirituales, el 18,6% utiliza recursos espirituales, el 8,6% recursos físicos y ningún paciente utiliza recursos sociales, como se evidencia en la tabla 11.

**Tabla N°11**

**Recursos de afrontamiento de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>RECURSOS DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Emocional</b>	27	38,6
<b>Espiritual</b>	24	34,2
<b>Cognitivo</b>	13	18,6
<b>Físico</b>	8	8,6
<b>Social</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Según la calidad de vida en la tabla 12 se observa que de los pacientes estudiados la mayoría un 54,3% tienen una calidad de vida buena, seguidos del 44,3% que presenta una calidad de vida regular y solamente encontramos que el 1,4% tienen una calidad de vida mala.

**Tabla N°12**

**Calidad de vida de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Buena</b>	38	54,3
<b>Regular</b>	31	44,3
<b>Mala</b>	1	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

En la tabla N°13 se observa que el (48,6%) de los pacientes que tienen un estilo de afrontamiento superior tienen una calidad de vida buena; el 22,9% que tienen un Estilo de Afrontamiento Intermedio tienen Calidad de Vida Regular y el 11,4% que tienen un Afrontamiento Bajo tienen Calidad de Vida Regular. Estos resultados presentan una relación significativa. ( $\chi^2 = 37$ , gl 4  $p \leq 0,000$ )

**Tabla N°13**

**Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

Estilos de Afrontamiento	Calidad de Vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Superior	34	48,6	7	10	0	0,0	41	58,6
Intermedio	2	2,9	16	22,9	0	0,0	18	25,7
Bajo	2	2,9	8	11,4	1	1,4	11	15,7
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>54,3</b>	<b>31</b>	<b>44,3</b>	<b>1</b>	<b>1,4</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

De acuerdo a los recursos de afrontamiento y calidad de vida se evidencia que los pacientes que utilizaron recursos de afrontamiento emocional superior (30%) y recursos espiritual superior (28,6%) se correlacionan con calidad de vida buena así como los que utilizaron recursos físicos intermedios (44,3%) tienen calidad de vida buena; en cambio los que utilizaron recursos cognitivo intermedio (31,4%) tienen calidad de vida regular y los que utilizaron recursos social bajo (31,4%) tienen calidad de vida regular, como se aprecia en la tabla 14.

Tabla N° 14

Recursos de afrontamiento y calidad de vida de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO	CALIDAD DE VIDA							
	Buena		Regular		Mala		Total	
RECURSO COGNITIVO	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Superior	11	15,7	2	2,9	0	0,0	13	18,6
Intermedio	24	34,3	28	40,0	1	1,4	53	75,7
Bajo	3	4,3	1	1,4	0	0,0	4	5,7
<b>RECURSO SOCIAL</b>								
Intermedio	17	24,3	8	11,4	0	0,0	25	35,7
Bajo	21	30,0	23	32,9	1	1,4	45	64,3
<b>RECURSO EMOCIONAL</b>								
Superior	21	30,0	6	8,6	0	0,0	27	38,6
Intermedio	14	20,0	19	27,1	1	1,4	34	48,6
Bajo	3	4,3	6	8,6	0	0,0	9	12,9
<b>RECURSO FÍSICO</b>								
Superior	5	7,1	1	1,4	0	0,0	6	8,6
Intermedio	31	44,3	8	11,4	0	0,0	39	55,7
Bajo	2	2,9	22	31,4	1	1,4	25	35,7
<b>RECURSO ESPIRITUAL</b>								
Superior	20	28,6	4	5,6	0	0,0	24	34,2
Intermedio	13	18,6	13	18,6	0	0,0	26	37,2
Bajo	5	7,1	14	20,0	1	1,4	20	28,6

En relación al tipo de diagnóstico y estilos de afrontamiento se observa que el 32,9% de pacientes que tienen tumores sólidos tienen estilo de afrontamiento superior y el 25,7 % de los pacientes que tienen tumores hematológicos presentan estilo de afrontamiento superior como se observa en la tabla 15.

**Tabla N° 15**

**Tipo de diagnóstico y estilos de afrontamiento de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

Tipo de Diagnóstico	Estilos de Afrontamiento						Total	
	Superior		Intermedio		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tumores Hematológicos	18	25,7	7	10,0	6	8,6	31	44,3
Tumores Sólidos	23	32,9	11	15,7	5	7,1	39	55,7
<b>Total</b>	41	58,6	18	25,7	11	15,7	70	100,0

En relación al tipo de diagnóstico y calidad de vida 28,6 % de pacientes que tienen tumores hematológicos tienen calidad de vida buena en cambio el 25,7% de los pacientes que tienen tumores sólidos tienen calidad de vida buena.

**Tabla N° 16**

**Tipo de diagnóstico y calidad de vida de 70 pacientes hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca- Ecuador 2016.**

Tipo de Diagnóstico	Calidad de Vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tumores Hematológicos	20	28,6	11	15,7	0	0,0	31	44,3
Tumores Sólidos	18	25,7	20	28,6	1	1,4	39	55,7
<b>Total</b>	38	54,3	31	44,3	1	1,4	70	100,0

## Discusión

En la presente investigación en relación a las características demográficas de grupo de estudio se encontró que: 48,6 % son adultos, no hay diferencia en el sexo ya que se encontró 50% de sexo femenino y 50% del sexo masculino; el 75,7% profesa la religión católica, el 58,6 pertenecen a la provincia del Azuay; el 61,4% son de estado civil casado, y el 45,7% son de instrucción primaria. Datos muy parecidos a las siguientes investigaciones: una realizada en Minatitlán México (Martínez 2009) en donde se observó que la mayoría de los participantes fueron adultos (38,2%), de sexo femenino 55,9%; de religión católica 75,5% y casados el 63,5% y otra realizada en ciudad Pereira por (Palacio 2009) en donde se encontró que la edad de adultos estaba en 42%, casadas 35%, nivel de instrucción primaria en 45% y 65% de religión católica.

Según las características del cáncer se observó en que los tumores sólidos se presentan con mayor frecuencia en 55,7% de los pacientes estudiados, más de la mitad 51,4% están en estadio II y el tipo de tratamiento más utilizado fue la quimioterapia en un 37%.

En otro ámbito de la investigación de acuerdo a los resultados del presente estudio se evidenció que según los estilos de afrontamiento más de la mitad de los pacientes (58,6%) presentan un estilo superior, 25,7% un estilo intermedio y 15,7% un estilo de afrontamiento bajo, cifra elevada en relación al estudio realizado en Náhualt, México por (Martínez M, 2009), quién reporta que los recursos de afrontamiento más empleados por los pacientes oncológicos fueron los recursos bajos 97,1%, en tanto que los estilos intermedios fueron 2,9% sin encontrarse pacientes que utilizaron un recurso superior e igualmente con la investigación realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú en donde se encontró que solo el 25,7% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tuvo un afrontamiento superior.

Según los recursos de afrontamiento se aprecia en el presente estudio que el 38,6% utiliza los recursos emocionales para enfrentar la enfermedad, el 34,2 % recursos espirituales, el 18,6% recursos cognitivos, el 8,6% los recursos físicos contrastando con otros estudios existen diferencias marcadas por ejemplo con un estudio realizado por el Servicio de Ginecología de Perú en donde se encontró que el 87% de las pacientes tenía un recurso de

afrontamiento espiritual, o como en el de Martínez (2009), que destaca que los recursos cognitivos y espirituales fueron los más empleados.

En relación a la calidad de vida en la presente investigación se observó que el 54,3% de los pacientes tiene una calidad de vida buena, el 44,3% calidad de vida regular y el solo el 1,4% calidad de vida mala contrastándose con el estudio realizado por Soto Cáceres (2013) que evidenció que el 78,9% de pacientes con calidad de vida buena y muy distante el 21,1 % calidad de vida mala. Además diferenciándose de otros trabajos como el de la investigación realizada por Monge (2006) que reportó que el 68.8%, consideró que su calidad de vida es mala y solo un 4.2%, consideró que es buena, coincidiendo con Espantoso 2007 que determinó que la calidad de vida buena se dio en el 12,8%, regular en 35,7% y mala 50,2% y con Monge (2006) reportó que el 86.8%, consideró que su calidad de vida es mala y solo un 4.2%, consideró que es buena. En cambio Martínez (2009) evidenció en su trabajo que el 35,3% presentó una calidad de vida buena, 35,3% calidad de vida regular y el 29,4% calidad de vida mala. Salas (2014) en una investigación sobre calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada Lima Perú encontró que los pacientes oncológicos terminales presentaron una calidad de vida regular en 41,2%; según las dimensiones de la calidad de vida, la dimensión psicológica fue la más afectada con 47,1%, seguido de la dimensión social con 33,3% y dimensión funcional con 27,5%.

## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **Conclusiones Generales**

Luego de realizado el estudio se llegó a determinar lo siguiente:

1. De acuerdo al objetivo específico 1, en las características demográficas de grupo de estudio se encontró que el 48,6 % son adultos, no hay diferencia en el sexo ya que se encontró 50% de sexo femenino y 50% del sexo masculino; el 75,7% profesa la religión católica, el 58,6 pertenecen a la provincia del Azuay; el 61,4% son de estado civil casado, y el 45,7% son de instrucción primaria.
2. En relación al objetivo específico 2, según las características del cáncer se observó que los tumores sólidos se presentan con mayor frecuencia en 55,7% de los pacientes estudiados, más de la mitad 51,4% están en estadio II y el tipo de tratamiento más utilizado fue la quimioterapia en un 37%.
3. De acuerdo al objetivo específico 3 que busca identificar los estilos de afrontamiento se encontró que cerca del 60% tiene un afrontamiento superior, el 25,7% estilo de afrontamiento intermedio y 15.7 % estilo de afrontamiento bajo. Según los recursos de afrontamiento se evidenció que el 38,6% utiliza un recurso emocional superior, el 34,2,2 % el recurso espiritual superior, el 18,6% el recurso cognitivo superior, el 11,4 utiliza los recursos físicos superior y ningún paciente utilizó como recurso de afrontamiento el recurso superior, además se evidenció que en relación a la calidad de vida se observó que el 54,3% de los pacientes tiene una calidad de vida buena, el 44,3% calidad de vida regular y el 1,4% calidad de vida mala. Es importante recalcar que existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes oncológicos estudiados.

### **Recomendaciones**

- Se recomienda realizar nuevas investigaciones con pacientes oncológicos de otras áreas y de otras instituciones a nivel local y nacional, especialmente con enfermos oncológicos terminales para conocer cómo afrontan su enfermedad y su calidad de vida.

- Crear programas de evaluación y educación integral de forma constante, dirigido al paciente oncológico, donde se incluyan los procesos de afrontamiento para mejorar la calidad de vida.
- Sugerir en todas las instituciones que atienden a pacientes oncológicos la necesidad del apoyo psicológico para que los mismos puedan enfrentar la enfermedad de mejor manera, utilizando los recursos: emocionales, espirituales, cognitivos, físicos y sociales.
- Difundir información a los pacientes de cáncer, sus familiares y entorno sobre la enfermedad y su tratamiento para que puedan afrontar de forma adecuada su problema.
- Socializar los resultados obtenidos en esta investigación, en búsqueda de una mejor atención por parte del equipo de salud que atiende a pacientes oncológicos desde el diagnóstico, evolución, adherencia al tratamiento, adaptación a la enfermedad, bienestar psicológico y calidad de vida en general.

## Referencia bibliográfica:

- Amado, H., Arcila, C., Correa, L., García, C., Nieto, E., & Ríos, N. (2007). *Seguimiento a las mujeres con reporte citológico de "lesiones intraepiteliales" reportadas a la sede de salud.*
- American Cancer Society: Cancer Facts & Figures for Hispanics/Latinos 2012-2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2012. DisponibleNotificación de salida también en Internet. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/comunes>
- Anguas, G., Y Martínez A. (2013). La calidad de vida y la autonomía en pacientes intervenidos de lengua. *Biblioteca Las casas*, 9(2). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0709>
- Boletín de la Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe mundial sobre el cáncer. Recuperado de <http://www.oms.news/cancer/>
- Batten, M. (diciembre, 2005). Formas de cuidados psico-sociales de los supervivientes del cáncer. *Cancer Supplement*, 10(4), 26-37. Recuperado de [www. Breastlink.org](http://www.breastlink.org) Sociedad Mexicana de Psicología.
- Díaz Castellanos I (2010). Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos.
- De la Cruz, L. (2003). Afrontamiento al Estrés en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado. *Universidad san Marcos Lima Perú.*
- Galindo, O. (2013) Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. 2013 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-mexicana-oncologia>.
- Galindo, O., Valadez, L., Álvarez, M., González, C., Robles, R., Y Salvador, S. (2011). *Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México.*
- Instituto nacional de cancerología E.S.E. (2004). El cáncer: aspectos básicos sobre su biología clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <http://www.incancerologia.gov.co/portal/default.aspx>.
- Karnofsky, D., Abelman, W., Graver, F., et al. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom. *CANCER* 1(6), 34-56.
- Lazarus R., Y Folkman S. (1994). Estrés y procesos cognitivos.
- Llull, D. Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8 (2), 175-182. Recuperado de [www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09.pdf)
- Marks, D., Murray, E., Brian, W., Woodall, C., Sykes, y Catherine, M. (2008). *Psicología de la salud teoría, investigación y práctica.* México: manual moderno.
- Martínez, F. (2016) Sexto Informe de Epidemiología de Cáncer de SOLCA Cuenca 2015. *Revista anual de SOLCA*, 15(4).

- Martínez, M. (2009). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Universidad Veracruzana.
- Monge, F. (2006). Calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de EsSalud Cusco” Perú
- Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. (1998) A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology*.
- Nabal, M., Pascual, A. Y Llombart, A. (2006). Valoración general del paciente oncológico avanzado. *Principios de control de síntomas Servicio de Oncología Médica*. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.
- Ojeda, S. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama Revista enfermería Herediana.
- Puente, J. (2015). Cáncer y sus generalidades. *Salud S.A*. Recuperado de <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>.
- Rivero, R (2008) Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica* 15(1).
- Rodríguez, J. (2004). Afrontamiento, Apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicotema* N°5
- Rodríguez, M. (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. Universidad Autónoma de Madrid.
- Salaverry, O. (2013). *Etimología del cáncer y su curioso curso histórico*. Sistema de Información Científica Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- Schag C, Heinrich L, & Ganz A. (1984). Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J ClinOncol*. 2 (3), 187-93.
- Soto-Cáceres, R. (2013) Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almazor Aguinaga. Chiclayo Perú.
- Trigoso, M. (2009.). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Universidad Pontificia Católica del Perú. Lima*
- Valdovinos, W. Et al. (2009) Calidad de vida. *Desarrollo científico de enfermería*. 17(1).  
Recuperado de [www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/.../infocancer.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/.../infocancer.pdf) Dirección de estadística MSP – INEC
- Yates, J., Chalmer, B., & McKegney P. (1980). Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*. 45(8), 2-4.

## **Anexos**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**"ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS".**

**"ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DEL CANCER SOLCA. CUENCA ECUADOR. 2016"**

### **Investigación responsable**

Alumna: Lorena Rodas Mosquera.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarlo a tomar la decisión de participar, en esta investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento.

### **Objetivo de la investigación**

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación médica en el Instituto de Lucha contra el Cáncer. El propósito de esta investigación es determinar los estilos de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con Cáncer en SOLCA. Cuenca Ecuador

### **Procedimiento de la investigación**

Si Ud. acepta participar el procedimiento consiste en que responda un cuestionario de datos demográficos, y características de cáncer, preguntas a cerca de cómo usted a afrontado su enfermedad de cáncer y como es su calidad de vida, se le entregarán en una sola ocasión.

- Formulario sobre datos demográficos
- Inventario de respuestas de afrontamiento el cáncer
- Escala de Karnofsky para valorar la calidad de vida

Se tardará aproximadamente 20 minutos de tiempo para responder.

La profesional responsable de estas evaluaciones es Lorena Rodas Mosquera.

### **Beneficios**

No existen beneficios para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación que pretende contribuir a desarrollar formas de afrontamiento para los pacientes oncológicos, siendo un avance para el tratamiento psicológico de los pacientes oncológicos

### **Riesgos**

Esta investigación no tiene riesgos para usted.

### **Confidencialidad de la información personal y médica**

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad, se utilizaran exclusivamente con fines de investigación médica, todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

### **Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

El médico tratante esta en conocimiento y ha autorizado su participación en este estudio.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor dirijase a Lorena Rodas Mosquera al mail [lotiroadas@hotmail.com](mailto:lotiroadas@hotmail.com) o al celular 0995376836.

### **DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar, que me puedo retirar en el momento que lo desee y que puedo no responder algunos cuestionarios o preguntas si lo prefiero.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

No estoy renunciando a ninguno derecho del tratamiento.

Se me comunicara de toda nueva información relacionada con el estudio que surja y que pueda tener importancia directa para mi condición de salud.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lorena Rodas M.  
Investigadora responsable

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como maneja usted la situación de la enfermedad oncológica.

Marque solo una casilla en cada FILA. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	NO	UN POCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1. Luche para resolver el problema.				
2. Me culpé a mi mismo.				
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés.				
4. Deseo que la situación nunca hubiera empezado.				
5. Encontré a alguien que escucho mi problema.				
6. Repase el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.				
7. No deje que me afectara; evite pensar en ello demasiado.				
8. Pase algún tiempo solo.				
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación.				
10. Me di cuenta que era responsable de mis dificultades y me lo reproche.				
11. Exprese mis emociones, lo que sentía.				
12. Deseo que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.				
13. Hable con una persona de confianza.				
14. Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.				
15. Trate de olvidar por completo el asunto.				
16. Evite estar con gente.				
17. Hice frente al problema.				
18. Me critique por lo ocurrido.				
19. Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir.				
20. Deseo no encontrarme nunca más en esta situación.				
21. Deje que mis amigos me echaran una mano.				
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.				

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	TOTALMENTE
23. Quite importancia a la situación y no quise preocuparme más.					
24. Oculte lo que pensaba y sentía.					
25. Supe lo que había que hacer así que doble mis esfuerzos y traté con más fuerza de hacer que las cosas funcionaran.					
26. Me recrimine por permitir que esto ocurriera.					
27. Dejé desahogar mis emociones.					
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido.					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos.					
30. Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
31. Me comporte como si nada hubiera pasado.					
32. No dejé que nadie supiera como me sentía.					
33. Mantuve mi postura y luche por lo que quería.					
34. Fue un error mío así que tenía que sufrir las consecuencias.					
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.					
36. Me imagine que las cosas podían ser diferentes.					
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respete.					
38. Me fije en el lado bueno de las cosas.					
39. Evite pensar o hacer nada.					
40. Trate de ocultar mis sentimientos.					
41. Me considere capaz de afrontar la situación.					

**Observaciones:**

---



---



---



---

## ESCALA DE KARNOFSKY (KPS)

Se trata de una escala que valora calidad de vida en las personas que sufren de cáncer la cual consta de 11 actividades con puntajes que van de 0 a 100.

CATEGORIAS GENERALES	GRADO	ACTIVIDAD
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales.	100	Actividad normal sin evidencia de enfermedad.
	90	Actividad normal, signos y síntomas leves de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y auto cuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar acabo una actividad o trabajo normal.
	60	Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades.
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes.
Incapaz de auto cuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de la enfermedad.	40	Incapacitado requiere cuidados especiales.
	30	Severamente incapacitado, indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente.
	20	Gravemente enfermo, necesita asistencia activa de soporte.
	10	Moribundo.
	0	Fallecido.

**Observaciones:**

---



---



---



---