



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**EXPERIENCIA Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES EN
TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**



DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA.



JESÚS OLEA FERRERAS.



DIRECTORES

BERNARDO MORENO JIMÉNEZ

EVA GARROSA HERNÁNDEZ



JUNIO 2017



PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a mi padre por ser la motivación principal en el comienzo de este estudio para comprender y poder ayudar a personas con cáncer, y llegar a realizar mi tesis.

A mis padres por darme la oportunidad de estudiar una carrera que me ha demostrado estar llena tanto de retos como de satisfacciones, y por darme la fortaleza que necesité desde el principio hasta el último momento de mi formación. En especial a mi madre por que con sus palabras de aliento me animaba cuando las cosas parecerían no ir del todo bien, diciéndome que lo lograría.

A mi mujer que siempre permaneció a mi lado animándome a seguir adelante, cuidándome, desvelándose conmigo cuando fue necesario y ayudándome en lo que estuvo a su alcance.

A mis hijos motor en el desarrollo de la investigación; sin cuyo apoyo y alegría como fuente de satisfacción no hubiera podido continuar adelante.

A mi familia, esa gran familia que va aumentando, y algunos llaman “**la tribu**”.

A Lu y a Joaco que siempre estuvieron apoyándome; en todos y cada uno de los impedimentos técnicos a nivel informático que se iban presentando.

A mis compañeros de estudios y de trabajo que fueron más que compañer@s amig@s que me motivaron a dar lo mejor de mí, con la compañía de quienes aprendí que lo importante no es llegar a la cima sino llegar junt@s.

A las autoridades y personal del Hospital Universitario Infanta Cristina por su apertura y apoyo al trabajo realizado, lo que me comprometió de principio a fin con la institución para hacer de este trabajo una verdadera investigación científica. En especial

agradezco al Dr. Juan José Granizo que en todo el proceso apoyó y aportó con su experiencia en el análisis de datos clínicos.

Al personal del Hospital de Día Médico: Teresa, Sandra, Roberto, Alberto, Coralia, Almudena, Conchi y Natalia. Por ayudarme tanto en la recolección de los datos, la introducción de los aspectos clínicos en la tesis, como en el proyecto de educación para la salud.

A mis directores Bernardo y Eva; sin cuya inestimable colaboración no hubiera llegado hasta aquí. En especial a Bernardo por su ayuda y desvelo en todas y cada una de las fases del proyecto, gracias por estar ahí.

A los voluntarios de la AECC por estar acompañando al lado de los que sufren.

A los pacientes que de manera entusiasta, pese a su condición de salud tuvieron a bien colaborar en esta investigación, que me llevaron de enfermero a confidente al estar junto a ellos y sin quienes no hubiese sido posible este trabajo.

LA MUERTE ES DIFÍCILMENTE ASUMIBLE

“El tiempo pasa. Escucha. El tiempo pasa”. Dylan Thomas.

A medida que me voy acercando a la estación terminal de la vida contemplo con creciente tristeza, desde la plataforma del último vagón, como huyen los brillantes raíles hacia un pasado irrecuperable como se van perdiendo en la lejanía los alegres prados llenos de niños sonrientes, borrosas colinas de adolescentes inseguros, atardeceres de amigos y familiares prematuramente desaparecidos, viejos cerezos a los que no esperan nuevas primaveras, sonrisas perdidas en la niebla que solo a mi me es posible recordar.

Se trata simplemente de mi biografía, sencilla, única e irreplicable, que se escapa fugaz a través de los raíles, a la vez que me anuncia, sin que apenas me aperciba de ello, la proximidad del fin del viaje.

“La muerte tiene mil puertas”, nos recuerda NULAND en su exitoso y conocido best-seller “Como morimos”. Así en Estados Unidos, 450.000 infartos de miocardio conducen todos los años a sus ciudadanos a una “muerte súbita e inesperada”.

De forma similar, investigaciones realizadas entre varios países europeos muestran que una de cada tres personas muere lejos de los tsunamis, la malaria, el hambre, las guerras y los huracanes de la inesperada “muerte súbita”.

Lo cual no deja de ser curioso que en determinados datos procedentes de revistas médicas de reconocido prestigio, se utilice el mismo adjetivo “inesperado” para un acontecimiento aparentemente sorprendente al que, debido a su elevada frecuencia deberíamos estar acostumbrados.

También sabemos que en los próximos años se producirán en el mundo nuevas infecciones irreversibles de VIH y que, lejos de nuestras eficaces terapéuticas antirretrovirales a una gran parte de las personas infestadas les espera la muerte terrible en plena juventud.

Debemos, sin duda, luchar contra estas y todas las muertes prematuras, pero también debemos aprender a aceptar la muerte cuando nos llegue el tiempo de morir, que en nuestras sociedades actuales podía establecerse de larga y longeva.

Lo más probable es que, para la mayoría, la muerte tenga tendencia a demorarse en su aparición, pues nuestro entorno medicalizado según señala CALLAHAN- “ha cambiado una vida corta y una muerte rápida por una vida larga y una muerte lenta”.

Lo mismo opina y ratifica Norberto BOBBIO, señera figura contemporánea de la filosofía del derecho, quien a los 84 años escribe: La verdad es que, aunque sea difícil de entender para los más jóvenes, el descenso hacia ninguna parte es largo más largo de lo que había imaginado, y lento, hasta el punto de parecer casi imperceptible (más no para mí). El descenso es continuo y, lo que es peor, irreversible; bajas un pequeño peldaño cada vez, pero una vez puesto el pie en el peldaño más bajo sabes que no volverás al peldaño más alto. No sé cuántos quedan aún, pero no me cabe duda de una cosa: “son cada vez menos”.

Hace muchos siglos. CICERÓN se preguntaba en De Senectute, con el mismo título que el libro de BOBBIO. ¿Acaso sería menos gravosa una vejez a los 80 años que a los 90?” Surgiendo como contrapunto al pensamiento anterior, Díaz Alegría, en una entrevista reciente, (País, 29 de mayo de 2005.) matiza, en la línea de Borges.

A la muerte hay que aceptarla como un bien. Si esta vida no se acabara nunca, sería algo horroroso; si no hubiera noches no se podría vivir. Atisbo en mí una muerte plácida con una tranquilidad enorme porque me entrego en manos de la providencia.

Aunque consideremos a Borges, claramente escéptico río confuso conteniendo una ironía inicial cambiante, hacia un amenazante negativismo de toda trascendencia.

Aceptar la muerte. Abandonarse en las manos bondadosas de un Dios; o cumplir, serenamente sin la certeza de Dios alguno, con el destino de todo ser humano.

Resulta una asignatura difícil en una sociedad en la permanentemente se nos repite que nuestro objetivo en la vida es adquirir, poseer, acaparar cada vez más cosas, sin tener en cuenta que la muerte llegará un día y que la misma implica desprendimiento, pérdida de todas ellas, de las que hemos conseguido con nuestro trabajo o arrebatado a otros, e incluso de aquellos como el amor, la amistad o la belleza, que nos han sido regaladas.

Disponemos de datos de enfermos de cáncer avanzado que, encontrándose en la fase final de su existencia manifestaban sentirse bien por cosas tales como la visita de un amigo, la sonrisa de una enfermera o la autorización del médico para salir al jardín a tomar el sol. Curiosamente nada que pueda comprarse con dinero.

Aceptar el sufrimiento y la muerte, y ayudar a los demás a morir en paz, este es el difícil y atractivo programa que nos presenta el informe HASTINES, sobre los fines de la medicina del siglo XXI.

La propuesta de un cambio de paradigma, de una esperanza solidaria para una humanidad en crisis: dar prioridad a la prevención de muertes prematuras, universalizar los cuidados paliativos, atender el sufrimiento e investigar qué facilita el proceso del bien morir, colocados al mismo nivel que la genética molecular, la total personalización de las terapias oncológicas o las tecnologías más avanzadas.

Tal vez la respuesta al problema se reduzca a las extrañas palabras de SIMONE DE BEAUVOIR ante la muerte de su madre: “He comprendido por mí misma, hasta el tuétano de mis huesos, que en los últimos momentos de un moribundo se puede encerrar el absoluto”.

A las no menos misteriosas de SAINT-EXUPÉRY, “contemplad el cielo y preguntaros; la oveja se ha comido o no la flor y veréis como todo cambia”.

Todo lleno de hermosas utopías con el anhelo de perfección y trascendencia, invitándonos a la sencillez por medio de verdades encarnadas con un ingenio lleno de lírica.

O a las últimas frases de uno de los relatos de James JOYCE, difundido por John HOUSTON, que enfermo, de una película póstuma perfecta que consigue transmitirnos con sobrecogedora sencillez la tristeza de la vida y de la muerte.

Es posible que todo lo que podamos hacer ante la muerte sea dejarnos disolver sin resistencia, manteniendo algún tipo de esperanza integrando la desesperación trágica de UNAMUNO escindido ante el escéptico y el místico, en su definición del hombre.

Intento reafirmarme “La muerte tiene mil puertas”. Siento que el tren en el que viajo disminuye la velocidad. Estamos llegando a una pequeña estación de montaña llena de geranios. Quizá nos detengamos en ella unos minutos. Me gustaría aprovechar la parada para bajar al andén, pasear un poco y reflexionar.

La locomotora, con su vieja caldera de vapor, necesita un descanso. Es posible que no haya llegado al fin del viaje y que, tras el próximo túnel, me esperen hermosos bosques de abetos y prados en flor.

Quizá pueda todavía aprender a mirar los brillantes raíles sin que se humedezcan mis ojos. Tal vez aún pueda compartir el último tramo del viaje con seres humanos maravillosos, o encuentre consuelo en algún pensamiento, alguna mirada, algún gesto, una palabra.

O tal vez no.

EN ÉXODO

*La vida sobre ruedas o a caballo,
yendo y viniendo de misión cumplida,
árbol entre árboles me callo
y oigo cómo se acerca Tu venida.
Cuanto menos Te encuentro, más Te hallo,
libres los dos de nombre y de medida.
Dueño del miedo que Te doy vasallo,
vivo de la esperanza de Tu vida.
Al acecho del Reino diferente,
voy amando las cosas y la gente,
ciudadano de todo y extranjero.
Y me llama tu paz como un abismo
mientras cruzo las sombras guerrillero
del Mundo, de la Iglesia y de mí mismo.*

Pedro Casaldáliga, obispo emérito de São Felix.

Ahora,

Que empiezo de cero

Que el tiempo es humo,

Que el tiempo es incierto

Ahora

Que ya no me creo

Que la vida sea un sueño

Ahora

Que solo el ahora

Es lo único que tengo

Ahora

Que solo me queda

esperar a que llegue la hora.

Pau Danés. Canción Humo

Resumen

Antecedentes: La psicooncología ha estudiado los procesos de enfermar, seguimiento y afrontamiento hasta los momentos terminales, pero poco desde la perspectiva de la Psicología Positiva. Igualmente en pocos estudios se analizan el conjunto de variables intervinientes en el cáncer como son las variables sociodemográficas, clínicas de la enfermedad, indicadores biomédicos y un conjunto de variables psicológicas consideradas bien como variables predictoras o variables criterio.

Objetivos: Se pretende realizar un estudio descriptivo y predictivo en los pacientes que acuden al Hospital de Día Médico del Hospital Universitario Infanta Cristina de la Comunidad de Madrid, tratados con quimioterapia, con el objetivo de establecer un cuadro de relaciones entre las diferentes variables con los marcadores biológicos y datos clínicos de la enfermedad. Para así establecer una asociación predictiva entre las variables expuestas y determinadas variables criterio psicológicas y clínicas como son el ajuste mental a la enfermedad, la depresión, la sintomatología, la calidad de vida y la evaluación clínica de la funcionalidad del paciente.

Metodología: Se procede a un análisis descriptivo, bivariado y multivariado de una muestra de 104 personas diagnosticadas de cáncer. Incluyendo un análisis transversal de los datos correlacional y de regresión así como un análisis longitudinal. La tesis incluye el desarrollo de dos variables insuficientemente consideradas en este tipo de estudios como la proactividad y la esperanza emocional en este tipo de enfermos.

Resultados: Se obtienen correlaciones significativas entre prácticamente todas las variables criterio y entre la mayoría de las predictoras. Además de obtener en las regresiones transversal y longitudinal varianzas favorables al desarrollo del modelo explicativo propuesto.

Conclusiones: Aunque el cáncer sea una situación adversa grave, para su correcta explicación es necesario incluir la consideración de variables y recursos positivos de la persona sin los cuales la descripción de la experiencia y afrontamiento de la enfermedad resulta incompleta.

Abstract

Background: Psychooncology has studied the processes of illness, follow-up and coping until the terminal moments, but little from the perspective of Positive Psychology. Also in a few studies the set of variables involved in the cancer are analyzed, such as sociodemographic, clinical variables, biomedical indicators and a set of psychological variables considered either as predictor variables or criterion variables.

Objectives: To perform a descriptive and predictive study in patients attending the Hospital of Infanta Cristina University Hospital of the Community of Madrid, treated with chemotherapy, with the objective of establishing a relationship between the different variables with the markers and clinical data of the disease. In order to establish a predictive association between the variables exposed and certain variables psychological and clinical criteria such as mental adjustment to disease, depression, symptomatology, quality of life and clinical evaluation of the patient's functionality.

Methodology: A descriptive, bivariate and multivariate analysis was carried out on a sample of 104 people diagnosed with cancer. Including cross-sectional analysis of correlational and regression data as well as longitudinal analysis. The thesis includes the development of two variables insufficiently considered in this type of studies as proactivity and emotional hope in this type of patients.

Results: Significant correlations were obtained between practically all the criteria variables and among the majority of the predictors. In addition to obtaining transverse and longitudinal regressions favorable to the development of the proposed explanatory model.

Conclusions: Although the cancer is a serious adverse situation, for its correct explanation it is necessary to include the consideration of variables and positive resources of the person without which the description of the experience and coping of the disease is incomplete.

Capítulo 1 Introducción y marco teórico	1
1.- <i>Introducción</i>	1
1.1.- Estado actual del tema.....	1
1.2.- Justificación.....	9
2.- <i>Marco Teórico</i>	15
2.1- Fundamentos teóricos de la oncología	15
Introducción	15
Cáncer: definición y generalidades.....	27
Grado de funcionalidad en cáncer	39
Sintomatología física en cáncer	40
2.2.- Aspectos psicológicos del cáncer	44
Introducción a la Psicooncología	44
Psicología de la salud.....	47
Psicología Positiva	48
Necesidades psicológicas y sociales en el cáncer.....	67
Capítulo 2 Metodología	116
<i>OBJETIVOS</i>	116
1. Objetivos Generales	116
2. Objetivos Específicos	116

<i>HIPÓTESIS</i>	117
1. Hipótesis Generales	117
2. Hipótesis específicas.....	118
3. Hipótesis del estudio longitudinal	120
<i>MUESTRA</i>	120
<i>DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES</i>	134
1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	134
Cuestionario de información general.....	134
2. VARIABLES CLÍNICAS	135
3. VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	138
3.1. Variables criterio	138
1. Ajuste Mental al Cáncer. (Versión reducida de la Escala MAC-R)	139
2. Depresión Estado. (Versión reducida de la escala de BDI-II).....	140
3. Síntomas de Edmonton (Versión reducida de la Escala).	141
4. Calidad de Vida. (Versión reducida del Cuestionario de EORTC QLQ-C30)..	142
3.2. Variables predictoras.....	143
3. Esperanza proactiva (Versión reducida de la Escala de ADHS).....	144
4. Significado vital (Versión reducida del Test de PIL)	145
5. Optimismo. (Escala reducida del Life Orientation Test, LOT-R)	146
6. Implicación (Subescala de Personalidad Resistente, CPR)	148

7. Benevolencia (Escala reducida de la Escala del WAS).....	148
8. Religiosidad (Versión reducida del Inventario de ISC).	149
9. Proactividad (Escala de Proactividad).....	149
10. Esperanza emocional (Escala de Esperanza emocional)	153
11. Ansiedad estado (Versión reducida de la Escala de STAIC).....	154
<i>LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION</i>	154
<i>PROCEDIMIENTO</i>	157
Capítulo 3. Resultados	159
<i>ANÁLISIS DESCRIPTIVO</i>	159
1. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS: DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE ESPERANZA EMOCIONAL Y PROACTIVIDAD.....	159
Escala de Proactividad	160
Escala de Esperanza Emocional	163
2. FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS.....	166
Escala de Ansiedad Estado	166
Escala de Depresión Estado.....	167
Escala de Afectividad positiva	169
Escala de Afectividad negativa.....	170
Escala de Esperanza Proactiva	171
Escala de Apoyo Social	173
Escala de Significado Vital.....	174

Escala de Optimismo	175
Escala de Implicación	176
Escala de Ajuste Mental al Cáncer	177
Escala de Benevolencia	179
Escala de Religiosidad	180
Escala de Calidad de Vida	181
Escala de Sintomatología Física	184
PARÁMETROS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS	185
<i>ANÁLISIS CORRELACIONAL GLOBAL</i>	186
1. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES CRITERIO	191
1.1. Estudio transversal	191
1.2. Estudio longitudinal	193
2. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES CRITERIO Y PREDICTORAS	194
2.1. Correlaciones significativas con ajuste mental al cáncer:	194
2.2. Correlaciones significativas con depresión:	195
2.4. Correlaciones significativas con funcionalidad medida por el clínico (Karnofsky):	197
2.5. Correlaciones significativas con calidad de vida global:	198
3. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES CRITERIO Y VARIABLES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO	199
3.1. Correlaciones significativas con ajuste mental al cáncer:	200

3.2. Correlaciones significativas con depresión:.....	200
3.3. Correlaciones significativas con sintomatología física:	200
3.5. Correlaciones significativas con calidad de vida global:.....	201
<i>ANÁLISIS BIVARIADOS.....</i>	<i>201</i>
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	201
1. Género:.....	201
2. Ocupación:	203
3. Convivencia.....	205
4. Nivel educativo	206
VARIABLES CLÍNICAS	208
1. Pronóstico y estadio.	208
2. Variables clínicas sin asociación: pronóstico y estadio, otro tratamiento y tratamiento principal; y estadio y pronóstico.	208
<i>CONTRASTE DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS; CON LAS DE LABORATORIO Y PSICOLÓGICAS.....</i>	<i>209</i>
1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	209
1.1. Género.....	209
1.2. Estado Civil.....	210
1.3. Nivel educativo	211
1.4. Ocupación	211
1.5. Edad.....	213

1.6. Convivencia	215
VARIABLES CLÍNICAS	216
2.1. Tratamiento principal.....	216
2.2. Estadío.....	218
2.3. Tiempo desde el diagnóstico	219
2.4. Pronóstico	219
2.5. Karnofsky	220
2.6. Situación actual.....	222
2.7. Otro tratamiento	222
<i>ANÁLISIS DE REGRESIÓN JERÁRQUICA</i>	223
1. Estudio transversal.....	223
1.1. Análisis de regresión del ajuste mental al cáncer.	224
1.2. Análisis de regresión de la depresión.	226
1.3. Análisis de regresión de la sintomatología física:	229
1.4. Análisis de regresión del Karnofsky:	231
1.5. Análisis de regresión de la calidad de vida global:	233
2. Estudio longitudinal	235
2.1 Análisis de regresión del ajuste mental al cáncer en el tiempo.	236
2.2. Análisis de regresión de la depresión en el tiempo 2.....	237
2.3.....	238

2.4.....	238
2.3. Análisis de regresión de la sintomatología en el tiempo 2.....	238
2.4. Análisis de regresión del Karnofsky en el tiempo 2.....	239
2.5. Análisis de regresión de la calidad de vida global tiempo 2.....	240
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	243
<i>DISCUSIÓN.....</i>	<i>243</i>
Limitaciones	266
Líneas futuras de investigación.....	267
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>269</i>
REFERENCIAS	275
ANEXO 1. CUESTIONARIO GENERAL DE EXPERIENCIA Y AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER.....	316
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	323
ANEXO 3. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.....	324
ANEXO 4. DOCUMENTO DE APROBACIÓN.....	326

Lista de tablas

Tabla 1.1. Las “6D”: principales temores asociados al cáncer (Stearns et all, 1993; p 207)...	19
Tabla 1.2. Dimensiones y facetas de la calidad de vida OMS	75
Tabla 2.1. Distribución de la muestra en función de las variables sociodemográficas	123
Tabla 2.2. Distribución de la muestra en función de las variables clínicas	128
Tabla 2.3. Distribución de la muestra en función de las variables de laboratorio	134
Tabla 2.4. Estado funcional de Karnofsky	137
Tabla 2.5. Instrumentos de evaluación	156
Tabla 3.1. KMO y prueba de Bartlett de la escala de Proactividad	160
Tabla 3.2. Análisis de fiabilidad de la escala de proactividad	162
Tabla 3.3. Correlaciones de Pearson entre Proactividad y otros constructos	162
Tabla 3.4. KMO y prueba de Bartlett de la escala de Esperanza Emocional	163
Tabla 3.5. Análisis de fiabilidad de la escala de esperanza emocional.....	165
Tabla 3.6. Correlaciones de Pearson entre esperanza emocional y otros constructos	166
Tabla 3.7. Análisis de fiabilidad de la escala ansiedad estado.....	166
Tabla 3.8. Correlaciones de Pearson entre Ansiedad y otros constructos	167
Tabla 3.9. Análisis de fiabilidad de la escala depresión estado	168
Tabla 3.10. Correlaciones de Pearson entre Depresión y otros constructos	168

Tabla 3.11. Análisis de fiabilidad de la escala de afectividad positiva.....	169
Tabla 3.12. Correlaciones de Pearson entre Afectividad positiva y otros constructos	170
Tabla 3.13. Análisis de fiabilidad de la escala de Afectividad negativa.....	170
Tabla 3.14. Correlaciones de Pearson entre Afectividad negativa y otros constructos	171
Tabla 3.15. Análisis de fiabilidad de la escala Esperanza proactiva	172
Tabla 3.16. Correlaciones de Pearson entre Esperanza proactiva y otros constructos	172
Tabla 3.17. Análisis de fiabilidad de la escala de Apoyo social.....	173
Tabla 3.18. Correlaciones de Pearson entre Apoyo social y otros constructos	174
Tabla 3.19. Análisis de fiabilidad de la escala de Significado vital	174
Tabla 3.20. Correlaciones de Pearson entre Significado vital y otros constructos	175
Tabla 3.21. Análisis de fiabilidad de la escala de optimismo.....	175
Tabla 3.22. Correlaciones de Pearson entre Optimismo y otros constructos.....	176
Tabla 3.23. Análisis de fiabilidad de la escala de Implicación.....	176
Tabla 3.24. Correlaciones de Pearson entre Implicación y otros constructos	177
Tabla 2.25. Análisis de fiabilidad de la escala de Ajuste mental al cáncer	178
Tabla 3.26. Correlaciones de Pearson entre Ajuste mental a cáncer y otros constructos	178
Tabla 3.27. Análisis de fiabilidad de la escala de Benevolencia	179
Tabla 3.28. Correlaciones de Pearson entre Benevolencia y otros constructos.....	180

Tabla 3.29. Análisis de fiabilidad de la escala de religiosidad	180
Tabla 3.30. Correlaciones de Pearson entre Religiosidad y otros constructos	181
Tabla 3.31. Análisis de fiabilidad de la subescala de Disfuncionalidad	182
Tabla 3.32. Correlaciones de Pearson entre subescala de Disfuncionalidad y otros constructos	182
Tabla 3.33. Análisis de fiabilidad de la subescala de Calidad de vida global	183
Tabla 3.34. Correlaciones de Pearson entre Calidad de Vida global y otros constructos.....	183
Tabla 3.35. Análisis de fiabilidad de la escala de sintomatología física de Edmonton	184
Tabla 3.36. Correlaciones de Pearson entre Sintomatología y otros constructos	185
Tabla 3.37. Parámetros de las variables psicológicas	185
Tabla 3.38. Medias, desviación típica y correlaciones entre las variables de personalidad en el tiempo 1 y el tiempo 2.	187
Tabla 3.39. Correlaciones Pearson entre las variables psicológicas y clínicas.....	189
Tabla 3.40. Correlaciones de Pearson entre las variables clínicas y de laboratorio.	190
Tabla 3.42. Tabla de género y otro tratamiento revisado	203
Tabla 3.43. Tabla de ocupación y Karnofsky	204
Tabla 3.44. Tabla de nivel educativo y otro tratamiento	206
Tabla 3.45. Tabla de nivel educativo y tratamiento principal.....	207

Tabla 3.46. Prueba t de student de género y variables psicológicas y de laboratorio.....	209
Tabla 3.47. ANOVA de ocupación.....	211
Tabla 3.48. ANOVA de edad agrupada	214
Tabla 3.50. Comparación múltiple ANOVA de un factor categoría tratamiento principal ...	217
Tabla 3.51. Prueba t de student estadio y variables psicológicas y de laboratorio	218
Tabla 3.52. ANOVA de pronóstico	220
Tabla 3.53. Prueba t de student para Karnofsky (<80;81-100).....	220
Tabla 3.54. ANOVA de otro tratamiento.....	223
Tabla 3.56. Regresión múltiple tomando como variable criterio la depresión	228
Tabla 3.57. Regresión múltiple tomando como variable criterio sintomatología.....	230
Tabla 3.58. Regresión múltiple tomando como variable criterio Karnofsky.....	232
Tabla 3.59. Regresión múltiple variable criterio calidad de vida global	234
Tabla 3.60. Regresión longitudinal: variable explicada ajuste mental al cáncer T2.....	236
Tabla 3.61. Regresión longitudinal: variable explicada depresión T2.....	238
Tabla 3.62. Regresión longitudinal: variable explicada sintomatología T2	239
Tabla 3.63. Regresión longitudinal: variable explicada Karnofsky T2	240
Tabla 3.64. Regresión longitudinal: variable explicada calidad de vida global T2.....	241

Lista de figuras

Figura 1.1. Modelo Teórico	14
Figura 1.2. Fases del proceso de enfermedad que deben afrontar los pacientes oncológicos .	90
Figura 2.1. Distribución de la edad.....	124
Figura 2.2. Distribución del número total de hijos	125
Figura 2.3. Distribución de la convivencia	126
Figura 2.4. Distribución de la ocupación	127
Figura 2.5. Distribución de la localización del tumor.....	129
Figura 2.6. Distribución del tiempo desde el diagnóstico.....	130
Figura 2.7. Distribución de la situación actual	131
Figura 2.8. Distribución del pronóstico	132
Figura 2.9. Histograma del Karnofsky.....	133
Figura 2.2. Modelo de variables psicológicas.....	138
Figura 3.1. Gráfico de sedimentación de la escala de Proactividad.....	161
Figura 3.3. Gráfico de sedimentación de la escala de Esperanza Emocional	164

Capítulo 1

Introducción y marco teórico

1.- Introducción

1.1.- Estado actual del tema.

La psicología actual se enfrenta a nuevas investigaciones y campos de estudio a raíz de la importancia del estudio de la normalidad y los problemas cotidianos que se presentan a las personas a lo largo del ciclo vital tales como la presencia de alguna enfermedad crónica como el cáncer. Podemos señalar la Psicología de la Salud como campo de aplicación y a la Psicología Positiva como un marco teórico-conceptual de referencia que respalda esta tendencia, centrándose en los recursos personales positivos y en los procesos de salud.

La enfermedad oncológica y su vivencia por parte de los enfermos y sus familiares representa un reto para los profesionales de la salud que los atendemos los cuales debemos lidiar con las creencias y actitudes personales, familiares y culturales sobre la enfermedad. Estas creencias subyacen los estilos explicativos de los acontecimientos y a su afrontamiento que favorecen o limitan la ayuda que pueda ser brindada al paciente y sus familiares. Es por ello que consideramos importante estudiar el apoyo social percibido por el enfermo; la esperanza proactiva como elemento motivador sobre la orientación e implementación de metas; la proactividad como conducta consciente, activa e implicada del sujeto en su propia enfermedad, reconociéndola y asumiéndola como un momento y estado de su desarrollo personal; y la esperanza emocional como disposición emocional optimista del futuro a pesar de

las perspectivas adversas, racionales y lógicas, que la situación, y en este caso la enfermedad, conlleva.

Desde la Psicología Positiva el estilo explicativo que usa una persona para expresar su percepción de los eventos determina si es optimista o pesimista (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988). El estilo explicativo optimista (EEO) se refiere a la tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta, en contraposición el estilo explicativo pesimista (EEP) se define como la tendencia a explicar los malos sucesos o eventos negativos ocurridos en la vida cotidiana, con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona. Siguiendo estas definiciones se están realizando múltiples estudios donde se incluye el optimismo como una variable fundamental y predictora del surgimiento de conductas de afrontamiento ante la adversidad.

Hardiness o el concepto de personalidad resistente. El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa, Maddi & Courington (1984) los psicólogos que desarrollan y teorizan sobre este constructo, al observar el hecho de que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno.

Desde las perspectivas tradicionales la ecuación del estrés es, en definitiva, una ecuación pesimista que cuestiona aquella orientación psicológica que subraya la iniciativa y la resistencia del ser humano. Por el contrario, la personalidad resistente

refleja una perspectiva fundamental y olvidada en la psicología, aquella que enfatiza la salud en lugar de la enfermedad (Peñacoba y Moreno, 1998).

Frente a las limitaciones de la concepción tradicional del ser humano como sujeto pasivo y reactivo, en la que los individuos son considerados meras víctimas de los cambios que acontecen en su entorno, Kobasa y Maddi proponen un cambio en el estudio del estrés y establecen el concepto de hardiness o personalidad resistente, apostando por interpretaciones más optimistas del funcionamiento humano (Kobasa, 1982).

Favoreciendo cambios hacia determinados estilos de vida saludables: la variable hardiness influiría en determinadas prácticas como el ejercicio o el descanso, que repercutirían finalmente en la salud del individuo. En este sentido, se ha demostrado que existen relaciones positivas entre personalidad resistente y estilos de vida saludables (Wiebe & McCallum, 1986, Nagy y Nix, 1989).

Se ha afirmado que el mecanismo por el cual puede actuar la personalidad resistente al reducir la posibilidad de enfermedad es el menor uso que los sujetos con alta personalidad resistente harían de estrategias de afrontamiento inefectivas y regresivas (Kobasa, 1982). Los sujetos resistentes no experimentarían los fenómenos de forma cualitativamente distinta que los no resistentes, simplemente los interpretarían como más positivos y tendrían un mayor control sobre su afrontamiento (Rhodewalt y Agustsdottir, 1984).

El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y la primera causa de muerte en hombres en España, lo que tiene que

ver con el temor relacionado con este diagnóstico. Consiste un conjunto de enfermedades muy temidas por la gravedad que pueden suponer y porque hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante. 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. Aparte de estas circunstancias, el cáncer de pulmón en particular, que es en el que se centra el presente trabajo, es uno de los más frecuentes en la población general y tiene unas elevadas tasas de mortalidad, razón por la cual son comprensibles las dificultades de los pacientes para enfrentarse al mismo.

El padecimiento de la enfermedad conlleva una sintomatología física asociada tal como dolor, agotamiento, náuseas, somnolencia, falta de apetito y dificultad para respirar. Produciéndose como resultado de lo anterior una merma en la funcionalidad de las personas con diagnóstico de cáncer con una gran incidencia sobre la calidad de vida global de las mismas (Muriel, 2006).

La mayoría de las personas viven con mucho temor, ansiedad, o preocupación el hecho de enfrentarse ante una enfermedad grave que amenaza sus vidas, como se pone de manifiesto cuando alguien recibe el diagnóstico de un cáncer. Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, la ruptura con las actividades

habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima.

Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden suponer fuentes importantes de estrés para los pacientes, que les puede llevar incluso a sufrir una serie de alteraciones psicopatológicas si se ven desbordados por dicho estrés, al no saber manejarlo o aminorarlo.

Ante dicho estrés se ponen en funcionamiento las reacciones de afrontamiento para intentar manejar la situación y atenuar el impacto emocional de la misma; es decir, el afrontamiento podría mediar el impacto del estrés en la psique del enfermo y por lo tanto mediar el efecto del diagnóstico en la aparición de alteraciones psicopatológicas (Gaviria, Vinaccia & Riveros, 2007). El concepto de afrontamiento se basa fundamentalmente en la teoría de Lazarus y Folkman (1986) sobre el estrés psicológico y el proceso de afrontamiento. Según estos autores el afrontamiento consistiría en los esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas y/o externas que al ser evaluadas resultan estresantes.

Las reacciones psicológicas del enfermo ante la situación de padecer un cáncer son complejas y se pueden ver influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida (en relación con el sentido de su vida), las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psíquica y psicológica, personalidad previa y estilos de afrontamiento (Holland, 1991).

Afrontar un diagnóstico de cáncer supone tener que afrontar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de cada persona y que están en función de las amenazas percibidas. Dicho afrontamiento es un proceso dinámico que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y puede estar condicionado por las creencias previas sobre lo que es la vida, sobre lo que es enfrentarse a ciertas circunstancias estresantes y por los significados que atribuye la persona ante lo que está pasando. Es decir, para comprender su proceso de afrontamiento, es muy importante tener en cuenta las atribuciones que el paciente hace a su situación, que están estrechamente relacionadas con sus sistemas de creencias sobre la vida en general, dentro de lo que también pueden tener alguna repercusión las creencias religiosas.

Estas atribuciones que el paciente hace de su situación, como sus sistemas de creencias en general, pueden estar muy relacionadas con los significados o sentido que da a su vida en esa situación concreta o de una manera más global. El sentido que puede adquirir la situación de padecer un cáncer para enfermo oncológico está muy probablemente relacionado con el sentido que puede tener su vida y con el sentido que encuentra a la muerte y al sufrimiento. Así que el afrontamiento puede estar condicionado por el sentido que uno encuentra a su vida, que a su vez está influenciado por las creencias existenciales o religiosas de las personas.

El sentido se ha considerado como un factor importante para la vida de las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-

Bulman, 1992; Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983, 1984). Además, existen diversos trabajos empíricos en los que se muestra su importancia a la hora de enfrentarse a situaciones difíciles y especialmente ante enfermedades que amenazan la vida como el cáncer (Barkwell, 1991; Fife, 1994; Lewis, 1989; Noguchi et al., 2006; O'Connor, 1990; Reed, 1991; Taylor, 1983).

Distintos autores hacen hincapié en que el hallar un sentido influye al afrontamiento (Steeves, 1992; Barkwell, 1991, Lipowski, 1970; Fife, 1994), que el sentido que cada uno desarrolla en torno a su enfermedad influye en su bienestar psicológico (Lewis, 1989) y que este sentido lleva a la persona con cáncer a desarrollar un sentido de coherencia en relación con las experiencias que vive (O'Connor, 1990), algo que también se puede relacionar con el sentido que se da al sufrimiento. Por lo tanto, el sentido parece ser un factor relevante en la adaptación a la enfermedad y en el afrontamiento de la misma, algo que resulta lógico si pensamos que el afrontamiento está condicionado por la evaluación cognitiva que se hace de una situación y por lo tanto del significado o sentido que se le da; algo que a su vez puede estar condicionado por visiones más generales acerca del significado o sentido que tiene la propia existencia. Así que el sentido de la vida y el que se le encuentra a la situación que se está pasando dentro de la propia vida puede condicionar el afrontamiento y las reacciones psíquicas ante la enfermedad; actuando también probablemente como una variable mediadora en el impacto psíquico de la enfermedad.

Por otra parte, el sentido de la vida puede tener que ver con creencias de tipo religioso y/o espiritual que pueden influir en el mismo, a la vez que también pueden

influir en los mecanismos de afrontamiento (por condicionar una determinada forma de entender el mundo y los problemas de la vida y de responder ante los mismos) y en la repercusión psíquica del estrés que supone la enfermedad. Por estos motivos consideramos importante evaluar esta dimensión en los enfermos, ya que también pueden actuar como variables mediadoras en el impacto psíquico de la enfermedad.

Otro factor que puede influir o actuar como mediador en las reacciones psicológicas ante la enfermedad es la percepción de control ante esa situación, ya que dicha percepción de control se puede ver amenazada por la enfermedad. Es posible que las personas que son capaces de mantener una mayor sensación de control ante lo que está sucediendo, tengan una mejor adaptación a la enfermedad y que esto a su vez se relacione con el sentido atribuido a lo que está pasando y con el sentido de la propia vida, así como con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Por lo que finalmente, también condicionará la aparición o no de alteraciones psicopatológicas en estos enfermos.

Todos los aspectos señalados tienen que ver con diferentes dimensiones de la persona que han de ser valorados para tener una visión lo más integradora y multidimensional posible que ayude a la comprensión de lo que le está pasando al paciente de una forma lo más global posible. Para poder hacer, en función de dicha valoración global, una intervención también integradora y multidimensional de cara a tratar y prevenir las alteraciones psicopatológicas que puedan surgir, pues si el enfermo se ve desbordado por el diagnóstico y las condiciones de su enfermedad puede llegar incluso a desarrollar un trastorno psiquiátrico.

1.2.- Justificación

La enfermedad oncológica tiene un impacto significativamente alto en los índices de morbilidad y mortalidad, ya que en la actualidad estas patologías caracterizadas por el crecimiento maligno en un órgano y/o en un sistema orgánico, se ubican dentro de las diez principales causas de muerte a nivel mundial (World Health Organization, 2008).

Por lo tanto, el cáncer se considera como una de las patologías de mayor relevancia en la sociedad, debido a la complejidad de su manejo y a la exigencia terapéutica que requiere; razón por la cual el diseño e implementación de programas dirigidos al abordaje del afrontamiento y demás implicaciones psicológicas es fundamental, teniendo en cuenta que desde “los modelos cognitivos de la emoción no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos” (Asociación Chilena de Psicooncología, 2008).

En los seres humanos la regulación, control y crecimiento de las células del organismo está mediado por la información proveniente del material genético de las mismas. La alteración de estos procesos transforma la naturaleza, funcionalidad y ciclo de vida de las células, ocasionando la acumulación de estas, dando origen una neoplasia o tumor (Cruz, Villegas y Ramírez, 2008).

La organización mundial de la salud refiere que el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial; a la cual se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total). También sabemos que más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles y que el cáncer comienza con

la modificación en una sola célula, que puede haber sido iniciada por agentes externos o por factores genéticos heredados. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en 2030.

En todos los registros españoles, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres, responsable de más del 25% de los casos de cáncer, seguido del cáncer de colon y de cuerpo del útero.

El cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial y específicamente el cáncer de seno está ubicado después de los cánceres de pulmón con (1,4 millones de defunciones); gástrico con (740 000 defunciones); Hepático con (700 000 defunciones); colorrectal con (610 000) defunciones; y en quinta posición tenemos el cáncer de seno con (460 000 defunciones). Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y pasará de 11 millones en 2030.

El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y la primera causa de muerte en hombres en España, lo que tiene que ver con el temor relacionado con este diagnóstico. Consiste un conjunto de enfermedades muy temidas por la gravedad que pueden suponer y porque hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante. 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.

El presente estudio está comprometido con los intereses que la investigación psicológica muestra en el área de la Psicología de la Salud. La asistencia oncológica de vanguardia debe ofrecer un modelo de atención centrado en el paciente e interdisciplinar que supere el modelo de atención tradicional. La Psicooncología lleva a cabo un papel clave dentro de la Oncología, a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad y campos de intervención. Los problemas psicológicos aparecen, por tanto, como parte natural en el proceso de la persona que sufre cáncer y sus familias. Cuando la capacidad de adaptación se ve desbordada, aparece sintomatología que constituye un trastorno psiquiátrico. Los trastornos adaptativos son los que se diagnostica con más frecuencia, fundamentalmente los trastornos afectivos de tipo depresivo seguido por los trastornos de ansiedad.

La mayoría de las personas viven con mucho temor, ansiedad, o preocupación el hecho de enfrentarse ante una enfermedad grave que amenaza sus vidas, como se pone de manifiesto cuando alguien recibe el diagnóstico de un cáncer. Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, la ruptura con las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes serían (Derogatis et al., 1983): trastornos adaptativos, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y síndromes

mentales orgánicos. Los porcentajes de dichos trastornos varían entre distintos estudios en función de la metodología usada para evaluarlos, tipo de pacientes u otras variables. Pero independientemente de la mayor o menor prevalencia de este tipo de trastornos parece importante tenerlos en consideración pues se tienen a infradiagnosticar, y por lo tanto no se tratan en muchos entornos no psiquiátricos como el de la oncología. Dado que en estos pacientes se han detectado con más frecuencia que en la población general diversas alteraciones psicopatológicas, muy especialmente ansiedad y depresión; consideramos importante tratar de estudiar si las variables señaladas pueden influir o no en la aparición de dichos trastornos.

En función de las ideas expuestas, en el presente trabajo queremos tener en consideración un grupo de variables que pueden ser relevantes a la hora de comprender las reacciones psicológicas del paciente oncológico ante su diagnóstico y que vamos a denominar variables criterio: ajuste mental al cáncer, depresión, sintomatología física, funcionalidad medida por el clínico (Karnofsky) y calidad de vida global. Teniendo en cuenta que el resto de variables incluidas en el estudio son variables predictoras del modelo: sociodemográficas (género, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y convivencia), clínicas (estadio, tiempo desde el diagnóstico, otro tratamiento, tratamiento principal, situación actual y pronóstico), de laboratorio (leucocitos, hemoglobina, creatinina, glucosa, sodio, potasio, plaquetas, GOT y GPT), y psicológicas (ansiedad, afecto positivo, afecto negativo, esperanza proactiva, apoyo social, significado vital, optimismo, implicación, benevolencia, proactividad, esperanza emocional, religiosidad y disfuncionalidad).

También consideramos oportuno tener en cuenta posibles relaciones entre algunas de estas variables que puedan arrojar algo de luz sobre lo que le está pasando al paciente. Es posible que dichas variables actúen como mediadoras o moderadoras del ajuste mental al cáncer y por lo tanto influyan en que aparezcan o no alteraciones psicopatológicas. También es posible que se den algunas interacciones entre las mismas en una red compleja de relaciones entre unas y otras. El motivo por el cual se seleccionan estas variables, es porque se han estudiado poco en estudios previos por separado y no se han encontrado datos de la interrelación entre las mismas en trabajos anteriores con estos enfermos. También se ha considerado importante hacer un enfoque integral en la comprensión de las reacciones psicológicas de estos enfermos y las posibles repercusiones de las mismas en su ajuste mental (salud mental).

Si conseguimos entrever la influencia de algunos de estos factores en la salud psicológica de los enfermos oncológicos, tal vez podamos tener en consideración nuevas posibilidades en el desarrollo de estrategias más adecuadas para ayudarles ante las dificultades que sufren con su enfermedad.

Por tanto, el contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población oncológica por medio de la evaluación del ajuste mental al cáncer, ofreciendo a los profesionales una visión de trabajo que oriente el acompañamiento a los pacientes, se convierte en la motivación principal para la realización del presente proyecto de investigación.

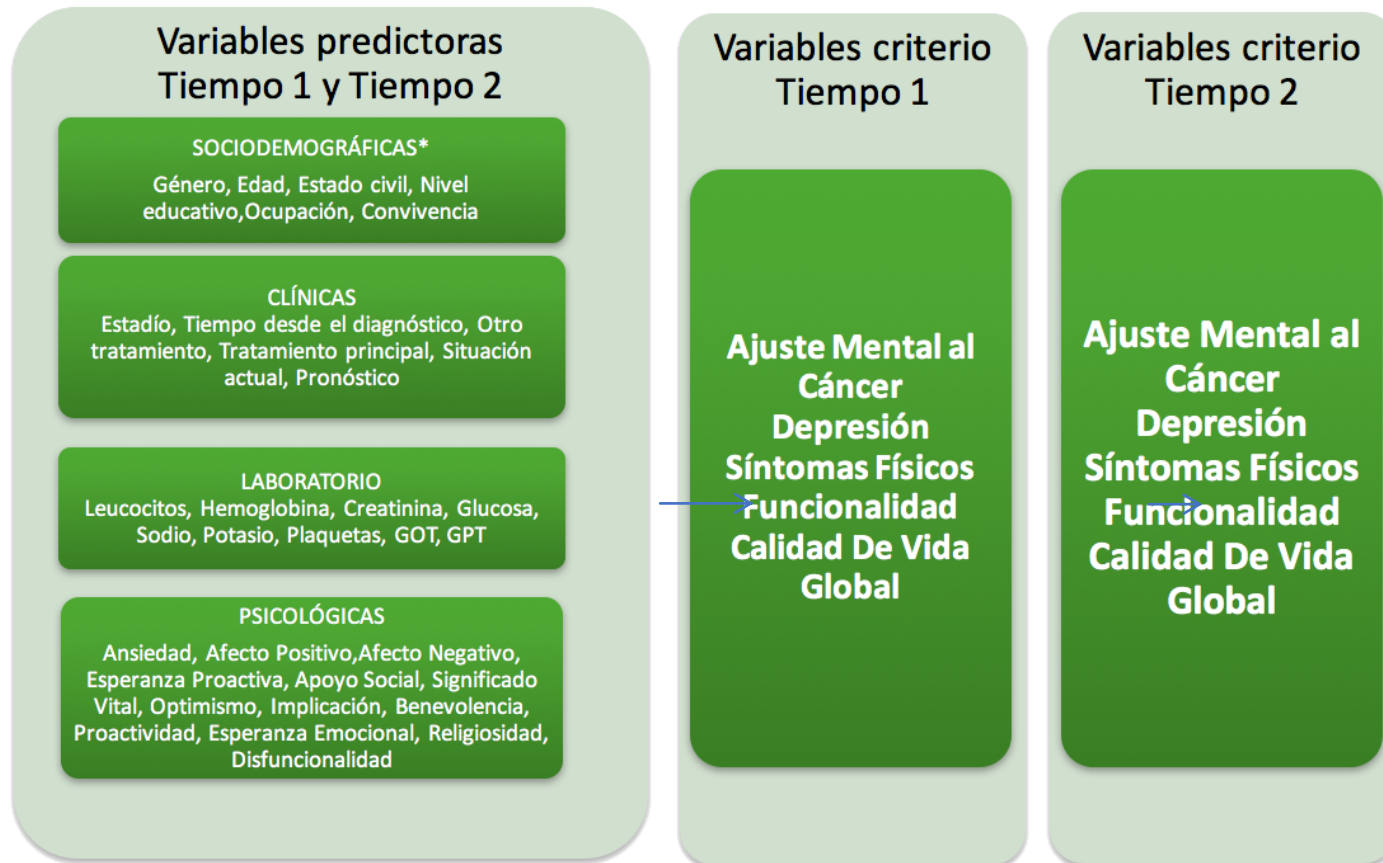


Figura 1.1. Modelo Teórico

2.- Marco Teórico

2.1- Fundamentos teóricos de la oncología

Introducción

La aplicación de las técnicas actuales de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapéutica biológica) consigue la curación de más del 50% de los pacientes con cáncer. Sin embargo, los pacientes experimentan el diagnóstico de cáncer como uno de los acontecimientos más traumáticos y perturbadores de sus vidas. Con independencia del pronóstico, el diagnóstico conlleva un cambio en la propia imagen de la persona y en su papel en el hogar y en el trabajo. El pronóstico de una persona a la que se le acaba de detectar cáncer de páncreas es el mismo que el de una persona con estenosis aórtica en la que aparecen los primeros síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva (supervivencia media cercana a ocho meses). Sin embargo, el paciente con cardiopatía puede permanecer activo y mantener una visión de sí mismo como una persona intacta en la que simplemente hay una parte que funciona mal, un órgano que está enfermo (un corazón de mala calidad). En cambio, el paciente con cáncer de páncreas tiene una imagen propia completamente alterada y es visto de manera distinta por la familia y por cualquier persona que conozca el diagnóstico. Este paciente está siendo atacado e invadido por una enfermedad que puede estar en cualquier parte del cuerpo. Cada síntoma adquiere una importancia desesperante. El cáncer es una excepción a la interacción coordinada entre células y órganos. En general, las células de un organismo multicelular están programadas para la colaboración. Muchas enfermedades se producen porque las células especializadas fracasan en el desempeño de la tarea que tienen asignada. El cáncer lleva esta

alteración un paso más adelante. No sólo existe un fracaso de la célula cancerosa para mantener la función especializada de su tejido de origen, sino que además ataca a “los suyos”; la célula cancerosa compite para sobrevivir utilizando la capacidad de mutación y la selección natural para buscar ventajas sobre las células normales en una recapitulación de la evolución. Una consecuencia del comportamiento traidor de las células cancerígenas es que el paciente se siente traicionado por su cuerpo. El paciente con cáncer siente que él y no simplemente una parte de su cuerpo, ha enfermado.

Los pacientes con cáncer pueden referir o ser derivado a los profesionales de la salud mental con una amplia gama de síntomas molestos. Aproximadamente el 15-40% desarrollará una ansiedad significativa o depresión durante el curso de su enfermedad (Millar, Purushotham, McLatchie, et al., 2006). Las indicaciones habituales para el asesoramiento incluyen angustia y trastornos psiquiátricos diagnosticados, la preocupación sobre cómo hacer frente a la enfermedad, y la falta de suficientes apoyos sociales (Burton, 1998). Además, los síntomas somáticos como dolor, fatiga, pérdida de peso o náuseas / vómitos afectan a la calidad de vida de los pacientes con cáncer, los estudios recientes muestran que estos síntomas psicológicos y físicos pueden ser mejorados con intervenciones psicosociales. Anteriores estudios aumentaron la esperanza de que la psicoterapia pudiera aumentar el tiempo de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado, los resultados recientes nos permiten sacar una conclusión clara aquí. Los estudios indican que los efectos de la psicoterapia no se extienden a la supervivencia (Kissane, 2007), aunque el tratamiento de la depresión y los métodos que promueven la adherencia a los tratamientos contra el cáncer siguen siendo importantes en la atención clínica.

La mejora en la angustia, la ansiedad y la depresión son claramente ayudadas por intervenciones psicosociales en el tratamiento del cáncer. Nuevos estudios de interés se dirigen a los efectos de direccionamiento y minimización de los problemas somáticos como la obesidad, el insomnio y el dolor. La formación y la experiencia del terapeuta continúa teniendo un impacto sustancial en el resultado y se destaca la importancia del empleo de los servicios de profesionales debidamente capacitados (Daniels, 2008).

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, el cáncer es en la actualidad un problema importante de salud pública (López-Abente, Pollán, Aragonés, et al., 2005). Los tumores malignos han sido la causa principal de muerte en los varones desde el año 2000 y la segunda causa de muerte en mujeres durante décadas. En Europa en el 2007, el cáncer fue responsable de la muerte de 64.000 hombres y 39,000 mujeres (tres y dos de cada 1.000 defunciones de hombres y mujeres, respectivamente) (INE, 2009).

Desde la década de 1990, no sólo ha aumentado la supervivencia al cáncer significativamente de los cánceres más frecuentes en los países desarrollados, pero las tasas de mortalidad por cáncer han disminuido. En España, la mortalidad para todos los tipos de cáncer (Gispert, 2008 y Ruiz-Ramos, 2008), y para tipos específicos de tumores (Cleries, 2006; Cayuela, 2008 a) y b); y García-Esquinas, 2009) ha mostrado un descenso en el mismo período.

La vigilancia del cáncer en general, y el seguimiento del cáncer y las tasas de mortalidad con el tiempo, en particular, son cruciales para la estimación de las tendencias de futuro; y fundamentales para la planificación de los servicios de salud y

la asignación de la utilización de múltiples recursos, siendo esencial para evaluar las intervenciones preventivas y los resultados del cuidado del paciente con cáncer (Cabanés, Vidal, Aragonés, et al., 2010).

El cáncer es un problema sanitario y social de primer orden. En España, al igual que en los países occidentales, el cáncer es la segunda causa de mortalidad, tras las enfermedades cardiovasculares, y la primera en años potenciales de vida perdidos. Cada año se diagnostican 162.000 casos de cáncer. Las localizaciones más frecuentes son colon, pulmón, mama y próstata (Martínez, Peris y Sánchez, 2001). Los actuales métodos de **screening** y detección temprana, el consejo genético, las mejoras diagnósticas, los avances de la cirugía, quimioterapia y radioterapia han permitido la curación o el control de esta enfermedad en muchos casos, de forma que en la actualidad la supervivencia en cáncer de mama es superior al 77% a los cinco años, porcentaje superior en los últimos años, y si el tumor está localizado las curaciones son superiores al 95% (González y González, 2007).

A pesar del avance espectacular en el tratamiento de determinados tipos de tumores y de la difusión pública que se hace de ello, el cáncer es en la actualidad la enfermedad más temida, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares (aunque éstas presenten una mortalidad más alta), y sigue estando considerada como prototipo de incurabilidad, sufrimiento, incapacidad y muerte (Cruzado, 2010). Si bien esta percepción pesimista está lejos de ser cierta, el hecho real es que el cáncer es una enfermedad con grandes costes personales y sociales, que somete a las personas afectadas y su familia a un gran número de sucesos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento, durante intervalos largos de tiempo, que amenaza su

trayectoria vital. Ya en 1979 Holland recoge tales reacciones bajo el epígrafe de las “6D” que se muestra en el siguiente cuadro (Holland y Rowland, 1989; Stearns, Lauria, Hermann, y Fogelberg, 1993).

Tabla 1.1. Las “6D”: principales temores asociados al cáncer (Stearns et al, 1993; p 207).

Las “6D”: principales temores asociados al cáncer	
Death (muerte)	Miedo y ansiedad a las consecuencias de la enfermedad
Dependance (dependencia)	De familia y personal sanitario
Disfigurement (desfiguración)	Cambios corporales físicos o funcionales
Disability (incapacidad)	Para la consecución de objetivos
Disruption (ruptura)	Principalmente de relaciones sociales
Discomfort (molestias)	Derivadas de la enfermedad y tratamiento

Todo lo que conocemos actualmente del cáncer es el producto de años dedicados a la investigación, pero no sólo destacar los aspectos médicos sino también los aspectos psicológicos que rodean a esta enfermedad y a partir de los cuales vamos a centrar este trabajo (Cruzado, 2010). De entre los estudios psicológicos se ha prestado una atención especial a la intervención psicológica, al análisis de las reacciones emocionales, a la calidad de vida, a la prevención, a las estrategias de afrontamiento, etc. No obstante, como profesionales de enfermería concedemos habitualmente más importancia a los aspectos científico-técnicos que a los aspectos funcionales, que desde el punto de vista de los pacientes son los más importantes. La atención a pacientes y familiares, una buena comunicación, practicar una escucha activa y la prestación de cuidados ante la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, se hace fundamental en nuestra profesión, porque padecer una enfermedad como el cáncer puede presentar un serio problema tanto en el funcionamiento como en la composición del núcleo familiar.

El personal de enfermería dedicado a la Oncología comparte vivencias con sus pacientes que van más allá de un cuerpo enfermo. El poder determinar el grado de comodidad, conocer lo que sienten a nivel tanto físico como psíquico y necesidades que presentan los enfermos oncológicos y su posible asociación al nivel de incertidumbre que genera el pronóstico de la enfermedad plantea un reto profesional de gran dimensión, en tanto que permite profundizar en las estrategias necesarias para incorporar cuidados terapéuticos que alivien las incertidumbres que generan ese tipo de enfermedades.

Cuidar a una persona con cáncer ha representado para la enfermería una preocupación constante por integrar, además de los aspectos biofísicos, patológicos y clínicos característicos del proceso, aquella parte invisible, que supone establecer un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y el profesional capaz de ofrecérsela. Sin embargo, es evidente que esta contribución se hace imprescindible en las circunstancias de sufrimiento emocional y social que acarrea el diagnóstico de un cáncer (García 2002; Soler, Garcés y Zorrilla, 2007).

Esta interacción se sitúa en la manera de hacer y estar en la relación, lo que confiere características de instrumento terapéutico al cuidado en sí mismo. Diversos autores identifican valores en la relación enfermero/paciente que confieren a la misma mayor humanidad y sitúan al paciente en el centro y lo incorporan en un proceso dinámico de adaptación y crecimiento (Kérouac, Pepin, Duquette y Major, 1996). Los valores que permiten un ejercicio más simétrico de la relación son:

- La confianza mutua.

- El respeto y la comprensión.
- El afecto.
- La veracidad.
- La confidencialidad.
- El reconocimiento por lo que hace y lo que es.
- El acompañamiento.

La enfermería debe cuidar y aplicar tratamientos comprendiendo las necesidades de los pacientes y sus familias, sus deseos, sus emociones y sentimientos, mediante intervenciones profesionales que logren una interrelación significativa para el individuo (Benavent, Ferrer y Francisco, 2000).

Las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares están presentes en las distintas etapas de la enfermedad. El miedo y la ansiedad pueden considerarse unas constantes en las distintas fases del proceso sanitario. Ambas emociones, tienen carácter universal e influyen en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad lo que les genera una situación de estrés importante.

Teniendo en cuenta que esta es una enfermedad que suele asociarse a la muerte, las principales reacciones frente al diagnóstico y al tratamiento son: negación, ira, depresión y ansiedad (Gill y Roca, 1996). Pero a pesar de la importancia que tiene la identificación temprana de estos estados en la mayoría de los casos no son reconocidos hasta cuando presentan un cuadro claramente psicopatológico y

desadaptativo (Zabel, 2000). El paciente con cáncer, por sus particularidades clínicas y elevado grado de compromiso vital al que se halla sometido puede evidenciar consecuencias psicosociales del diagnóstico como temor a la muerte, estrés familiar, aislamiento social, abandono familiar, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la abundancia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados emocionales severos.

Para afrontar toda la evolución de la enfermedad, como profesionales, debemos de conocer las necesidades, miedos e inquietudes de cada uno de los pacientes que atendemos, así como las necesidades de familiares. Para ello se requiere, por una parte, de la existencia de equipos multidisciplinares donde el personal sanitario y todos aquellos profesionales preocupados por el tema de la salud, ayuden al enfermo y a la sociedad a prevenir la enfermedad, a combatirla y a convivir con ella (Ibáñez, 1988).

La profesionalización de los cuidados humanos y éstos alrededor del proceso de cáncer requiere de conocimiento y métodos específicos, así como de compromiso y de responsabilidad profesional.

Cuando se escucha la palabra “cáncer” o “enfermo oncológico”, rápidamente se genera una imagen concreta de lo que significa dicha enfermedad y ante qué tipo de sujeto interactuamos. Lo mismo ocurre con la figura del profesional de enfermería.

Sin embargo, los entendidos en el tema de las representaciones sociales no han trabajado en el ámbito de la enfermería y de la oncología, lo que genera un vacío en este campo de investigación. Existen estudios sobre la representación social de enfermedades como la esquizofrenia (Martínez, Peris y Sánchez, 2001; Mora, 2002) y

de otros temas sobre sustancias tóxicas y sus consumidores (Llopis, Pons, y Borjano, 1996). Este trabajo puede resultar en muchos casos dificultoso puesto que la idea preconcebida que tiene la sociedad de lo que somos y hacemos los profesionales de enfermería puede influenciar de forma positiva o negativa en nuestro quehacer diario (Ibáñez, 1988).

Dentro del campo de la enfermería, la representación social del enfermero/a resulta muy importante. La enfermería trabaja con personas, generalmente enfermas y con su núcleo más próximo, siendo probablemente la figura más cercana a estos (Jodelet, 1986; Pérez, 2007).

La cultura del cuidado enfermero juega un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad y en el proceso de atención de enfermería y cuidados. Cuando los profesionales enfermeros conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se ofrece es mucho más provechoso e integral. Conocer la cultura de los cuidados fortalece el papel de la enfermería en la práctica clínica. Los valores, las creencias espirituales y elementos culturales que definen y dirigen la vida de cada individuo no pueden ser ajenos a los fenómenos de la práctica de enfermería, pues la imagen de la persona quedaría incompleta. La relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia de enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y espirituales del paciente. Cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.

Los cuidados siempre están presentes, son tan antiguos como el hombre. Cuidados en la vida y en la muerte. Es imprescindible conocer la cultura, creencias y valores, de un individuo, pero más aún como se desenvuelve en la sociedad. Si no tenemos en cuenta los factores culturales, se pueden producir resultados desfavorables y en ocasiones consecuencias graves. De ahí la importancia de nuestro trabajo con pacientes onco-hematológicos.

Cuando hablamos de cultura y cáncer, el papel del personal sanitario junto al enfermo y su manera de actuar ante él son de vital importancia. La vivencia de un cáncer dificulta la adaptación del paciente y familia a su nueva situación.

Además, el origen étnico, la cultura y las creencias religiosas van a influir en la actitud personal y familiar respecto a la enfermedad, muerte y el hecho de morir. La expresión de las necesidades y como atenderlas va a ser diferente en función de la cultura. Como profesionales sanitarios es importante adoptar una actitud integradora del paciente oncológico, buscar tiempo para hablar es fundamental para crear confianza y proporcionar seguridad. No puede ofrecerse una buena calidad asistencial si la comunicación es deficiente y existen prejuicios. Es necesario para todos los profesionales de la salud, comprender y estudiar los fenómenos psicológicos, religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades para de esta forma poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud. Los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos a las prácticas de enfermería (Castilblanco y Delgado, 2001).

La ausencia de estudios sobre la actuación enfermera, de lo que somos, de lo que hacemos y de lo que podemos hacer, así como la importancia de conocer a cada

uno de los pacientes con los que trabajamos, conocer sus miedos, sus inquietudes y sus necesidades, hace imprescindible crear una relación de confianza mutua que permita ayudarles y hacer de su estancia en el hospital un momento de su vida menos duro.

Para muchas personas el padecer un cáncer supone un acontecimiento estresante y traumático. Además de los problemas físicos que conlleva, los pacientes con cáncer a menudo tienen que enfrentarse a disfunciones en algunos de sus órganos y a alteraciones en su imagen corporal. Por otro lado, los tratamientos a los que han de someterse añaden también otros aspectos incómodos y problemáticos de manejar y que pueden dificultar la adaptación psicológica a la enfermedad.

Greer y Silberfarb (1982) hablan de cuatro reacciones emocionales al cáncer: ansiedad, ira, culpa y depresión. Estas diferentes emociones se van a experimentar en función de la idea que el propio enfermo se haya hecho sobre su enfermedad. Así, por ejemplo, si la persona ve el cáncer como un peligro o amenaza para su propia vida y bienestar y siente vulnerabilidad por no saber o creer que es incapaz de enfrentarse a esa amenaza, presentará ansiedad. La ira, sin embargo, se genera cuando uno cree que su dominio personal ha sido atacado de alguna manera y de forma injustificada. Puede ser un ataque directo sobre la autoestima o indirecto sobre los valores de la persona. La sensación de que algo está agrediéndola parece ser la base de este sentimiento de enfado. Cuando aparece la culpa, el paciente percibe que se ha violado una regla; la diferencia respecto al paciente con ira es que, en este caso, se culpa a sí mismo. Esta emoción puede aparecer en ocasiones dentro de un síndrome depresivo, pero también puede ocurrir independientemente como un intento de dar significado a

lo que está ocurriendo. Por último, en la base de la tristeza o la depresión siempre hay un sentimiento de pérdida en el dominio de la persona (pérdida de una parte del cuerpo, de las actividades placenteras, del rol familiar, etc.).

El cáncer, por tanto, supone una enfermedad en la que hay que enfrentarse a muchísimos aspectos, no solo al principal, que es la posibilidad de morir, sino también a la morbilidad de la propia enfermedad y sus tratamientos.

El espectacular desarrollo que el tratamiento quimioterápico ha sufrido en los últimos 50 años ha llevado consigo un abanico de fármacos muy efectivos para una variedad de tumores, ya sean hematológicos o sólidos. Si bien es cierto que a medida que se han ido conociendo las dosis, el tiempo de administración y el mecanismo de acción también ha ido mejorando su efectividad, no podemos dejar a un lado sus no deseados efectos secundarios, que deben ser tolerados si se quiere conseguir el efecto sobre la célula tumoral preojupe por el futuro, pero la quimioterapia añade, además, el miedo a que el propio tratamiento en sí tenga efectos secundarios tóxicos.

El desconcierto y la ansiedad asociados a la quimioterapia se convierten a veces en algo tan grave que puede en sí misma provocar síntomas físicos, como sequedad de boca, taquicardia y falta de aliento. Por lo que las alteraciones psicológicas pueden ser muchas veces tan preocupantes como los efectos secundarios de la quimioterapia.

Cáncer: definición y generalidades

1. Definición

El cáncer se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que denominamos tumor primario. Además, las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis (ECO, 2014).

El cáncer es una enfermedad universal que afecta a todos los seres humanos sin tener en cuenta la edad, el sexo, la raza ni el estado socioeconómico, cultural o geográfico. Sin embargo, se observan diferencias con respecto a la evolución y la gravedad de determinados tipos de tumores que se ven influenciados directamente por estas características. Es considerada la segunda causa de muerte en los países desarrollados, tanto en adultos como en niños. Además, se han identificado más de 150 tipos de cáncer diferentes y en todos ellos las células cancerosas presentan alteraciones morfológicas y bioquímicas respecto a las células normales (Pfeifer, 1999).

El cáncer no es una enfermedad única, ya que bajo ese concepto se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento diferente de unos a otros, y que tienen como características comunes la existencia, a partir de una

única célula, de una proliferación anormal de células, que tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y por metástasis. Mecanismos que se producen o no según el tipo de cáncer. La invasión se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino. La metástasis se produce cuando las células cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo. Esta característica es la que hace considerar el cáncer como una enfermedad sistémica, ya que las metástasis son las responsables de la mayoría de las muertes por cáncer.

Los distintos tipos de cáncer se comportan de manera diferente (velocidad de crecimiento, tendencia a la diseminación, respuesta a los tratamientos, etc.). Esta es la principal razón por la que, ante la sospecha o diagnóstico inicial de cáncer, es necesaria la realización de una serie de pruebas que nos permitan conocer el tipo de cáncer y su extensión. Esto lleva un tiempo, en ocasiones bastante largo, imprescindible para poder aplicar el tratamiento más idóneo para cada situación, y obtener los datos necesarios que nos aclaren el pronóstico vital de nuestros pacientes (ECO, 2014).

En cuanto a la mortalidad por cáncer, en mujeres se encuentra el cáncer de mama en primer lugar, seguido del cáncer de pulmón, del colorrectal y de los ginecológicos. En el caso de los hombres, el cáncer de pulmón es el primero, seguido del de próstata, el colorrectal y el de páncreas (Belcher, 1995). Aunque se la considera una enfermedad genética, es hereditaria en un 5-10% y el resto se produce por alteraciones genéticas debido a trastornos medioambientales y otros factores de

riesgo. La predisposición a padecer determinados tipos de tumores es debida a la transmisión de versiones anormales de algunos genes. La carcinogénesis o progresión tumoral conlleva alteraciones genéticas o mutaciones en el ADN que son responsables de que una célula cancerosa dé lugar a otras nuevas, al tiempo que se produce una selección de células cada vez más malignas. Es un proceso multigénico que puede ir de muy lento a muy rápido, compuesto por etapas y muy complejo, que tiene lugar en años. En las últimas dos décadas, los avances en biología molecular han demostrado que estas mutaciones están directamente relacionadas con la acción de agentes externos o cancerígenos.

Las causas que provocan las alteraciones genéticas son en gran parte debidas a factores exógenos producto de la forma de vida del ser humano. El Código Europeo Contra el Cáncer considera que el 70% de los tumores malignos podrían evitarse si las personas adoptasen hábitos de comportamiento saludables (Martínez et al, 2001). Por tanto, la promoción y la educación para la salud son medios efectivos para prevenir muchos tipos de cáncer. Los factores de riesgo son diferentes para cada tipo de cáncer. Los más importantes son los siguientes:

- Agentes químicos como tabaco, alcohol, exposición profesional o dietética.
- Agentes físicos como radiaciones ionizantes, ultravioleta y cuerpos extraños.
- Agentes biológicos o virus.

El aumento de conocimientos de la biología molecular tumoral, así como el desarrollo de nuevas técnicas para el diagnóstico, ha permitido aplicar estrategias terapéuticas más novedosas e individualizadas. Las decisiones sobre el tratamiento se

basan en el tipo de tumor y en la extensión de la enfermedad, de ahí la importancia de ser extremadamente minuciosos y precisos.

El mayor temor de los pacientes es el relacionado con el pronóstico de la enfermedad, para definirlo es necesario definir en qué estadio se encuentra su enfermedad, o lo que es lo mismo conocer su extensión. Hoy en día el pronóstico para muchos enfermos de cáncer es bueno. Aunque para muchos pacientes y familiares el cáncer es sinónimo de muerte, actualmente más de la mitad de las personas a las que se les diagnostica un cáncer sobrevivirán. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de algunos tipos de cáncer han permitido la curación de muchos pacientes, y el control durante años de la enfermedad en otros tantos.

Las diferentes opciones de tratamiento dependerán principalmente del tipo de cáncer que se padezca, así como del estadio, teniendo siempre en cuenta otros factores individuales, como la edad, el estado general, las preferencias de los pacientes, etc. (ECO, 2014).

Cada vez se valora más la calidad de vida del paciente y no sólo la supervivencia, lo que acerca la medicina a una vertiente más integral que intenta equilibrar los beneficios del tratamiento y el posible deterioro de la calidad de vida. Aunque se avanza hacia una medicina personalizada, donde se valora individualmente la actitud terapéutica, la oncología debe seguir el método científico y protocolizar sus esquemas de trabajo. Todo esto es posible gracias a la participación, durante todo el proceso, de un equipo interdisciplinar que permite la planificación terapéutica con un enfoque global.

2. Etapas o estadios del cáncer

Entendemos por estadiaje la clasificación del cáncer en diferentes etapas o estadios en función del tumor primario (tamaño e invasión local) y de su extensión a otros órganos (afectación ganglionar o metastásica). El estadiaje nos da una idea exacta de la extensión y la gravedad del cáncer.

Se trata de un proceso esencial, permite la elección del tratamiento más adecuado y estima el pronóstico de la enfermedad. Además, al unificar a los pacientes con características similares ayuda a los investigadores a intercambiar datos, al proporcionar un lenguaje común que facilita la evaluación de los datos de los estudios clínicos y la comparación con otros estudios similares (ECO, 2014).

La estadificación se basa en las fases de desarrollo del cáncer, añadiendo la información que aportan otras variables: localización anatómica, tipo tumoral, grado histológico, extensión, presencia de alteraciones moleculares o genéticas, etc. Para clasificar cada paciente en su estadio correcto es necesario una exhaustiva recogida de información, que proviene de:

1. Historia clínica: Siempre es preciso la realización de una historia clínica detallada, haciendo énfasis en aquellos síntomas que influyen de manera directa en el pronóstico de los pacientes (crecimiento rápido de las lesiones), que en ocasiones modifican su estadio (por ejemplo, la presencia de síntomas B en linfomas) o que hagan necesario realizar otros estudios ante sospecha de lesiones a distancia (síntomas neurológicos orientarán a existencia de metástasis cerebrales).

2. Exploración física: Cuando el tumor es accesible es necesario valorar sus características tanto físicas como clínicas. Además, debemos atender a otras situaciones que de forma indirecta también influyen en el pronóstico: estado nutricional, afectación del estado general, etc.
3. Exploraciones complementarias: Permiten determinar de la manera más precisa la extensión de la enfermedad.

El procedimiento diagnóstico como parte de esta metodología se fundamenta en tres partes: diagnóstico clínico del proceso tumoral, diagnóstico histológico y estudio de extensión. Los cánceres se suelen clasificar por su extensión, para lo que se suele utilizar una clasificación TNM, siendo T de acuerdo al tamaño o invasión del tumor primario, N de acuerdo a los ganglios linfáticos afectados y M si hay metástasis a distancia. A cada combinación de números para T, N y M se le asigna un grado de extensión global que se relaciona con la probabilidad de curación.

Actualmente se dispone de tratamientos eficaces del cáncer que, en promedio, permiten la curación de un 48% de los afectados y el mantenimiento como una condición crónica en el 35% de los casos, mientras que en el 17% no se logra detener el avance de la enfermedad (Martínez et al, 2001). La eficacia de estos tratamientos depende del tipo de cáncer, estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico y características de los pacientes. Los tratamientos más comunes son la cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia o terapia biológica. Tanto la propia enfermedad como los efectos de los tratamientos son importantes fuentes de estrés que afectan a la calidad de vida del paciente y su familia (Gómez, 2003).

Con respecto a nuestro estudio, destacamos el cuidado, seguimiento y tratamiento quimioterápico, responsable en muchos casos, de la enorme ansiedad que puede producir su administración y los efectos secundarios derivados de los citostáticos. La aplicación de quimioterapia en los procesos neoplásicos sigue siendo una de las mejores armas para controlar el cáncer.

Constituye la principal forma de tratamiento en la enfermedad diseminada y una de las más importantes en determinados tumores clínicamente localizados. Puede ser adyuvante (aplicada tras la cirugía para prevenir la aparición de nuevos tumores), neoadyuvante (para reducir el tamaño del tumor y aplicar cirugía u otro tratamiento local) o paliativo. Este tratamiento conlleva una serie de efectos secundarios que van a ser diferentes en función del tipo de fármaco utilizado y la dosis administrada. Los efectos secundarios más frecuentes son: alopecia, astenia, infecciones, pérdida de apetito, náuseas y vómitos, diarrea, intolerancia, xerostomía y mucositis. Síntomas importantes, que como profesionales debemos de conocer y saber explicar a los pacientes. Aunque los fármacos afectan también a las células sanas los efectos secundarios suelen desaparecer gradualmente una vez que termina el tratamiento.

3. Tipos de tratamiento

El diagnóstico de cáncer ya no significa una sentencia de muerte. Hoy en día, las personas con cáncer pueden beneficiarse de muchos tipos de tratamientos que pueden salvarles la vida. Por eso es importante informarse sobre todas sus opciones. De esta manera las personas con cáncer podrán escoger y completar el mejor tratamiento para cada uno de ellos.

La detección y tratamiento del cáncer requiere una correcta coordinación de distintas especialidades, aportando una visión integral de la enfermedad para abordar con mayor garantía todos los aspectos del proceso oncológico. Es decir, requiere la actuación de un equipo multidisciplinar donde se incluyan todos los especialistas que actúen en el tratamiento curativo de los pacientes: cirujanos, oncólogos médicos, radioterapeutas, unidad del dolor, así como en los cuidados paliativos de los pacientes incluyendo la fase cercana a la muerte o el duelo.

Los objetivos principales de estos equipos multidisciplinarios son:

- Desarrollar una asistencia integral alrededor del paciente con cáncer, evitando duplicidades asistenciales con retraso de los procesos.
- Incorporar con prontitud avances diagnósticos y de tratamiento.
- Desarrollar guías clínicas, basadas en evidencia científica para cada actuación concreta.
- Favorecer el desarrollo de evidencia científica.
- Dentro de los distintos tipos de tratamiento médico nos encontramos.
- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Nuevas dianas terapéuticas

- Tratamientos de Soporte (bifosfonatos, eritropoyetinas, factores de crecimiento, analgésicos, etc.) (ECO, 2014).

4. La Quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento contra el cáncer que usa medicamentos (fármacos) con la intención de destruir las células cancerosas. La vía de administración va a variar en función del fármaco: vía intravenosa en bolos, vía intravenosa en infusión continua, tratamiento oral, etc.

Las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente y el tratamiento con quimioterapia tiene la intención de parar o retrasar el crecimiento de dichas células. No obstante, no se trata de un tratamiento selectivo frente a células tumorales, sino que también puede afectar a las células sanas que crecen y se dividen rápidamente como: las células de la mucosa bucal, de la mucosa intestinal o las células que hacen crecer el pelo. Es por todo esto, que durante el tratamiento con quimioterapia aparecen efectos secundarios como consecuencia del daño a células sanas, efectos que suelen ser reversibles, es decir, que van a mejorar o desaparecer, una vez finalizado el tratamiento con quimioterapia.

Dependiendo del tipo de tumor y la extensión de la enfermedad, la quimioterapia se va a administrar con unos objetivos:

RADICAL O CON INTENCIÓN CURATIVA: Algunos tumores son curables incluso en estadios avanzados de enfermedad. En estos casos utilizamos esquemas agresivos de poliquimioterapia asumiendo toxicidades moderadas-severas. En algunos

casos va a ser necesario completar los tratamientos con radioterapia o cirugía de rescate.

INTENCIÓN ADYUVANTE: Tras cirugía curativa para erradicar restos tumorales subclínicos, disminuyendo el riesgo de recaída a nivel local o a distancia.

INTENCIÓN NEOADYUVANTE: Previo a tratamiento quirúrgico definitivo para mejorar la resección completa del tumor y/o cirugía conservadora con preservación de órgano. Combinada con radioterapia (Ejemplo: cáncer de recto).

PALIATIVA: Utilizada en fase avanzada de la enfermedad en tumores sensibles. El objetivo principal de la quimioterapia paliativa va a ser aumentar calidad de vida, frenando la progresión y aumentando la supervivencia de los pacientes. El principal problema con el que nos encontramos es la toxicidad. En el caso del tratamiento paliativo es muy importante informar al paciente de: los objetivos esperados con el tratamiento, las toxicidades y las alternativas terapéuticas y siempre obtener un consentimiento informado.

Las Contraindicaciones del tratamiento paliativo son:

- Enfermos terminales en última fase.
- Paciente se niega tras recibir información.
- Empeoramiento de la calidad de vida
- Enfermedades concomitantes que contraindican tratamiento
- Toxicidad elevada con escaso beneficio

- Alteraciones analíticas sin relación con neoplasia
- Progresión de enfermedad tras 2-3 ciclos de quimioterapia.
- No podemos realizar control de respuesta ni toxicidad
- Expectativa de vida < 2 meses.
- ¿Cuándo detener el tratamiento con quimioterapia?
- En los siguientes casos será necesario detener el tratamiento con quimioterapia:
 - Progresión de enfermedad
 - Empeoramiento de la calidad de vida
 - Aumento de la dependencia hospitalaria
 - Falta de expectativas en otras líneas de quimioterapia
 - Límite tóxico de dosis
 - Efectos secundarios graves
 - Petición del enfermo
 - Ausencia de Beneficio (ECO).

5. La respuesta al tratamiento en oncología

La eficacia del tratamiento antitumoral se mide en función del aumento de la tasa de curaciones, de la supervivencia y de la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. La valoración de respuesta consiste en evaluar el efecto de los tratamientos recibidos sobre la historia natural de la enfermedad.

De manera indirecta podemos relacionar la mejoría de los síntomas relacionados con el cáncer con la reducción del tamaño tumoral, pero ésta es una valoración subjetiva e imprecisa. Para poder hacer una correcta valoración de la respuesta es necesario disponer de unos criterios estrictos y universales. El criterio que se utiliza generalmente es la reducción de tamaño de la masa tumoral. La reducción del tamaño tumoral nos facilitará el camino hacia logros mayores que son los objetivos primordiales de la oncología: el aumento de la tasa de respuestas, de la supervivencia y la mejoría de la calidad de vida de nuestros pacientes. En líneas generales, podemos afirmar que existe una mayor posibilidad de curación en aquellos pacientes en los que se obtiene la desaparición completa del tumor (ECO).

Los beneficios que podemos alcanzar con los diferentes tratamientos:

- Curación
- Modificación de la historia natural de la enfermedad, mediante:
- Reducción de la masa tumoral
- Aumento de la supervivencia
- Mejoría de la sintomatología

Grado de funcionalidad en cáncer

La utilización de las medidas de capacidad funcional fue introducida en oncología a finales de los años cuarenta para evaluar tanto la posibilidad de tratamiento quimioterápico como las consecuencias de este sobre los pacientes (Karnofsky, 1949). Sin embargo, desde los primeros estudios realizados para comprobar la validez y fiabilidad de la Escala Funcional de Karnofsky ya se reconoció el poder predictor de la supervivencia (Yates, 1980; Mor, 1984). La ayuda en la toma de decisiones sobre tratamiento y la predicción de la supervivencia siguen siendo hoy en día las principales utilidades de las medidas de capacidad funcional. Sirviendo para evaluar tanto la posibilidad de tratamiento quimioterápico como las consecuencias de este sobre los pacientes (Karnofsky & Burchenal, 1949). Sin embargo, desde los primeros estudios realizados para comprobar la validez y fiabilidad de la Escala Funcional de Karnofsky ya se reconoció su poder predictor de la supervivencia (Yates, Chalmer & McKegney, 1980). La ayuda en la toma de decisiones sobre tratamiento y la predicción de la supervivencia siguen siendo hoy en día las principales utilidades de las medidas de capacidad funcional.

Tratar de responder a la pregunta sobre la expectativa de vida del paciente con cáncer avanzado y terminal ha sido el objetivo de múltiples trabajos de investigación en los últimos cuarenta años. Estimar correctamente la supervivencia ayuda a planificar adecuadamente los recursos de atención, permite organizarse a los familiares del enfermo para cuidarle y puede ayudar al propio paciente a cumplir sus objetivos al final de la vida.

La otra gran utilidad de las escalas de valoración funcional es la ayuda en la toma de decisiones sobre tratamiento. Estas medidas ofrecen un buen índice del estado general del paciente y, en consecuencia, de la capacidad de soportar el tratamiento quimioterápico. La utilización de un Índice de Karnofsky menor de 60 o un Índice ECOG mayor de 2 como límites para el comienzo de un tratamiento quimioterápico es muy común en todos los servicios de oncología. Es evidente que la decisión final sobre tratamiento no sólo va a depender de la capacidad funcional del paciente sino de una valoración clínica exhaustiva y de las probabilidades de éxito del tratamiento para cada tipo de cáncer.

Sintomatología física en cáncer

El tratamiento integrado de pacientes oncológicos en cualquier fase de la enfermedad pasa por conseguir un adecuado control de los síntomas que presentan. Saber reconocerlos, evaluarlos, y tratarlos convenientemente, influye de forma directa en su bienestar y calidad de vida.

De entre los llamados síntomas físicos: el dolor, el agotamiento, las náuseas, la somnolencia, la disnea y el apetito son los que se han evaluado en nuestro estudio por ser los más prevalentes en pacientes en tratamiento con quimioterapia (Carvajal, 2011).

Si bien es cierto los psicólogos difícilmente podrán eliminar o disminuir directamente los síntomas propios del cáncer, el trabajo importante a este nivel físico, se ejecuta en el acompañamiento y en el tratamiento de los efectos que los síntomas físicos de la enfermedad y procedimientos médicos generan en el paciente como la

ansiedad, la depresión y el malestar emocional que contribuyen en gran medida a que el paciente perciba su calidad de vida más deteriorada.

Dolor: La International Association for the Study of Pain, define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño. El dolor del cáncer puede controlarse eficazmente a través de medios relativamente sencillos, existen técnicas psicológicas de relajación enfocadas a disminuir la sensación del dolor como la técnica de las 5 contemplaciones del dolor. Desafortunadamente, el dolor relacionado con el cáncer suele ser tratado con deficiencia (Muriel, 2006). Las investigaciones comparativas que se han realizado en el área de la Psicooncología han registrado niveles de ansiedad y depresión más elevados en los pacientes de cáncer con dolor que en aquellos que no lo padecen y se han acumulado evidencias de la posible relación entre la sintomatología depresiva y el dolor mal controlado. Son referencias históricas, las publicaciones realizadas sobre pacientes con cáncer que buscan tratamiento en una clínica de dolor y que presentaban resultados más elevados en las diferentes escalas que median los síntomas depresivos, que los pacientes oncológicos que no buscaban tratamiento (Muriel, 2006). La prevalencia más alta de dolor intenso se presenta en los pacientes adultos con cáncer avanzado. El dolor crónico es un problema de los pacientes con cáncer; hasta 33% de estos pacientes continúa presentando dolor después del tratamiento curativo. Los tumores causan la mayoría del dolor en los estados de tratamiento activo del cáncer y de enfermedad avanzada. Sin embargo, los sobrevivientes se ven más afectados por el dolor relacionado con modalidades como cirugía, quimioterapia o radioterapia, que por el dolor relacionado con el cáncer (Pachman, Barton, Swetz, et al; 2012).

Disnea: La disnea, la cual se describe como la falta de aliento o de aire, es un síntoma común durante los últimos días o semanas de vida. La prevalencia de disnea en los adultos con diagnóstico de cáncer varía de 21 a 90%, y se correlaciona con el cáncer de pulmón o la enfermedad avanzada (Bruera, Schmitz, Pither, et al.; 2000).

Debilidad y cansancio (astenia): Se entiende por *astenia* el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional. La astenia es el síntoma más frecuente en el seno de los cuidados paliativos; puede presentarse hasta en el 90% de los casos. Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente. La astenia puede tener un componente subjetivo individual muy importante. Y no debe olvidarse el hecho de que puede aparecer por muchas causas (anemia, infecciones, depresión, etc.).

En muchos casos no se identifica ninguna causa tratable. Las terapias que pueden utilizarse pueden ser farmacológicas y no farmacológicas. De acuerdo con los resultados de una revisión que incluyó 15 estudios, el ejercicio físico, sobre todo el aeróbico, mejoró la astenia. Se incluyeron programas domiciliarios y ambulatorios, pero fueron pocos los estudios realizados en pacientes con cáncer avanzado. El ejercicio requiere una cuidadosa selección de los pacientes y disponer de la infraestructura adecuada. Las intervenciones psicosociales también se han mostrado útiles en el tratamiento de la astenia. La evidencia sobre la eficacia de la terapia

farmacológica es escasa y constituye un área en la que se requiere más investigación (AECC, 2017).

En la investigación realizada por Raymundo y Ayala (2010) en pacientes con cáncer de la ciudad de Trujillo, las autoras concluyeron que la mayor parte de los pacientes se ubicaron en un nivel promedio en todas las dimensiones del impacto del tratamiento (estado físico, estado emocional, ambiente familiar y social y capacidad de funcionamiento personal), denotando que los pacientes con cáncer tienden a mantener un deseo de controlar los efectos secundarios del tratamiento, como medio de lucha ante su enfermedad.

A pesar de que las náuseas y vómitos suponen el efecto secundario más común entre los pacientes con cáncer (alrededor del 50%), éstos también pueden co-existir con otros no menos importantes para la calidad de vida del enfermo, a saber, alopecia, fatiga, anorexia, algunas neuropatías, estomatitis, diarrea, problemas sexuales, entre otros. Los efectos adversos varían dependiendo de cada citostático o de la combinación de ellos, la dosis, el número de ciclos y si se administra también conjuntamente con radioterapia; además las náuseas y los vómitos suponen el factor que más ansiedad provoca en los pacientes, teniendo una gran repercusión sobre la calidad de vida y obligando en algunos casos, a posponer, cambiar o suspender los tratamientos, debido a la aparición de complicaciones.

Existen dos tipos de náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia; aquellos que aparecen después de haberse administrado el fármaco, es decir, post-tratamiento, y aquellas que aparecen antes, es decir, como respuesta condicionada al tratamiento y que se les llama anticipatorios. En el primer caso, los efectos pueden

aparecer de forma aguda en las primeras 24 horas o bien suceder de forma diferida, pasadas 24 horas. Ahora bien, se ha visto que en el 30% de los pacientes en tratamiento con quimioterapia, presentaban náuseas y vómitos severos durante ciclos previos de QT. Por poner algún ejemplo, algunos pacientes ya sienten náuseas con solo mirar el calendario, pueden empezar a vomitar de camino al hospital después del tercer o cuarto tratamiento. Se pueden sentir náuseas sólo de pensar en el tratamiento o incluso cuando la quimioterapia haya finalizado.

2.2.- Aspectos psicológicos del cáncer

Introducción a la Psicooncología

La Psicooncología (Die, 2003; Bayés, 1985; De la Fuente, 1998; Rojas-May, 2006) es un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. La Psicooncología se ha visto impulsada por el desarrollo de la psicología de la salud, el avance en investigación del estrés, las emociones y la psiconeuroinmunología en el cáncer, y la eficacia contrastada del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida tanto de pacientes enfermos de cáncer, familiares y los propios profesionales.

La intervención psicológica de apoyo (IPA) en el cáncer se hace necesaria para que los pacientes y sus familiares afronten adecuadamente la enfermedad y el tratamiento del cáncer (Cruzado y Labrador, 2000). La importancia de la atención psicológica se ha enfatizado en la medida en que el sistema sanitario ha reconocido

como objetivos prioritarios tanto la curación como el alivio del sufrimiento humano, junto con la necesidad de que el paciente tenga información adecuada y participe en las decisiones terapéuticas. Asimismo, la optimización de las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios y la prevención del **burnout** requieren la intervención psicológica (Bayés, 2001).

Las causas que han producido el desarrollo de la aplicación de la psicología al cáncer arrancan de las necesidades clínicas y preventivas que concurren en éste, que principalmente son las siguientes 3:

- La importancia sanitaria y social del cáncer, ya que a pesar de los datos positivos y esperanzadores que ofrecen los tratamientos actuales el cáncer sigue siendo la enfermedad más temida en nuestro medio social.

- El paciente con cáncer y sus familiares están afectados por acontecimientos estresantes de alta magnitud que están presentes desde la intervención preventiva, el diagnóstico y el tratamiento que se prolongan en las revisiones periódicas, todo lo cual constituye un desafío a las estrategias de afrontamiento y control de los pacientes y su familia.

- El reconocimiento de que los objetivos del sistema sanitario son tanto la curación como el alivio del sufrimiento humano (Bayés, 2001; Callahan, 2000).

La atención integral en cuidados paliativos está incluida como protección en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo), así como han sido avaladas por la recomendación 1418 del Consejo de Europa (1999) y el Plan Nacional de Cuidados Paliativos aprobado en el año 2000.

La necesidad de que el paciente tenga información adecuada y participe en las decisiones terapéuticas, tal como viene recogido en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) y la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

El énfasis en la necesidad de mejorar las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios para optimizar la comunicación con el enfermo, manejar las emociones y las situaciones estresantes o conflictivas en la interacción con el paciente, de forma que éste logre la comprensión adecuada al proceso de diagnóstico y tratamiento, se asegure su adherencia y el que disminuyan los efectos adversos a las medidas preventivas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos.

La necesidad de que los sanitarios afronten adecuadamente el estrés profesional y la prevención del burnout.

La importancia de la prevención, la promoción y la educación para la salud, que viene dada por la constatación de que los comportamientos saludables o los estilos de vida son determinantes o contribuyentes fundamentales del control del inicio del cáncer.

El desarrollo de habilidades sociales y el trabajo en equipo entre oncólogos, psicólogos y profesionales de enfermería, es imprescindible en este tipo de pacientes. Entre las numerosas funciones que se pueden desarrollar destacamos: prevención y promoción de estilos de vida saludables, evaluación clínica y de la salud, tratamiento de problemas asociados al proceso de la enfermedad e investigación de factores psicológicos implicados en el cáncer y de la eficacia de la evaluación y tratamientos psicológicos.

Por tanto, el procedimiento de atención al paciente con cáncer es complejo, prolongado e implica a distintos especialistas.

Psicología de la salud

Según la División de Psicología de la salud de la **American Psychological Association** (APA), esta subdisciplina se define como el “Conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y la mejora del sistema de salud y la política sanitaria” (Stone, 1987 citado por Gil 2002, p. 67).

Partiendo de esto, es pertinente afirmar que la psicología de la salud se direcciona tanto al estudio y comprensión de las influencias psicológicas en la salud, como a la organización de intervenciones que finalmente conlleven a la mejora de la calidad de vida de los individuos; al profundizar en esta conceptualización, es acertado indicar que “La psicología de la salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital” (Maddux et al, 1986, citado por Taylor 2007, p.4).

En la promoción y mantenimiento de la salud, se incluyen aspectos como el desarrollo de hábitos sanos, el fomento de prácticas saludables y el impulso de campañas publicitarias que conlleven al aprendizaje de conductas benéficas para la salud; en cuanto a la prevención y tratamiento de enfermedades, se integran actividades de enseñanza que permitan el desarrollo de estrategias para manejar eventos altamente estresantes y evitar así efectos adversos para la salud.

En relación a la etiología la enfermedad, el padecimiento y la disfuncionalidad, la psicología de la salud presenta un marcado interés por los componentes conductuales y sociales que contribuyen en estos procesos; como fin último esta área de estudio se dirige a analizar y generar propuestas de mejoramiento al sistema de salud y sus respectivas políticas públicas, teniendo en cuenta el impacto de las instituciones y la inclusión de los profesionales de la salud en el comportamiento de las comunidades (Taylor, 2007).

Para avanzar en la comprensión de la práctica e investigación de la psicología de la salud, es indispensable retomar la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (2009), como “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, esta definición es de gran relevancia puesto que propone una visión biopsicosocial del ser humano, la cual se constituye como base para la construcción de programas de investigación y acción en este campo.

Psicología Positiva

La investigación en psicología, evidencia una alta tendencia a abordar las variables positivas y preventivas en lugar de los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian (Simonton & Baumeister, 2005 citado por Contreras y Esguerra, 2006).

Al retomar este postulado, es pertinente mencionar que si bien es cierto, el cáncer constituye un evento altamente estresante para la persona, dadas sus repercusiones físicas y la percepción psicosocial que se tiene del mismo; también constituye una oportunidad para “aprender, y re significar la vida”; sin importar la

etapa de la enfermedad, el paciente siempre contará con recursos que deben ser evaluados por el terapeuta, quien a través de la intervención debe maximizarlos, de tal forma que se constituyan en herramientas que conlleven a generar bienestar y mayor calidad de vida.

Dentro del contexto psicooncológico, se hace necesario comprender el funcionamiento óptimo del individuo en múltiples niveles, incluyendo el personal, institucional, social y global, entre otros. Para lo cual, se hace indispensable “estudiar la dinámica de las relaciones entre estos procesos a los niveles antes mencionados y la capacidad humana de dar orden y significado en respuesta a la inevitable adversidad, considerando que el significado de la buena vida, en todas sus posibles manifestaciones, puede emerger de estos procesos” (Prada, 2005, p.4). No obstante, no se pretende trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo, sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva construccionista bajo la cual y desde enfoques actuales el individuo se conciba como un agente activo, constructor de su propia realidad.

1. Conceptualización

Desde el año 2000, en el marco de una nueva perspectiva de la psicología, denominada psicología positiva, son numerosos los investigadores que se han interesado por el estudio de lo positivo, ya sean los rasgos positivos (fortalezas, virtudes, y habilidades generales como la inteligencia, etc.), las emociones positivas (amor, alegría, etc.) o las instituciones positivas que sustentan las virtudes y sostienen las emociones positivas, (por ejemplo: la democracia, las libertades individuales o las

familias integradas), todo ello con el fin de favorecer la calidad de vida y el bienestar en las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2003).

Sin embargo, el interés por los aspectos psicológicos positivos, por las fortalezas y las competencias personales, tiene una larga tradición tanto en el ámbito conceptual como en el de la intervención psicológica. Ya en la corriente humanista de la psicología, floreciente en los años sesenta y representada por autores como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm, se aprecia una tendencia a esta psicología de lo positivo. De hecho, el término de psicología positiva ya fue utilizado por A. Maslow en 1968. Desafortunadamente, tal y como señalan Seligman y Csikszentmihalyi (2000) la psicología humanista no se vio acompañada de una base empírica sólida, por lo que no pudo consolidarse.

En línea con este interés por lo positivo, el propio Seligman (2005) refiere que antes de la Segunda Guerra Mundial los tres objetivos principales de la psicología eran: 1. Curar los trastornos mentales; 2. Hacer las vidas de las personas más productivas y plenas; y 3. Identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Pero fueron diferentes eventos y circunstancias tras la guerra los que llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos, los dos últimos, y a centrarse exclusivamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano, lo cual eclipsó las iniciativas en el estudio de los aspectos psicológicos positivos que se habían dado hasta entonces y también los intentos que aparecieran posteriormente.

La afirmación de esta tendencia hacia el trastorno mental dentro de la psicología, se corrobora con los datos que aporta Salanova (2008), quien al hacer una breve revisión de la literatura científica de los últimos cien años (desde 1907 hasta

2007) pudo comprobar que se han publicado 77.614 artículos sobre ‘estrés’, 44.667 artículos sobre ‘depresión’, 24.814 sobre ‘ansiedad’ pero sólo 6.434 sobre ‘bienestar’. En esta vasta y larga producción, el número de trabajos sobre ‘felicidad’ (1.159) o sobre ‘disfrute’ (304) es casi testimonial, lo que confirma el escaso interés científico por lo positivo.

No obstante, como adelantábamos, en los últimos años, se han retomado las ideas de la psicología humanista acerca de la necesidad del estudio de la “parte positiva” de la existencia humana, dotándola de aquello que faltó en su época: un sólido soporte empírico y científico. Es a partir de esta necesidad que surge la rama de la psicología, denominada psicología positiva, cuyo punto de partida se sitúa en el año 2000 con la publicación de un número especial de la revista **American Psychologist** por los autores Seligman y Csikszentmihaly, con el que pretenden dar un nuevo impulso al interés por lo positivo desde la disciplina psicológica. Estamos hablando, por tanto, de un cambio en el foco de la psicología que va de la preocupación por la reparación del daño, hacia la construcción de cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Esto hace que las teorías y modelos positivos, salvando intentos excepcionales (p. ej.: Jahoda, 1958), sean bastante recientes (Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Ryff & Keyes, 1995; Seligman, 2002), sobre todo, si los comparamos con el largo desarrollo histórico de los modelos explicativos de los trastornos mentales, por lo que estas iniciativas teóricas necesitan de un mayor número de investigaciones científicas que ayuden a refutar sus planteamientos y a un desarrollo más consolidado de esta nueva rama de la psicología.

2. Antecedentes de la psicología positiva

Tal y como refiere Peterson (2006) la psicología positiva tiene un corto pasado pero una larga historia. Y es importante que esta perspectiva haga visible la larga tradición que, desde sus inicios, ha tenido en la disciplina de la psicología el estudio de lo positivo para poder contar con una mayor consistencia y crédito social y profesional (Costa y López, 2008), aunque estas iniciativas no estuvieran acompañadas del suficiente soporte científico.

En el siglo XX ya se escribía acerca de las virtudes humanas, las fuerzas y el significado del bienestar; y desde los inicios de la psicología hubo investigadores y clínicos que postularon por un cambio en el paradigma de clasificar y diagnosticar a los pacientes y se ocuparon de describir el potencial humano.

Por ejemplo, James (1902, 1986) padre de la psicología norteamericana, en su obra “Las variedades de la experiencia religiosa”, indicaba que las personas que son capaces de adentrarse en las bondades de la vida a pesar de sus propias desgracias, definiéndolas como “saludablemente inmersos”. Su trabajo también es valioso por ilustrar de forma aguda el punto-contrapunto entre las características positivas y las negativas de la condición humana.

En los años 50 del pasado siglo, White (1959), por ejemplo, señalaba la importancia de la competencia desde el nacimiento y la infancia, como una tendencia positiva básica e inherente a explorar el entorno. En el marco del movimiento humanista, considerado el principal antecesor de la psicología positiva, debemos destacar las contribuciones de dos de sus más importantes autores:

- Carl Rogers (1961) que propone una teoría construida a partir de una sola “fuerza de vida” o “tendencia que actualiza”, que definía como una motivación innata, presente en todas las personas y dirigida a desarrollar las potencialidades de cada uno hasta el mayor límite alcanzable.

- Maslow (1954, 1962) que consideraba que en los seres humanos hay una tendencia innata a sacar el mayor partido posible de sus propios talentos y potencialidades, lo que definió como autorrealización. Fue este autor quien propuso una ordenación jerárquica de los motivos, conocida como la pirámide motivacional de Maslow (1962). Para él la persona tiene la capacidad inherente de autorrealizarse, y este crecimiento personal gobierna y organiza todas las demás necesidades, que serían primeramente las fisiológicas (hambre, sed, supervivencia, etc.), seguidas de las necesidades de seguridad, afiliación, autoestima y autorrealización. En su conocido libro, *Motivación y Emoción*, (1954) incluyó un capítulo titulado “Hacia una psicología positiva”, que trataba sobre esta temática.

Otro de los hitos que en la historia de la psicología muestran el interés por lo positivo se produce en 1955, cuando un estudio longitudinal sobre un grupo de niños nacido en la isla de Kauai provocó el interés de algunos autores por la fortaleza personal o *resiliencia*, como competencia personal para sobreponerse a situaciones de alto riesgo y recuperarse de ellas. El estudio de la *resiliencia*, iniciado por Kobasa (1982), ha despertado un enorme interés estos últimos años (Werner y Smith, 1982, 1992; Rutter, 1987; Grotberg, 2002; Luthar, 2003; Moreno-Jiménez y cols. 2005; 2011).

Por su parte, Jahoda (1958) contemporánea de Maslow y Rogers, en su libro **“Current concepts of positive mental health”**, definía el concepto de salud mental positiva entendiendo que no es sólo la ausencia de trastornos o de estrés, es decir, la ausencia de enfermedad mental, sino que incluye el bienestar físico y psicológico de la persona. La teoría que plantea esta autora es muy interesante por postular, además, seis causas o criterios generales del bienestar: Actitudes hacia sí mismo; Crecimiento, desarrollo y autoactualización; Integración; Autonomía; Percepción de la realidad y Dominio del entorno, propuesta que servirá como punto de partida para posteriores desarrollos teóricos en torno al concepto de bienestar psicológico y de salud positiva.

Posteriormente, en las décadas de los 80 y 90, son las investigaciones realizadas desde la psicología cognitiva sobre la información positiva las que pusieron de manifiesto la enorme relevancia que esta información positiva tiene en muchos procesos psicológicos. Así Vázquez, Hervás y Ho (2006) comentan como ejemplos: el papel protector de los sesgos positivos para la salud física y mental en la sensación de control; o las atribuciones causales. En España, entre otras iniciativas en el marco de lo positivo, podemos destacar la publicación del libro **“Optimismo Inteligente. Psicología de las emociones positivas”** de Avia y Vázquez en 1998.

Estas aportaciones, en conjunto, reflejan el interés de la psicología, desde casi sus inicios, por la articulación del óptimo, saludable y adaptativo funcionamiento humano. Lo que frenó su consolidación y auge, como ya referíamos, fue el hecho de que la investigación empírica no llegara a dar los frutos esperados, debido a la ausencia de herramientas de evaluación fiables para medir el funcionamiento positivo. Estas iniciativas sí que han permitido, sin embargo, sentar las bases para que

investigadores posteriores se empezaran a interesar en sus formulaciones y a desarrollar una nueva perspectiva de la psicología, que ahora conocemos como psicología positiva. Esta perspectiva permite observar, evaluar e intervenir sobre las emociones, los rasgos y las motivaciones que hacen que las personas se sientan bien; y cuenta, además, con el suficiente apoyo empírico para convertir definitivamente este interés por lo positivo en una perspectiva sólida dentro de la psicología.

La psicología positiva surge como necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica (Vázquez, 2006) y propone un cambio de enfoque (Seligman, 2000; Seligman, 2005; Vázquez, et al., 2006) del foco en la patología y enfermedad mental de la psiquiatría, la psicología clínica y la psicoterapia, a centrarse en las fortalezas, virtudes, emociones positivas y la “calidad de vida”. Su misión consiste en entender y fomentar los factores que permiten a las personas, comunidades y sociedades prosperar (Seligman, 2000).

En línea con la definición de Vera (2006), consideramos que la psicología positiva es “una rama de la psicología, que, con la misma rigurosidad científica que ésta, enfatiza su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: las cualidades y características positivas humanas”.

En base a esta definición, y tal y como defienden Costa y López (2008), creemos que es importante para un desarrollo riguroso de esta nueva perspectiva, que la psicología positiva se apoye en los sólidos fundamentos conceptuales y metodológicos de la psicología general, más que intente promoverse como una disciplina de nueva invención. Ya hemos visto como esta nueva perspectiva cuenta con suficiente soporte en la historia de la psicología, y debemos tener también en

cuenta la acumulación de conocimientos e investigaciones científicas contrastadas, desde la psicología general, en procesos relacionados con el desarrollo de fortalezas y habilidades, todo ello permitirá dotar a la psicología positiva del adecuado rigor y credibilidad científicos.

Son ya numerosos los autores destacados que trabajan e investigan en el marco de esta perspectiva positiva. Por señalar algunos, además del ya mencionado impulsor de la psicología positiva, Martin Seligman; debemos referirnos a autores como Diener (2000), que se ha centrado en el estudio del bienestar subjetivo; Ryff (1995), interesada por el funcionamiento psicológico óptimo, Peterson (2006), que ha investigado ampliamente sobre virtudes como el optimismo y ha tenido un papel clave en el desarrollo de la herramienta VIAS de clasificación de virtudes; Myers (1994), cuyas investigaciones se centran en el constructo de la felicidad; o Csikszentmihalyi (1990), que está actualmente investigando acerca de la experiencia de flujo, como dimensión particular de la felicidad. En España, no queremos dejar de mencionar a autores como Avia (2009) y Hervás (2009) interesados por dar impulso al estudio del bienestar psicológico y otros aspectos relacionados con el campo de la psicología de lo positivo.

Aunque son diversas las temáticas objeto de interés de la perspectiva positiva en psicología, en un intento por ordenar estas áreas, actualmente se puede hablar de tres pilares básicos (Seligman, 2003): a) Los rasgos personales positivos; b) las emociones positivas y c) las instituciones positivas. A estas tres áreas en los últimos años algunos autores suelen añadir un elemento más: las relaciones positivas (Peterson, 2006).

3 Los rasgos personales positivos

En el marco de la psicología positiva ya no se clasifica a las personas por sus rasgos negativos, sino que se definen y estudian los rasgos disposicionales positivos, permitiendo evaluarlos y diseñar programas de intervención para potenciar o aumentar dichas capacidades, teniendo en cuenta que, a nivel científico ya ha quedado demostrado que los rasgos positivos aumentan la calidad de vida y el bienestar (Linley & Joseph, 2004).

Una de las más importantes iniciativas que se han impulsado en el marco de la psicología positiva es el proyecto VIA de clasificación de fortalezas. Este proyecto ha desarrollado, desde el año 2000 en que se inició, un intenso trabajo de clasificación y elaboración de un sistema de evaluación de fortalezas que, aunque como todas las propuestas científicas, está sometido a continua revisión, ha tenido la pretensión de ser lo más exhaustivo y universal posible. Las fortalezas propuestas son el resultado de la búsqueda de los aspectos más valiosos y deseables del ser humano, y han sido rastreadas entre las culturas más conocidas, a través de diferentes estrategias, proponiendo además siete criterios para considerar que una característica humana fuera considerada fortaleza. A través de este proyecto, Chris Peterson y Martin Seligman, junto con la colaboración de otros muchos otros investigadores, han elaborado una clasificación de 24 fortalezas y ha desarrollado varios instrumentos de evaluación actualmente todavía en proceso de validación (disponibles en la página www.psicologiapositiva.org).

Además de esta iniciativa, debemos tener en cuenta que la psicología positiva se pregunta por la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano

(Sheldon y King, 2001). Los potenciales humanos son un factor que puede llegar a ser preponderante en los períodos de crisis del individuo, periodos que son inevitables y necesarios para el crecimiento y madurez de la persona (Cuadra y Florenzano, 2003). Así, a nivel individual, el interés por los rasgos personales positivos incluye el estudio de factores como: el valor, las habilidades interpersonales, la perseverancia, el talento, el bienestar, el optimismo, la felicidad, o la libre determinación.

4. Las instituciones positivas

A nivel social, la psicología positiva parte del hecho de que hay aspectos sociales (por ejemplo: la productividad, el voluntariado, o también el racismo o el sexismo) que no pueden ser reducidos a hechos psicológicos individuales y que afectan e influyen en el desarrollo personal y en el de la propia sociedad. Esta área integra, por tanto, la investigación psicológica acerca de cómo los aspectos sociales y las fuerzas culturales pueden dar forma y formarse a partir de los individuos. El ámbito de las instituciones positivas asume que la estructura de las instituciones afecta a sus miembros creando o dificultando el impulso a comprometerse e implicarse con otros en pro del interés común de la comunidad.

Explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos:

- Virtudes ciudadanas como, por ejemplo, la responsabilidad, el altruismo, el civismo, la tolerancia o el trabajo ético,

- Instituciones positivas como son la democracia, las familias unidas, la libertad de información, la educación, las redes de seguridad económica y social, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas.

Lo que se apunta en esta área de investigación es hacia una sociología positiva donde se abordan cuestiones como las diferentes visiones respecto a una buena sociedad, la justicia, la equidad, los logros culturales, la salud, la salud mental, la cooperación y las relaciones interpersonales, el entorno o ambiente físico, aspectos todos ellos que permiten que las comunidades prosperen y mejoren en el desarrollo de las fortalezas y virtudes personales. Este tercer campo de trabajo está liderado por Kathleen Hall Jamieson, socióloga y politóloga, de la Universidad de Pensilvania, y busca investigar e implantar modos en que las instituciones positivas puedan promover, además de las propias fortalezas y emociones positivas del individuo, el civismo, la reciprocidad, la tolerancia a la diversidad, y las oportunidades. Comunidades efectivas y saludables pueden ser definidas como aquellas productivas, eficientes, justas y tolerantes cuyos miembros tienen un claro sentido de la eficacia personal y del compromiso con la comunidad.

5. Intervención terapéutica desde una perspectiva positiva

Desde el punto de vista de la psicología aplicada, en el marco de la psicología positiva debemos decir que aunque ha habido cierto interés científico en desarrollar intervenciones psicológicas para la promoción y potenciación de los recursos psicológicos (para una revisión ver Vázquez, 2006; o Vázquez y Hervás, 2008), son todavía escasos los programas preventivos o terapéuticos dirigidos a potenciar el bienestar y las emociones positivas en población específica o para perfiles

determinados. Especialmente relevante resultaría la intervención desde esta perspectiva con población clínica, es decir, con personas con algún trastorno de salud mental, y en nuestro ámbito, con población con diagnóstico de cáncer.

También es difícil encontrar a profesionales de la salud que den respuesta al importante papel de la calidad de vida y las emociones positivas como elemento vital saludable. No obstante, ha habido ya intentos de diseñar y aplicar programas desde esta línea para población general, todos ellos con resultados muy alentadores. Por mencionar algunos ejemplos:

- Seligman, Steen, Park y Peterson (2005), propusieron estudiar el efecto de seis actividades concretas para aumentar la felicidad, a través de una intervención vía web. Para comparar los resultados se añadió un ejercicio placebo de control. Observaron que se incrementó la felicidad y decrecieron los síntomas depresivos después de seis meses de seguimiento para dos de los ejercicios, tras un mes para otro de ellos y transitoriamente para los demás.

- Por su parte, Murria y Pigott (2006), han llevado a cabo un curso académico de 20 horas llamado “psicología de la felicidad”, con adultos que aprendieron estrategias para aumentar la felicidad que habían demostrado eficacia previa, con resultados significativos.

En España, de entre las intervenciones dirigidas a la mejoría del bienestar y la salud general de personas sanas, queremos destacar el trabajo desarrollado por Amorós, Rémor y Carrobles (2010), para la potenciación de los recursos psicológicos dirigido a adultos. La intervención se denominó “Programa para la potenciación de los recursos psicológicos”, y constaba de 10 sesiones, una vez por semana, dirigidas a

identificar, clarificar y potenciar el uso de varios recursos (comunicación asertiva, expresión de sentimientos y emociones positivas, expresar el perdón, pensar de forma optimista, favorecer la gratitud y hacer un afrontamiento positivo de las adversidades de la vida), sus resultados fueron también significativos. La mayor dificultad que tiene la intervención psicoterapéutica dirigida a la mejora del bienestar o al desarrollo de emociones positivas radica en conseguir que los resultados no sean sólo temporales, sino que se consoliden y se mantengan en el individuo. Las diferentes investigaciones sobre el constructo del bienestar han mostrado como el 50% de la variabilidad del bienestar es genético, por lo que cualquier intervención debe ir dirigida al 40% modificable, y elegir adecuadamente las herramientas de evaluación de su eficacia para así corroborar la efectividad de la intervención en la línea de la psicología positiva aplicada.

6. La psicología positiva en Psicooncología

Cambiando el punto de mira del diagnóstico y tratamiento de las personas con cáncer para hacerlo desde la psicología positiva, conseguiremos:

- Superar los conceptos centrados en la patología del cáncer y avanzar en una visión más positiva de la persona con las limitaciones propias del diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, integrando, así, una terminología positiva en el modelo de salud, y dejando a un lado los modelos patogénicos, con el fin de contrarrestar expresiones negativas y pesimistas también en el contexto sanitario y cultural.

- Crear nuevos instrumentos de evaluación, desde la psicología positiva, que respondan a las características y contexto propios de la población con cáncer, y se

centren en identificar los recursos y fortalezas de la persona enferma, permitiendo una evaluación más integral de la persona, con el fin de orientar de una manera más óptima los fines de reeducación y reinserción social que tiene el tratamiento del cáncer.

- Diseñar programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales que ayuden a la persona a superar su trayectoria de enfermedad, disminuir los niveles de estrés derivados de la terapéutica del cáncer, y aumentar su motivación por aprovechar adecuadamente su estancia en los servicios de salud incluidos los programas de apoyo que puedan surgir en cada Hospital, así como los proporcionados por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Entre estos programas de intervención debería ser prioritaria la mejora del bienestar de los enfermos con un fin preventivo, además de la intervención psicológica positiva con aquellos que padecen problemas de salud mental.

7. Evaluación positiva en Psicooncología

En el año 2008 Seligman acuñó el término salud positiva para referirse a aquellas personas que tienen propósitos en la vida y luchan por ellos, que tienen relaciones positivas, emociones positivas, logros positivos. Se ha estudiado que tener salud positiva nos protege de enfermedades gracias al vínculo existente entre salud positiva y psicología positiva.

Investigaciones recientes concluyen que aquellos que tienen salud positiva viven más, producen menos gastos en salud e incluso en caso de tener una enfermedad, tienen mejor pronóstico (Cohen, Alper, Doyle, et al., 2006; Pressman y Cohen, 2006; Seligman, 2008). ¿Qué quiere decir esto? Pues bien, que experimentar

emociones positivas como pueden ser el entusiasmo, la esperanza, la admiración, el humor, la alegría o la satisfacción, lleva a estados mentales (pensamientos) y comportamentales (acción) que nos preparan para hacer frente a adversidades y dificultades de la vida. ¿Qué estamos diciendo, que tener actitud positiva ante un cáncer, nos cura de él? No, pero ayuda sin duda a la prevención, al tratamiento y al afrontamiento de esta enfermedad.

Se han estudiado las diferentes relaciones que existen entre el cáncer y el bienestar emocional, el optimismo, la resiliencia, la autoestima, la inteligencia emocional, y se ha visto que:

–Sobre aquellos pacientes con cáncer urológico se ha observado en determinados estudios que una adecuada inteligencia emocional les ayuda a presentar menores niveles de ansiedad, menor preocupación y sienten un mayor apoyo social percibido (Smith, 2011).

–En relación al “bienestar emocional” decir que, si se ha visto que tener problemas físicos repercute sobre la psicología de las personas, ¿por qué no va a influir la actitud psicológica en el estado de salud física? (Fierro, 2006).

–Las “emociones positivas” pueden ayudar a reducir el dolor (ya que actúan como efecto analgésico). Recordemos que las actitudes positivas, no curan el cáncer sino que ayudan a tener conductas que previenen el problema y sobre todo conductas como mejores hábitos de consumo saludable, conductas de autocuidado, calidad de sueño, ejercicio físico, que sin duda casi siempre ayudan a mejorar el estado de salud físico y psicológico y que en los casos como el cáncer, son de gran ayuda.

–La “autoestima” habla de nosotros, cómo nos vemos, cómo nos sentimos, y es el motor de nuestra vida. Se ha estudiado que aquellas mujeres mastectomizadas tienen peor autoestima que aquellas que se han realizado una cirugía conservadora. Tipos de cáncer como el colorrectal empeoran el nivel de autoestima. Pacientes con cáncer se ven en ocasiones afectados por los efectos secundarios de los medicamentos, por las intervenciones o extirpación de órganos, por los cambios en el estilo de vida, por las esperanzas de futuro, etc. Y es ahí donde entra en juego el papel de la resiliencia.

–La “resiliencia” no es más que aprender a vivir del pasado con actitud de aprender y positividad (nunca de castigo), y mirar al futuro con esperanza y optimismo dentro de nuestras posibilidades y el esfuerzo que hagamos. Pensar en el presente y en el día de hoy. Nada más lejos de esto.

Desde la ciencia se hace lo posible para seguir investigando la relación entre cáncer y psicología positiva, pero si algo está claro es que el optimismo ayuda a tener mayores conductas saludables, de autocuidado, de solución de problemas, estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido, etc., lo que nos lleva a que, tengamos la enfermedad que tengamos, tengamos los problemas que tengamos, podamos llevarlo de forma más saludable y con una mejor calidad de vida.

A la hora de evaluar, la psicología positiva permite valorar aspectos que van más allá de los problemas psicopatológicos. Incluye tanto las necesidades de la persona como los recursos personales con los que cuenta. Por tanto, aporta un perfil de competencias y capacidades que complementa la valoración tradicional que se hace de la persona con cáncer, limitada a evaluar personalidad, trayectoria de la

enfermedad, entorno socioeducativo y alteraciones de la salud mental. Al incluir una evaluación de rasgos positivos y capacidades, conseguiremos una evaluación integral de la persona. En esta evaluación estarán incluidos todos los aspectos a trabajar en la no autotexclusión del enfermo de cáncer: tanto los rasgos, problemáticas, carencias y conductas más relacionados con la enfermedad, como aquellas características y cualidades que pueden servir como punto de apoyo para el desarrollo individual de cada persona y favorecer su mejor integración en su vuelta a la vida normalizada.

8. Intervención positiva en hospital de día oncológico

Como comentábamos, cualquier programa de intervención desarrollado desde la psicología positiva busca el desarrollo de las capacidades y fortalezas en el individuo. Los beneficios de este tipo de programas en población con cáncer son obvios. En línea con los resultados de las investigaciones con población general, y partiendo de la premisa de que la consecución de un adecuado bienestar psicológico influye en un mejor estado de salud general, de salud mental - especialmente frente a trastornos de ansiedad y depresión, muy comunes en este tipo de diagnóstico-, y en un comportamiento positivo, es evidente la importancia de trabajar la mejora del bienestar psicológico de las personas con cáncer.

En cuanto a la psicología positiva, y su aplicación práctica en el campo de la Psicooncología, está encaminada a la promoción de la resiliencia, en la persona y en sus familiares, el fomento del optimismo, la promoción de las fortalezas del paciente, y en consecuencia, el resultado es el crecimiento postraumático. La psicología positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones

positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología (centrada más en la enfermedad mental, en el sufrimiento humano, los traumas, etc.) Sus áreas de estudio de la psicología positiva son; la Felicidad, la Creatividad, el **Flow**, la *Resiliencia*, el Optimismo, el Humor, la Inteligencia Emocional y por último, la facilitación de las Fortalezas Personales. En lo que concierne a la intervención en pacientes oncológicos, o de otras enfermedades crónicas, se llevan a cabo diferentes tipos de programas. Desde esta disciplina, se trabaja con las fortalezas, individuales y en familia, siendo fundamentales para que el paciente desarrolle un mayor nivel de resiliencia, una autoestima ajustada, que el paciente sienta esta experiencia del cáncer como un impulso para realizar posteriores cambios vitales positivos en su vida. Se llevan a cabo programas con grupos de pacientes que han superado el cáncer desde esta perspectiva, se trabajan las fortalezas en familias con enfermos crónicos para lograr una mayor adhesión al tratamiento, son múltiples las acciones desde el fomento del crecimiento personal, de la resiliencia, y del crecimiento después de la enfermedad y/o durante ésta, se pueden llevar a cabo. Los objetivos de este tipo de programas no son sólo la reducción de emociones negativas (malestar emocional, o sintomatología postraumática) sino el trabajo con emociones positivas y la facilitación de crecimiento postraumático. Dotar al paciente con cáncer de una serie de herramientas para que pueda superar la adversidad y poder hacer su vida con bienestar emocional, feliz. Tanto individual como en grupo, las áreas de la Psicología Positiva se pueden hacer explícitas en talleres, en sesiones individuales encaminadas a una mejora global de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, o bien, para una mayor calidad de vida, y un bienestar emocional más amplio.

Con el fin de contrastar las posibilidades aquí sugeridas sobre la aplicación de la psicología positiva a las áreas de la evaluación e intervención psicológica con personas con diagnóstico de cáncer, es necesario que vayan acompañadas de un adecuado soporte científico para así poder confirmar la importancia y eficacia de este tipo de iniciativa, a la vez que sugerir y mejorar las vías y modos de relacionar de ambas perspectivas, la psicología positiva y la Psicooncología.

Necesidades psicológicas y sociales en el cáncer

Las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares están presentes en todas las fases del proceso sanitario por el que ha de pasar (Pérez de Abajo, 2006; Costa y López, 2006): las pruebas de screening, el consejo genético, el diagnóstico, el tratamiento primario del cáncer, la cirugía, la quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal, la terminación del tratamiento, la vuelta a la vida normal, la posible recurrencia y el tratamiento paliativo en su caso.

Detección precoz del cáncer

La mayoría de personas que llevan a cabo pruebas de *screening* se adaptan a esta situación positivamente (González y González, 2007). No obstante, quienes sienten estas pruebas como una amenaza, perciben un alto riesgo, no son optimistas, temen por sus hijos o tienen familiares que han padecido cáncer y usan estrategias evitativas de afrontamiento al estrés tienden a no realizar o retrasar la realización de pruebas, y muestran respuestas emocionales adversas, como es la ansiedad, que hace que el paciente no afronte su situación. En especial, para estas personas de riesgo, es necesario subrayar cómo una detección precoz mejora mucho las posibilidades de

curación y de acceder a tratamientos menos agresivos. Asimismo, se debe insistir en el beneficio emocional directo que supone la prueba de screening ya que, en la mayoría de los casos, como es el cáncer de mama, la mamografía simplemente confirma que todo va bien, con lo que inicialmente, la persona puede lograr una tranquilidad, seguridad y control sobre su salud que de otro modo no alcanzaría. Parece necesario insistir en las garantías que aportan la realización de mamografías u otras pruebas en los intervalos oportunos, dado que la detección precoz del cáncer es la mejor arma hoy por hoy para reducir su amenaza.

Sin embargo, independientemente de aspectos económicos que demuestran que el cribado de algunos tipos de cáncer puede no resultar eficiente, la aplicación sistemática a algunos grupos poblacionales de programas de screening como el de cáncer de próstata mediante la determinación sérica de antígeno prostático específico (PSA) ha sido motivo de controversia (Etzioni, Penson, Legler et al, 2002) por su utilización generalizada en algunos países, fundamentalmente relacionada con la sencillez de su determinación, pero sin que se dispongan de ensayos que demuestren su eficacia, particularmente en varones asintomáticos. Esta “medicalización” innecesaria de la población puede comportar un impacto negativo desde el punto de vista psicológico.

La calidad de vida y el ajuste mental al cáncer (adaptación a la enfermedad) son dos conceptos cuya medición, aun cuando es difícil, proporcionan un buen indicador de las características psicológicas de los pacientes de cáncer en los diferentes momentos de la enfermedad. Si las pruebas biomédicas (análisis, radiografías, etc.) constituyen el indicador que señala al oncólogo cuál, es el estado de

la enfermedad y la respuesta a los tratamientos, la calidad de vida y ajuste mental al cáncer constituyen el complemento necesario que permite conocer el estado psicológico del paciente, y que puede modular, en muchos casos, la evolución del cáncer, tal como lo han mostrado diferentes trabajos de intervención con terapias psicológicas (Epping-Jordan, Compas y Howell, 1994; Fawzy et al. 1993; Fawzy, Fawzy, Ardnt et al. 1995; Spiegel, Bloom, Kraemer et al. 1989). Por otra parte, las características clínicas del paciente pueden ser un predictor fiable de su estado físico futuro, pero no de sus posibles alteraciones psicológicas y de su bienestar (Ringdal, Ringdal, Kuinnsdal et al. 1994). Existen diferentes instrumentos que evalúan tanto la calidad de vida como la adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer (Aaronson, Cull, Kaasa et al. 1994; Font, 1999), y, además, se han realizado en estos últimos años diversas investigaciones que han tratado de poner en relación dichos aspectos con otras variables psicológicas (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Rodrigué, Behen y Tumlin, 1994). Los resultados obtenidos son muy amplios, y, en muchos casos, difíciles de cotejar por las diferencias metodológicas (tipo de pacientes, instrumentos de medida, etc.) entre los estudios, por lo que creemos que deberá pasar todavía algún tiempo antes de que puedan llevarse a cabo trabajos de revisión que nos permitan ofrecer conclusiones claras sobre las relaciones existentes entre los diferentes parámetros psicológicos que habitualmente se evalúan en pacientes de cáncer.

Sin menospreciar en absoluto la necesidad y la importancia de este tipo de trabajos, creemos que se ha producido un cierto olvido de los estudios que intentan poner en relación esas variables psicológicas con variables demográficas y biomédicas de los pacientes. Es decir, debemos preguntarnos si, además de relacionar

la calidad de vida y ajuste mental al cáncer (adaptación a la enfermedad) con otras variables psicológicas (rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento), nos será igualmente interesante y útil conocer las posibles relaciones entre calidad de vida y adaptación a la enfermedad, por un lado, y variables de tipo demográfico (como la edad o el sexo) y biomédicas (como las características del tratamiento), por otro. Desde ese planteamiento, hemos creído interesante aportar algunos datos que permitan conocer más a fondo esa cuestión, aprovechando la experiencia adquirida en el estudio de los efectos secundarios de la quimioterapia (Blasco, 1990; 1994a, 1994b). Por lo que conocemos, la literatura que analiza los efectos de la quimioterapia sobre la calidad de vida no es demasiado amplia, y se ha centrado en describir aspectos como la fatiga (Lindley, 2004; Irvine, Vincent, Graydon, et al. 1994). Otros autores han señalado que los pacientes con peor calidad de vida son los que tienen mayor tendencia a abandonar la quimioterapia (Gilbar, 1991). Por último, otro grupo de investigadores (Ahles et al., 1994) ha señalado que, aun cuando en ciertos casos la quimioterapia consiga un aumento de la supervivencia, ésta se logra a costa de un importante deterioro de la calidad de vida. En este contexto, nuestro interés no se dirige a intentar evaluar la morbilidad que produce la quimioterapia sobre la calidad de vida, sino a tratar de conocer qué variables del paciente y del tratamiento directamente extraíbles de su historial médico puedan indicarnos qué subtipos de pacientes, de los que reciben quimioterapia, tienen mejor o peor calidad de vida, y mejor o peor ajuste mental a la enfermedad.

Así pues, el objetivo de este trabajo es analizar la calidad de vida y el ajuste mental a la enfermedad en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia y ver si existen variaciones en función de las siguientes variables: género, edad, estado civil,

hijos, nivel educativo, ocupación y convivencia; por un lado, y tipo de tratamiento principal, otros tratamientos, estadio, tiempo desde el diagnóstico, situación actual, pronóstico y funcionalidad. Así como su relación con los parámetros biológicos usados para el seguimiento de la enfermedad.

En cualquier caso, cada paciente en particular constituye algo único, y, por lo tanto, la determinación de sus características psicológicas y del tipo de apoyo que pueda serle más beneficioso es algo que debe llevarse a cabo mediante una valoración clínica completa que integre, junto a los aspectos psicológicos, aquéllos otros derivados directamente de su historia médica como paciente oncológico (Blasco e Inglés, 1997).

1. Calidad de vida

Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores externos tales como: socioculturales, políticos, emocionales, físicos, y espirituales; entre otros. Nos obliga a incluir el elemento subjetivo (de la propia persona a evaluar) en su valoración (Padilla, 2005). Lo cual implica la percepción de la persona, en nuestro caso, que padece el cáncer, de bienestar, la satisfacción en las diferentes facetas de su vida y con el tratamiento recibido; los recursos que estime poseer, y las estrategias de afrontamiento que ponga en juego para hacer frente a las dificultades que enfrenta (Grau, 1998; Grau y González, 1997).

La forma de afrontar los eventos vitales estresantes, tales como la propia enfermedad crónica que hoy en día supone el cáncer, no solamente está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que éste posea, sino también por el apoyo social percibido, esto es, su valoración de

las redes sociales que podrían favorecer la adaptación exitosa a dicho acontecimiento vital (Moreno y Ximénez, 1996). El afrontamiento de dicha situación entraña que la persona emita juicios reales sobre su enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan incrementar la gama de posibilidades propia; lo que de una manera u otra incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la propia vida y ante los que le rodean (Quiceno, Vinaccia, Lozano, Castaño y Fernández, 2008).

Los sucesos vitales se concebían como eventos experimentados de forma real y objetiva por el individuo, que tenían la capacidad de alterar o amenazar con modificar el curso normal de la vida, creando la necesidad de reajuste o de cambios potenciales en las actividades normales de las personas (Sandín, 1999).

El valor de las intervenciones sanitarias se juzga por su impacto sobre la tasa de supervivencia y la calidad de vida, medido ello en términos de coste-eficacia. Siempre ha sido fácil medir la tasa de supervivencia, pero no así la calidad de vida (Cella, 2003).

En parte debido a esto, el tiempo de supervivencia se utilizó en oncología como el indicador más frecuente y cómodo para valorar el grado de eficacia terapéutica, por lo que, aun reconociendo que el tiempo de vida sin calidad añadida es un valor cuestionable, es frecuente asumir que el aumento de supervivencia añade un gran valor a las intervenciones sanitarias; sin embargo, esto no siempre es aceptable. Actualmente, al evaluar la eficacia de un tratamiento oncológico podemos medir su impacto en la calidad de vida gracias a la disponibilidad de cuestionarios validados para este fin. Esto permite confirmar la idea de que, los tratamientos que no extienden

la supervivencia pueden tener un valor significativo si mejoran la calidad de vida (Arrarás, 2004).

El término calidad de vida se emplea hoy en día en muy diferentes campos del sistema de salud y también en otras áreas como la sociología aplicada a la medicina y la economía de la salud. Aunque es un término que aparece con mucha frecuencia y no cuenta con una definición aceptada universalmente, en la actualidad existe un consenso sobre las características de la calidad de vida que se consideran importantes. Estas características son: la subjetividad de la evaluación, la multidimensionalidad, la temporalidad y la relación con el estado de salud (Arrarás, 2004).

Tomando como referencia la definición del término “salud” de la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se puede definir, y así la trataremos en nuestro trabajo, como “el grado en el que el bienestar físico, emocional y social, está afectado por una enfermedad y su tratamiento”. Esta definición proporciona los requisitos mínimos de medida de calidad de vida: obtener la perspectiva del paciente y captar su bienestar físico, mental y social (Cella, 2003). Además, se debe tener en cuenta que las reacciones de los pacientes al diagnóstico y el tratamiento, van a estar mediadas por variables como el género, la edad, la educación, la ocupación y otras variables del entorno psicosocial del paciente (Sharma, Walker & Sharp, 2007).

Respecto a la multidimensionalidad, las áreas que debe evaluar cualquier cuestionario de calidad de vida son: preocupaciones físicas, capacidad funcional, bienestar social, bienestar emocional, satisfacción con el tratamiento, intimidad/sexualidad y funcionamiento social (Cella, 2003). En la tabla 1.2 se muestran las dimensiones de calidad de vida tal como las define la OMS.

La calidad de vida es un importante objetivo a considerar en cualquier intervención de atención sanitaria. Con el envejecimiento de la población y con los avances en el tratamiento, las enfermedades crónicas aumentarán acrecentando la necesidad de evaluar los cuidados de salud en el contexto de los recursos y los valores personales y societarios. Para aquellos individuos diagnosticados con una condición crónica donde la cura no es alcanzable y la terapia puede prolongarse, probablemente la calidad de vida sea el resultado esencial.

Según Davidson et al. (2007), en los estudios que se han realizado comparando el uso de instrumentos genéricos frente a los específicos, se ha encontrado que cuanto más específico sea un instrumento de medida de calidad de vida, tendrá una mayor capacidad para discriminar y será más sensible al cambio. De ahí que, a la hora de plantear el diseño de este estudio, se tendrá en cuenta este factor para la elaboración del cuaderno de recogida de datos.

Tabla 1.2. Dimensiones y facetas de la calidad de vida OMS

DOMINIO	FACETAS INCORPORADAS DENTRO DEL DOMINIO
Salud física	Actividades de la vida diaria Dependencia de medicinas y ayudas médicas Energía y fatiga Movilidad Dolor y malestar Capacidad de trabajo
Psicológico	Imagen y apariencia corporal Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad/religión/creencias personales Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración
Relaciones sociales	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual
Ambiente	Recursos financieros Libertad, seguridad física Cuidados de salud y sociales: accesibilidad y calidad Ambiente del hogar Oportunidades para adquirir nuevas habilidades de información Participación y oportunidades para actividades recreativas y de tiempo libre Ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima)

El uso de instrumentos de medida estandarizados, que tengan un buen funcionamiento psicométrico, y que sean aceptados ampliamente, hace que se pueda llevar a cabo una correcta evaluación de poder ofrecer mejores intervenciones a los pacientes (Arrarás, 2004). Pero se ha de tener en cuenta que todavía, la mayoría de las personas califican su calidad de vida global en un determinado momento de tiempo, y las opiniones sobre su propia condición pueden variar con el paso del tiempo. Si la

calidad de vida se evalúa antes, durante, y después de un tratamiento específico, muy probablemente las personas relacionen su experiencia actual con su experiencia previa o expectativas futuras (Wan, 1997).

La evaluación del resultado en CDVRS es un importante componente de las pruebas clínicas de nuevos tratamientos, medicinas, aparatos e intervenciones en cuidados. La investigación en CDVRS proporciona a los pacientes, cuidadores y a los que toman las decisiones una información importante sobre el impacto de la enfermedad/tratamiento en el funcionamiento y bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

Las definiciones de CDVRS consisten en atributos tanto globales como específicos de salud que son dinámicos-cambiantes como consecuencia de la enfermedad, el tratamiento y los cuidados. Estos atributos incluyen la satisfacción con importantes funciones y dimensiones de la vida; control sobre la enfermedad y el tratamiento; un sentido de bienestar; juicios personales que sopesan los atributos positivos y negativos de la vida; y la habilidad para desarrollar actividades cotidianas. Estos atributos son evaluados en el contexto de la cultura y los valores, la duración de la vida modificada por la enfermedad, política y tratamiento, y la brecha existente entre esperanza y experiencia, lo ideal y lo posible y los estados de salud actuales versus las metas personales de salud. Los campos de CDVRS pueden ser unidimensionales, como cuando se hacen valoraciones simples o globales, o multidimensionales, como cuando se hacen juicios separados del bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

Los investigadores clínicos necesitan pensar en las consecuencias en calidad de vida de sus investigaciones ya que la evidencia acumulada muestra que el tratamiento y los cuidados sí que influyen en los resultados en CDVRS. Los médicos pueden querer explicar sus puntos de vista a sus pacientes ya que estos puntos de vista influyen en los tratamientos que ellos recomiendan a sus pacientes. Los pacientes y sus seres queridos tienen que sopesar las decisiones en calidad de vida al hacer opciones sobre tratamientos y sobre el final de la vida.

Finalmente, la sociedad necesita considerar las cuestiones sobre calidad de vida cuando desarrolla políticas de servicios de salud ya que los recursos son finitos y no es probable que los mejores tratamientos y los mejores cuidados se ofrezcan a todo aquel que los necesita.

2. Ajuste mental al cáncer

Debido a los avances en la detección y el tratamiento, en aproximadamente dos de cada tres adultos diagnosticados con cáncer de hoy en día se puede esperar una supervivencia de más de cinco años (Ries et al., 2006). Esta tasa de mejora de la supervivencia combinada con el envejecimiento de la población, ha conducido a un sustancial aumento en el número de supervivientes de cáncer en los Estados Unidos, que ahora suman más de 10,5 millones de personas (Ries et al., 2006). Si bien los problemas médicos de los supervivientes de cáncer están ganando atención (Hewitt, Greenfield, y Stovall, 2005; President Cancer Group, 2005-2006), también hay un creciente interés en la comprensión de sus preocupaciones psicosociales. El diagnóstico de cáncer y su tratamiento, y sus secuelas, son típicamente considerados como experiencias adversas. Para la mayoría de las personas,

representan factores de estrés significativo, y para algunos, el diagnóstico de cáncer es un evento traumático (Kangas, Henry, y Bryant, 2002).

Después del descenso inicial en el funcionamiento y de la experiencia adversa, Carver describe la supervivencia con menoscabo del funcionamiento y un continuo peligro, pero se distingue que este patrón de resiliencia, definido como un retorno a la normalidad o al funcionamiento previo, que se distingue además de próspero, descrito como superior al nivel original de funcionamiento. Mientras que trabajos previos se han centrado en la identificación del deterioro de los supervivientes de cáncer, las variables psicológicas y el crecimiento próspero entre los supervivientes de cáncer tiene un interés creciente (Córdoba y Andrykowski, 2003; Córdoba, Cunningham, Carlson, y Andrykowski de 2001; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, y Campos, 2005).

Comprender en qué medida los supervivientes de cáncer muestran deterioro psicológico para el valor de la resiliencia, se necesita una referencia adecuada del estadio "normal" o "de referencia" del funcionamiento previo. La encuesta nacional con los registros de atención de salud, que incluye los supervivientes de cáncer, así como los grupos de referencia basados en la población son una respuesta parcial a este problema.

La mayoría de los estudios de este tipo de apoyo a la supervivencia tienen insuficientes modelos, los supervivientes de cáncer presentan una mayor angustia psicológica, peor salud mental, un mayor deterioro debido a los problemas emocionales, y peor bienestar social en relación con los que no tienen antecedentes de cáncer (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler, y Brenner, 2004, 2005, Baker, Haffer, y Denniston, 2003; Hewitt, Rowland, y Yancik, 2003; Rabin et al, 2007).

La desventaja de estos conjuntos de datos es que la mayoría han sido diseñados para centrarse en una amplia gama de resultados de salud y por lo tanto tienen solo una breve evaluación de las medidas y limitada del dominio del funcionamiento psicosocial. En los estudios diseñados específicamente para abordar la calidad de vida y el bienestar psicológico entre los supervivientes de cáncer tienen medidas psicosociales más completas y detalladas. Estos estudios proporcionan generalmente resultados contrastables con los resultados de los estudios de base poblacional; y los resultados coinciden con el modelo resiliencia. Por ejemplo, los estudios de cáncer de mama y los supervivientes del cáncer ginecológico no han encontrado diferencias significativas entre los supervivientes de la misma edad en los grupos de comparación en los múltiples dominios de funcionamiento psicosocial como salud mental, angustia psicológica y emocional y el bienestar social (Bradley, Lutgendorf, Rose, Costanzo, y Anderson, 2006; Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, y Masse, 1998; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, y Wyatt, 1998; Helgeson y Tomich, 2005; Wenzel et al, 2002).

1. Afrontamiento según Lazarus y Folkman

Teniendo en cuenta que el diagnóstico de cáncer constituye un evento altamente estresante, el afrontamiento es fundamental, ya que “Forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida” (Arjona y Guerrero 2004 citado por Suárez et al., 2009, p.4).

Es por ello que para realizar un abordaje integral a este proceso una de las teorías más desarrolladas es la planteada por los teóricos Lazarus y Folkman (1986),

quienes 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” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164); a partir de esta concepción, es pertinente afirmar que el estudio de este proceso implica gran complejidad, ya que generalmente “la gente usa la mayoría de las estrategias básicas de afrontamiento en cada situación estresante con la que se enfrenta” (Gil, 2007, p. 365).

En cuanto al cáncer, el afrontamiento hace referencia a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone dicha enfermedad). Asociándose a las demandas específicas o estresores de una situación dada del cáncer, por ejemplo, el impacto psicológico inicial del diagnóstico, los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia y la prolongada duración de la rehabilitación (Watson y Greer, 1998 citado por Soriano 2002).

2. Estrategias de afrontamiento:

Al emprender la investigación de casi 40 años (Lazarus, 1966; Coelho et al, 1974), la promesa de la construcción del modelo sobre el afrontamiento ha sido la que modera el efecto del estrés sobre la salud. La gran mayoría de los 33 000 artículos de supervivencia que se pueden encontrar en PsychInfo han abordado la influencia del afrontamiento sobre el bienestar psicológico, a menudo en el contexto de las enfermedades crónicas. Por lo general, estos estudios han encontrado que los

diferenciales en el uso de estrategias de afrontamiento se relacionan con concurrentes y posteriores, incluso el ajuste psicológico con una variedad de factores de estrés relacionados con la salud, tales como el cuidado del VIH (Billings et al, 2000; Folkman et al, 1996), el cáncer de mama (Greer y Morris, 1975; Morris et al, 1981; Carver et al, 1993; Stanton y Snider, 1993; Osowiecki y Compas, 1999), la esclerosis múltiple (Aikens et al., 1997), enfermedad cardíaca (van Elderen et al., 1999) y quemaduras (Ptacek et al., 1995).

Sorprendentemente, sin embargo, hay una escasez de estudios que han examinado los efectos del afrontamiento sobre indicadores objetivos de salud física (Aldwin y Yancura, en prensa; Stanton et al, 2000; Penley et al, 2002). La poca investigación que hay ha sido en gran medida la que se llevó a cabo en muestras de pacientes con VIH / SIDA (por ejemplo, Solano et al, 1993; Reed et al., 1994; Billings et al, 2000), y, en general muestra que el afrontamiento predice el futuro del estado de salud. Algunos trabajos también se han realizado sobre el afrontamiento y los resultados cardiovasculares (Vitaliano et al., 1995b) y en el colesterol (Vitaliano et al., 1995a).

Aparte de estos estudios, muy poca investigación ha examinado la relación entre afrontamiento y salud física.

3. Afrontamiento Orientado al Problema y Orientado a la Emoción

Los autores establecen una clara diferencia entre al afrontamiento “dirigido a manipular o alterar el problema” y aquel afrontamiento enfocado a “regular la respuesta emocional a que el problema da lugar”, estas dos funciones de afrontamiento han sido denominadas afrontamiento dirigido al problema y

afrontamiento dirigido a la emoción, respectivamente (Lazarus y Folkman, 1986, p. 172).

En esta medida, es pertinente indicar que “las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen mayor probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, mientras que las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 173). Es así como se puede indicar que la forma de afrontamiento orientada a la emoción, favorece la adaptación del individuo ante un diagnóstico de cáncer en estado avanzado o fase terminal, mientras que el afrontamiento dirigido al problema, es adecuado ante un diagnóstico de cáncer, cuya neoplasia se encuentra en una fase inicial y por tanto no presenta un compromiso significativo con otras partes del organismo.

Al hacer referencia al afrontamiento dirigido al problema, Kahn (1964) citado por Lazarus y Folkman (1986), propone dos grupos básicos de estrategias que componen esta, las referidas al entorno y las referidas al sujeto, dentro del primer grupo se sitúan aquellas “estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc.”, mientras que en el segundo grupo se ubican las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, por ej.: la variación en el nivel de aspiraciones, la búsqueda de diferentes medios de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta, o el aprendizaje de nuevos recursos y procedimientos (Lazarus y Folkman, 1986, p. 175).

El afrontamiento orientado a la emoción, “involucra esfuerzos para regular emociones generadas por la situación estresante”, se constituye por procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional y a su vez incluye “Estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 173). Estas se emplean con el fin de ayudar a conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el evento como su alcance, para no tener que aceptar lo peor y para actuar como si lo ocurrido no fuese relevante; por tanto, están “Designadas para hacer más soportable la vida evitando las relaciones que podrían resultar desbordantes si se afrontaran directamente” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 177).

4. Enfermedades crónicas y su impacto

La enfermedad crónica puede producir una variedad de resultados estresantes que tienen efectos negativos sobre el ajuste psicológico del individuo. Esa enfermedad crónica por lo general requiere la adaptación por parte del individuo y la familia, y, además, plantea importantes retos para los profesionales de la salud. La relación entre la enfermedad crónica y su impacto asociado es muy compleja (Hwu, 1995; Pollock, 1996), es importante que los proveedores de atención de salud entiendan sus efectos sobre los pacientes, y cómo afectará a los aspectos de la práctica clínica. Con este entendimiento, las respuestas adecuadas a las condiciones crónicas pueden ser identificadas, y la atención a las estrategias que maximicen el uso de los recursos que sean de aplicación.

El objetivo de este estudio es revisar los impactos que las enfermedades crónicas, en nuestro caso el cáncer, tienen sobre la adaptación de los adultos en tratamiento con quimioterapia, y las implicaciones para los psicólogos. Se tendrán en cuenta los efectos generales del cáncer en las personas a corto y largo plazo, de los factores de protección, y el impacto de estas enfermedades en los cuidadores y las familias.

5. El impacto de las enfermedades crónicas en el funcionamiento psicológico

Las enfermedades que son crónicas en su naturaleza tienen la capacidad de un estrés significativo y las tensiones tanto en los individuos afectados como en sus familias. Estas tensiones y deformaciones pueden ser financieras (Por ejemplo, una familia se convierte en un hogar de un ingreso debido a la incapacidad de la víctima al trabajo), sociales (por ejemplo, los cuidadores pueden llegar a ser integrantes de la capacidad del paciente para socializar, debido a la inmovilidad), o, por ejemplo, en funciones relacionadas (un adolescente puede tener que asumir un papel parcial de cuidador para ayudar en el cuidado de un padre que tiene una enfermedad crónica). Por ello es comprensible que tengan potencial de tener efectos patológicos en toda la unidad familiar. Estos impactos se han demostrado en estudios realizados en adultos, adolescentes y niños. En un estudio realizado por Hwu (1995), el 69% de una muestra de 177 pacientes adultos que fueron diagnosticados de una enfermedad crónica informó que la enfermedad tuvo un fuerte impacto en su funcionamiento psicológico. Ellos describieron este impacto de varias maneras que fueron las siguientes: (1) sentirse cada vez más estresado, (2) sensaciones cada vez más negativas hacia sí

mismos y sus capacidades, y (3) cambios en su filosofía ante la vida, y el significado de su papel dentro de la vida.

Del mismo modo, en comparación con sus homólogos sanos, los jóvenes con enfermedades crónicas y sus familias han informado que tienen más dificultades en su ajuste psicológico (Swanston, Williams, y Nunn, 2000), incluyendo un 35% más de problemas de conducta (Newacheck, McManus y Fox, 1991), más los problemas emocionales (Pless y Stein, 1996), y el doble de riesgo de trastornos psiquiátricos (Cadman, Boyle, Szatmari, y Offord, 1987).

Es evidente que estos estudios de los adultos, las poblaciones de adolescentes y niños indican que en las enfermedades crónicas la enfermedad puede estar asociada con problemas de adaptación. Trabajar con clientes que padecen una enfermedad crónica es, pues, un proceso complejo. El clínico debe planificar los impactos tanto a corto como a largo plazo que una enfermedad crónica pueden tener no sólo en los pacientes sino también en los alrededores del mismo.

6. Factores psicosociales en discapacidades crónicas:

Un estilo de vida válido, si se adopta sin causa suficiente, es una desgracia grave para el paciente y para su reflexión sobre las actuales actitudes sociales que fomentan tales estados.

La sociedad moderna por desgracia parece no sólo aceptar el papel de enfermo, sino muchos de sus sistemas de apoyo y resoluciones en los procedimientos judiciales son realmente favorables al comportamiento de la enfermedad. Hasta cierto punto, la etiqueta de diagnóstico en estos pacientes más bien fomenta que alivia la

enfermedad. Lo que constituye un diagnóstico es un problema, que se ha enfrentado a los médicos desde los tiempos de Hipócrates. La cuestión no es sólo de la semántica, pero tiene implicaciones importantes para la correcta comprensión y la nomenclatura científica de las enfermedades. Pero los diagnósticos no son enfermedades, sino que son siempre cambiantes representaciones de la enfermedad para permitir la comunicación conveniente y permitir una breve visión descriptiva de su naturaleza (Winkeler, 2006; Spencer, 1998; Walker, 2003; Rodríguez, 2004; Brédart, 2005; Von Essen, 2002). Es probable que los factores biológicos sean derivados del evento principal que inicia el proceso. La libre elección del paciente en la forma en que presenta los síntomas, combinados con la recepción social que puede lograr, determina las características clínicas posteriores. Así, en términos médicos, los síntomas y la discapacidad son a menudo discrepantes con la enfermedad o lesión inicial. El comportamiento de los pacientes surge de un deseo de alcanzar el papel de enfermo por las ganancias secundarias. Si la sociedad elimina el estigma de la enfermedad psicológica, frente a la exageración y la simulación, entonces tal discapacidad crónica o lo que esa enfermedad supone podría desaparecer.

A veces una enfermedad comienza como una exageración deliberada, pero se convierte en una forma aprobada de vida. El desafortunado paciente puede llegar a creer que está enfermo, y los síntomas continúan y persisten después de la liquidación.

Es un error culpar de todo a la sociedad. Esto niega la libre elección del individuo a asumir las consecuencias de la vida como dependiente, o persona con discapacidad, o buscar una manera positiva para hacer frente a sus problemas. Esto está implícito cuando hablamos de términos tales como "jugar el papel de enfermo, y,

el deseo de alcanzar el papel de enfermo para sus ganancias secundarias”. Siempre hay entonces una opción para el paciente. Tiene la alternativa o no, de adoptar el papel de enfermo.

7. Ajuste Mental al Cáncer

Moos (2007, 1984) ha desarrollado un modelo de afrontamiento a la enfermedad crónica de ocho categorías que abarcan los tipos más comunes de estrategias de afrontamiento: Análisis lógico y búsqueda de significado, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y orientación, resolución del problema, cognición evitativa o negación, aceptación o resignación, busca de recompensas alternativas y descarga emocional. No obstante, las estrategias teóricamente diferenciables, difícilmente se utilizarían de manera claramente separada en la realidad de cada paciente. Por ejemplo, una persona con una enfermedad crónica puede solicitar información acerca de un pronóstico con un médico mostrándose calmado y sereno, y puede hablar abiertamente sobre la ira y la desesperación con un amigo. De hecho, en situación de enfermedad la persona se enfrenta a tal variedad de tareas que requerirían una combinación o secuencia de estrategias de afrontamiento.

Así pues, el estudio del afrontamiento conlleva diversidad conceptual y de modelos, y pese al avance de los planteamientos teóricos, suelen aparecer dificultades a nivel empírico a la hora de explicar la diversidad respuestas humanas a la adversidad. Se observan diferencias ente los estudios a nivel de taxonomías y dimensiones del afrontamiento. No existe consenso sobre cuantas estrategias de afrontamiento hay que diferenciar, por qué estas y no otras, bajo qué circunstancias se utilizan, qué función tienen, cómo interactúan entre sí y con los sistemas más amplios

de comportamiento, etc. (Gutiérrez, 2007). Por otra parte, los investigadores han utilizado nombres diferentes para referirse a lo que parece ser la misma estrategia, mientras que otros han utilizado el mismo nombre para hacer referencia a dos estrategias de afrontamiento distintas (Falkum, 1997).

Un estudio descriptivo realizado por Suárez, Baquero y Low (2005) donde la muestra era de 30 pacientes oncológicos que recibían tratamiento ambulatorio obtuvo que la estrategia espíritu de lucha era la más utilizada por las pacientes. De igual manera, siguiendo los resultados de dicho estudio, no se puede ignorar que algunas pacientes además de puntuar espíritu de lucha tuvieron también otro estilo de afrontamiento, ya que detrás de esto pueden encontrarse ideas, por ejemplo, de indefensión o fatalismo. Por consiguiente, cabe mencionar estudios que contribuyen a la explicación del estilo de afrontamiento espíritu de lucha y las diferentes formas de conceptualización, por ende, el estudio de Yépes, Cerón S. y Cerón (2011) mencionan la importancia de la actitud positiva con respecto a la curación, ya que, si las personas piensan que van a mejorar, el tratamiento será más efectivo, de lo contrario no lo será. De la misma manera Llull, Zanier, García (2003); Olmo y Cobos (1999) exponen que los pacientes oncológicos afrontan la enfermedad de manera positiva. Por otro lado, se dice que el afrontamiento como percepción e interpretación que realiza el paciente ante la enfermedad y los tratamientos debe ser de manera real por medio de esfuerzos cognitivos que le permiten elaborar estrategias de afrontamiento, como el espíritu de lucha. (Llull y Cols. 2003 y Pascau, Pérez, Pirat y Viada, 2006)

Igualmente, Gaviria, Vinaccia, Riveros, y Quiceno (2007) aluden el tipo de afrontamiento espíritu de lucha llamándolo calidad de vida, donde señalan en sus

resultados que la calidad de vida fue de muy buena a muy favorable, y que es una percepción individual de bienestar y satisfacción en los diferentes aspectos de su vida, esta apreciación subjetiva que realiza la persona determina las estrategias de afrontamiento que éste escoja, lo cual significa que son particulares ante las diferentes dificultades.

Además, en otros estudios, los hallazgos indican que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la calidad de vida (Torrecilla, Casari y Rivas, 2016). Estos resultados coincidirían con otros estudios realizados, donde se encontraron que las estrategias de aceptación estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias desfavorables en los pacientes, el fatalismo y la desesperanza se asociaron a una disminución de la CV global (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995), y las estrategias de resignación y catarsis (evitación cognitiva y conductual respectivamente) correlacionaron con mayor deterioro psicosocial. Con respecto a las estrategias de aproximación al problema o activas, si bien no fueron empleadas para afrontar la enfermedad en la presente muestra, es interesante resaltar, que la estrategia de Reevaluación Positiva (activa pasiva) fue la que mayor puntuación tuvo dentro del paquete de estrategias activas, correlacionando positivamente con Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Físico y con el síntoma Fatiga. La relación entre las variables también sigue un comportamiento homogéneo, ya que al reevaluar la situación estresante que están atravesando, le dan un nuevo sentido teñido de positividad y enseñanza de vida, fortaleciendo la percepción de Calidad de Vida (Torrecilla, 2016).

Por otra parte, otras investigaciones consideran el afrontamiento como un importante factor mediador entre el estrés producido por la enfermedad y la adaptación a la misma (Billing & Moss, 1981; Lazarus & Folkman, 1984; Kessler, Price & Wortman, 1985). Así, por ejemplo, en otras enfermedades crónicas como el cáncer, el VIH o el dolor crónico, las investigaciones han puesto de manifiesto cómo el uso de estrategias de afrontamiento activo se relaciona con una mejor adaptación en estos pacientes (Carrobles, Rémor & Rodríguez-Alzamora, 2003; Padierna y cols., 2004; Pastor & cols., 2000; Rodríguez, Esteve, López, 2000; Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig, Martín-Aragón, Neipp & Pastor, 2003). Es por ello que en nuestro estudio se aplicó la subescala de espíritu de lucha del MAC:

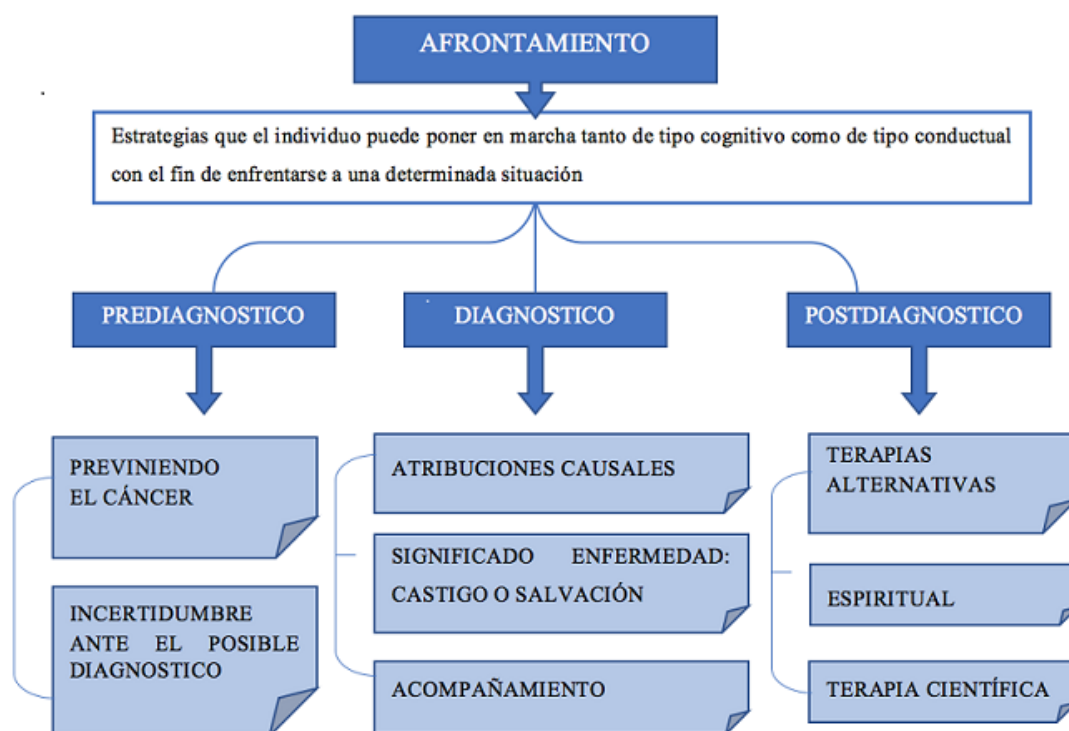


Figura 1.2. Fases del proceso de enfermedad que deben afrontar los pacientes oncológicos

Fuente: Mapa de las etapas pacientes oncológicos durante su patología (Adaptado de Díaz, 2010; página 64).

Dentro de dicho modelo nos centraremos en la subescala de Espíritu de lucha por ser la que en estudios previos obtiene mejores resultados de adaptación o ajuste mental. Esta viene definida por:

-Visión del diagnóstico: Reto.

-Percepción de Control: Presente.

-Visión del pronóstico: Optimista.

-Estrategias de afrontamiento: Búsqueda moderada de información, papel activo en la recuperación, intentos por seguir con la vida habitual.

-Tono emocional: Positivo, ligera ansiedad.

3. Alteraciones emocionales: ansiedad y **depresión**

Según investigaciones realizadas en *España* la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios y son más frecuentes que en la población general (Hernández, Cruzado y Prada, 2012).

Los trastornos adaptativos se presentan entre el 32% del estudio del PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) (Derogatis, Morrow, y Feeting, 1983) y el 55% hallado en nuestro medio (Hernández, Cruzado y Arana, 2007). En la población general varían entre el 5 y el 20% como recoge el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

Los trastornos del estado del ánimo oscilan entre el 2.25-6% (Derogatis et al., 1983; Gil, Costa, Pérez, 2007; Hernández et al, 2007) hasta el 38-50% en otros estudios y revisiones (Massie, Lloyd-Williams, Irving y Miller, 2010; Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997). Su prevalencia anual en la población general es del 4.4% (Martínez, Dolz y Alonso, 2006).

Los trastornos de ansiedad varían igualmente entre el 2.25% y el 7.8% en nuestro medio (Hernández et al., 2007) y entre el 2% y el 44% en otros estudios y revisiones (Derogatis et al., 1983; Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman y Wallace, 1994; Noyes, Holt y Massie, 1998), frente al 2-6% observado en la población general (Levin y Alici, 2010).

4. Esperanza

La teoría de la Esperanza (Snyder et al., 1991; Snyder, 1994; 2000; 2002) abarca un amplio marco sobre su definición, elementos característicos y medición. Es asimismo un referente dentro de los estudios sobre esta fortaleza.

Sus dos componentes principales son los siguientes:

a. ***PathwaysThinking***. Alude a los caminos o rutas los cuales se configuran para los objetivos o metas deseadas. Suele recibir de mensajes internos como *Encontraré la forme de conseguirlo* o *Sé de qué manera tengo que actuar para alcanzarlo* (Snyder, Lapointe, Crowson y Early, 1998). Las personas con altos índice de esperanza encuentran no solo una meta viable y plausible, sino que tienen mayores facilidades de generar metas alternativas (Shorey et al., 2002). Cabe destacar que

dichos caminos o rutas a implementar son más efectivas cuando son más concretas, manejables y apropiadas al objetivo.

b. **Agency thinking.** Forma el elemento motivador que empuja, direcciona y redirige hacia la consecución de la meta u objetivos deseados. Provee la capacidad de generar una creencia desde la cual se empieza y mantiene el movimiento de las vías meta-dirigidas. Los individuos con niveles altos de esperanza son capaces de mantenerse en movimiento en dirección hacia la meta. *Agency thinking* actúa como motivador hacia el camino a seguir, permitiéndonos tener esa fuerza y empuje para la consecución de nuestros deseos o requerimientos (Snyder, 2002; López, Snyder y Pedrotti, 2003).

Efectos positivos

Una vez planteada la teoría de la esperanza, conviene hacer un repaso de la literatura existente en torno a los beneficios de esta fortaleza Park et al. (2004) hacen referencia a la estrecha relación que existe entre Esperanza y Bienestar Subjetivo. Más concretamente en el ajuste psicológico, encuentran a la esperanza como factor predictor del mismo. En dicho estudio, se aprecia como unos determinados sucesos estresantes impactan de manera más intensa en adolescentes con bajos niveles de esperanza (Ciarrochi, Heaven y Davies 2007). Magaletta y Oliver (1999) demostraron que la esperanza es incluso mejor predictor sobre el bienestar comparado con constructos similares, tales como autoeficacia y optimismo. Por otro lado, se puede identificar a la esperanza con un rol positivo en diferentes dominios, tales como en la sensación de logro (Peterson, Gerhardt y Rode, 2006; Rand, 2009) y en la

consecución de los objetivos personales (Hartley, Vance, Elliot, Cuckler y Berry, 2008).

Para complementar lo anterior, los individuos con altos niveles de esperanza se sienten más competentes con sus propias habilidades y confían en que éstas producen los caminos correctos y adecuados para la consecución de sus metas (Diener, Gohm, Suh y Oishi, 2000; Lyubomirsky et al., 2005), así como de la resolución de conflictos (Scheier, Weintraub y Carver, 1986, Aspinwall y Brunhart, 1996).

Para finalizar, recientemente ha aparecido el concepto *Locus de Esperanza* como una extensión de la Teoría de la Esperanza. Entre sus premisas, se encuentra la inclinación de practicar esperanza como vehículo para generar las rutas y la motivación propias de la Teoría de Snyder (García, Sisón, 2012).

Para medir la Esperanza emocional se utilizará una Escala creada *ad hoc* para el estudio con el fin de adaptar a la muestra española el concepto de esperanza más acorde con la misma, ya que el concepto de Snyder se adapta mejor a una muestra anglosajona y al concepto “protestante” de esperanza. Añadiendo al concepto de Snyder, previamente descrito, la esperanza como una disposición emocional optimista del futuro a pesar de las perspectivas adversas, racionales y lógicas, que la situación, y en este caso la enfermedad, conlleva. En este sentido, la esperanza emocional supone una actitud y una vivencia de confianza en el futuro aunque los indicadores objetivos estén en su contra. Es decir, aparece en las personas como un componente primordial en su desarrollo y generalmente no asociada a eventos negativos, pues es en esencia un espíritu dotado de positividad, y que conlleva la adopción de planes, metas y objetivos en la propia vida.

Esperanza y sentido están imbricadas con la vida. Ya que, al preguntar a un paciente sobre las posibles razones para curarse, mantener el control de su sintomatología física y el temor asociado a la evolución de la enfermedad, éste lo intentará explicar desde sus propósitos y planes en su ciclo vital.

5. Proactividad

Se introduce esta escala ad hoc puesto que no se ha encontrado una adecuada que mida dicho concepto. Con la introducción de esta escala se ha querido insistir en el desarrollo de conductas y actitudes de aproximación ante los problemas de la propia enfermedad, sus desarrollos y alternativas. El término proactividad se refiere básicamente a la conducta consciente, activa e implicada del sujeto en su propia enfermedad, reconociéndola como y asumiéndola como un momento y estado de su desarrollo personal, lo que supone aceptar y manejar las limitaciones y restricciones que comporta. En este sentido, la variable supone una reevaluación positiva de su situación actual, tal como describe Espantoso (2007), y se asocia con las conductas, emociones y cogniciones relacionadas con la calidad de vida percibida por el paciente. En este sentido, la variable introducida tiene la función de hacer explícita la conducta anticipatoria y positiva ante los mismos hechos de su enfermedad, opuesta a la pasividad y a la resignación,

Habiendo sido elaborada a partir de la selección de verbatings de las personas de la asociación AEAL (Asociación Linfoma, Mieloma y Leucemia; 2009) del libro “A través de la ventana” en el cual se recogen los testimonios de diferentes personas que aportan como resultado de su experiencia en el padecimiento de la enfermedad las frases que pueden definir esa naturaleza proactiva mediante la elección de los hábitos,

conductas y sentimientos que mejor les han servido en la lucha activa contra la enfermedad.

Para un mejor cuidado de la persona con cáncer se hace imprescindible la necesidad de informar correctamente al paciente para una buena adherencia terapéutica. Mediante programas de educación para la salud se favorece la toma de decisiones del enfermo, mejora la relación profesional de la salud-paciente e incrementa su adherencia a los tratamientos. El problema de la información del diagnóstico y el pronóstico (la llamada “comunicación de malas noticias”) no puede hacerse al margen de consideraciones psicológicas y personales y aun cuando sea una tarea propia del médico, éste necesita de formación y orientación psicológica adecuada para cumplirla con éxito.

6. Personalidad resistente

Se considera una variable moderadora de los efectos del estrés, y se le define como la cualidad de creer en la importancia y valor de lo que uno mismo es y de lo que hace (cfr. Peñacoba y Moreno, 1998). Las personas con compromiso participan en todas las actividades que les presenta la vida (trabajo, relaciones interpersonales e instituciones sociales), tienen un reconocimiento y apreciación personal de las metas y habilidades para tomar decisiones y mantener valores, poseen un conjunto de propósitos personales que les posibilita mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida, se interesan por los demás y perciben que son tenidos en cuenta. Antonovsky (1990) encontró que este sentido de comunidad ante los demás era fundamental para el afrontamiento exitoso de las situaciones estresantes.

7. Las emociones

No es una novedad el dato de que la gente con un mayor afecto positivo y un mayor bienestar psicológico dice estar mejor de salud, dan cuenta de menos síntomas físicos y realizan menos visitas médicas (Avia, 1998). En el caso del cáncer, algunos estudios han mostrado también que un mayor afecto positivo se asocia a una mayor calidad de vida percibida de los pacientes (Laidlaw, 1996). Pero aparte de estas correlaciones halladas en estudios transversales y con medidas de autoinforme, es necesario investigar sobre la existencia de vías causales en alguna de las dos direcciones y empleando, en la medida de lo posible, indicadores subjetivos y objetivos. En este sentido, diversos estudios han hallado que un mayor afecto positivo está relacionado con un menor consumo de tabaco y alcohol así, una mayor calidad y cantidad de sueño y una mayor actividad física (Lyubomirsky, 2005).

En el ámbito del cáncer, parece claro que padecerlo disminuye aspectos como la calidad de vida o el afecto positivo, si bien suele haber en la mayoría de los casos que tienen un curso largo una vuelta a niveles previos a padecer el trastorno. En todo caso, la mayor parte de investigaciones indica que el afecto positivo en pacientes con estas enfermedades graves puede estar disminuido, sobre todo en esas fases iniciales, pero casi nunca está ausente (Pressman, 2006).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica

(dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Entre las emociones podemos distinguir al menos dos grupos: las positivas y las negativas.

1. Las emociones positivas

Uno de los ámbitos más estudiados dentro de la psicología positiva son las emociones positivas. Curiosamente, al revisar la literatura de estudios específicos que analizan la relación entre estados de ánimo y síntomas fisiológicos, se encuentra que los trabajos sobre estados de ánimo negativos (depresión, ira, etc.) son veinte veces más frecuentes que los que estudian estados emocionales positivos (Pressman & Cohen, 2005) lo que hace aún más patente la importancia de potenciar y estimular el interés científico por las emociones positivas (Barragán y Morales, 2014).

Uno de los autores destacados en este sentido sería Bárbara Fredrickson (2002 y 2003). Fredrickson distingue una doble relevancia de las emociones positivas: como marcador de bienestar, y como medio para conseguir el crecimiento psicológico y la mejoría del bienestar durante más tiempo. Esta autora presenta un nuevo modelo, el modelo de la ampliación y construcción de las emociones positivas. A través de este modelo postula que las emociones positivas enriquecen el pensamiento y el repertorio de acciones en el momento en que las personas las experimentan, lo que, a su vez,

sirve para fortalecer los recursos personales (tanto los recursos físicos y psicológicos como los sociales).

En un estudio que realizó Fredrickson (2003) sobre el atentado en Nueva York del 11 de septiembre, pudo observarse cómo el experimentar emociones positivas tras la vivencia de un suceso traumático, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica, mientras que, a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento. Estos interesantes resultados ponen en evidencia el papel tan importante que las emociones positivas pueden jugar en relación con la salud mental.

Otra interesante línea de investigación en el campo de las emociones positivas es la desarrollada por Mihaly Csikszentmihalyi (1997 y 2003) que se centra en el *flow* (*Flow*), experiencia óptima, o experiencia de flujo, constructo referido a lo que las personas experimentan en ocasiones, cuando se hallan tan involucradas en una actividad que parece no existir nada más, es decir, un profundo y elevado sentimiento de disfrute, intrínsecamente gratificante. Un novedoso concepto, que alude a experiencias afectivas positivas es el de gaudibilidad (Padrós y Fernández-Casto, 2001, 2008) y se define como un constructo que engloba todos aquellos procesos que median entre los estímulos y el disfrute que las personas experimentan, es decir, el conjunto de moduladores que regulan las sensaciones subjetivas de vivir experiencias gratificantes. Se trataría de la potencialidad de disfrute, de esta manera, cuánto más alta es la gaudibilidad, más probabilidades tienen las personas de disfrutar.

2. Las emociones negativas

El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera).

3. Emociones negativas y cáncer

Los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante la enfermedad de cáncer, tales como ansiedad, depresión, ira e incluso asco “patológico”. Así, el impacto del diagnóstico producirá variadas reacciones psicológicas en el paciente en función de cómo es percibido. Por ejemplo, si para el afectado el diagnóstico significa amenaza para la propia vida, reaccionará con ansiedad; si representa pérdida de control sobre sí, experimentará depresión; y si lo percibe como una agresión y una injusticia, reaccionará con rabia. Además, los tratamientos mediante agentes quimioterapéuticos producen náuseas y vómitos no sólo por afectación neurológica sino también horas antes del tratamiento o ante

situaciones, objetos o lugares que les recuerdan la situación, todo lo cual tiene bastante que ver con las sensaciones de asco. Se trata de un condicionamiento clásico a los efectos asociados al tratamiento químico que el enfermo generaliza. A medida que se acerca el día del tratamiento o recibe ciertos estímulos (situacionales, visuales, olfatorios, etc.) se desencadenan estas conductas de manera irresistible. Su prevalencia oscila, según los estudios, entre el 18%-65% (Aapro, Kirchner & Terrey, 1994; Roscoe, Morrow, Hickok & Stern, 2000). En el 65% de los enfermos las náuseas y vómitos anticipatorios persisten a los seis meses. Pero también la relación entre el asco y el cáncer ha sido investigada en otros dos sentidos. Por una parte, se ha postulado el papel del asco en el diagnóstico precoz del cáncer de páncreas y del cáncer de pulmón (Gullo, Tomassetti, Migliori, Casadei & Marrano, 2001). Por otra parte, se ha investigado hasta qué punto el origen de la fobia a la sangre/inyecciones, que tiene claros vínculos con el asco, se explica por la experiencia traumática con la quimioterapia o bien con otras variables (Wani, Ara, & Bhat, 2014). Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas a la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las expectativas de vida (Alonso, 2006). Así, existen varias hipótesis que intentan explicar la influencia de los factores psicológicos en el comienzo y la progresión del cáncer, que van desde su influencia en la función inmunitaria, pasando por su influjo sobre hábitos como el tabaco y el alcohol, hasta el peso que estos factores psíquicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de solicitar atención médica (Miralles, Otin & Rojo, 2003). Por ejemplo, se ha estudiado el grado de expresividad/represión emocional del enfermo oncológico, así como el posible efecto de estas variables sobre su pronóstico. En este sentido, se ha descrito el patrón conductual tipo C (en contraste con el tipo A

descrito en cardiología) que caracteriza al paciente cooperador y no autoritario, que suprime sus emociones negativas, particularmente la ira, y que acepta y sigue las instrucciones de las autoridades externas. Sin embargo, no se han obtenido resultados homogéneos, ya que tal como ha sido descrito hasta el momento, el patrón de conducta tipo C corresponde más a un estilo de afrontamiento posible no sólo en pacientes con cáncer sino en enfermos crónicos, y no parece relacionarse directamente con depresión (Torres, 2006; Vinaccia, 2003). En el momento actual debemos concluir que, si las situaciones estresantes u otros factores psicológicos ejercen un efecto sobre la incidencia del cáncer, este efecto es de escasa cuantía y sólo en algunos tipos de él. Por ejemplo, una de las últimas revisiones sobre la relación del cáncer con la afectividad negativa y la ira indica que el estilo de ira controlada y el afecto negativo no están asociados con el cáncer de mama, el melanoma o el riesgo global de cáncer, pero sí es un factor de riesgo menor en el desarrollo del cáncer de próstata, colon-rectal y de pulmón. Por tanto, la asociación difiere en función del tipo de cáncer (White et al., 2007).

Como mencionan Yepes y Cols. (2011) el diagnóstico de cáncer genera un impacto importante en la persona que lo recibe, lo que a su vez es generador de temores asociados a la gravedad del cáncer; lo que da espacio a muchas emociones negativas que según Pascau y Cols. (2006) pueden alterar el auto concepto, la autoimagen y la autoestima de los pacientes. Esto es importante puesto que dicho impacto determina el tipo de estrategia de afrontamiento que elabora la persona con el fin de adaptarse según su propia perspectiva, lo cual da pie para pensar en que los pacientes con neoplasia en su afán por adaptarse a la situación generan diversas

formas de afrontar tanto la enfermedad como los tratamientos, lo que implica que la paciente tenga características de diferentes estilos de afrontamiento.

8. Optimismo

El caso del optimismo es especialmente relevante pues es una de las variables que, normalmente en relación con los estilos de afrontamiento, se ha evaluado más en el ámbito del cáncer y otras enfermedades graves (Avia, 1998; Carver, 2002). Es posible que los efectos del afecto positivo sobre los resultados de salud estén mediados por factores como la esperanza, el optimismo o variables semejantes (Segerstrom, 2000).

Habitualmente se evalúa no tanto el optimismo específico hacia un resultado concreto (ej. curarse de la enfermedad) sino lo que se denomina “optimismo disposicional”, es decir, la creencia general de que el futuro le va a deparar a uno más resultados positivos que negativos. Los resultados han demostrado consistentemente la relación entre un elevado optimismo disposicional y una mayor resistencia a los efectos psicológicos y biológicos del estrés y las enfermedades.

Esta influencia parece estar mediada por variables de tipo conductual, fisiológico y social. En primer lugar, una mayor tendencia al optimismo suele estar asociado a estrategias de afrontamiento más activas y a desarrollar conductas de solución de problemas y autocuidado (Peterson, 2000), y esto es así también en el caso del cáncer (Irving, 1998). Por ejemplo, las pacientes más optimistas presentan un mejor ajuste psicológico tras un diagnóstico de cáncer de mama (Epping-Jordan, 1999) y una mayor tendencia a afrontar de modo activo su situación tras la cirugía de mama (Carver, 1993).

9. Religiosidad

En los últimos tiempos se han venido estudiando variables salutogénicas como las creencias-prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso en procesos de enfermedad (Koenig, McCullough & Larson, 2001). La espiritualidad es entendida aquí como la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede (o no puede) conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad, mientras que la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente – Dios, un poder más alto– (Koenig et al., 2001). Mientras que el afrontamiento religioso es aquel tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes como para facilitar la resolución de problemas (Pargament, 1997). La literatura basada en la evidencia es concluyente en plantear que ante circunstancias difíciles de la vida como es el diagnóstico y el proceso de una enfermedad crónica las creencias-prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso sirven para paliar la presencia de emociones negativas, los síntomas físicos y mejorar la calidad de vida (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida, Lotufo & Koenig, 2006) en patologías físicas como cáncer (Holt et al., 2009), VIH (Dalmida, 2006), dolor (Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007), artritis reumatoide (Vandecreek, 2004); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Koenig et al., 2001), insuficiencia renal crónica (Davison & Jhangri, 2010) entre otras. Por consiguiente, se han venido promoviendo y desarrollando programas de intervención espiritual en salud, véase los estudios de Kennedy, Abbott y Rosenberg (2002) con pacientes con insuficiencia cardiaca y sus

parejas, Cunningham (2005) con pacientes con diferentes tipos y etapas de neoplasias, Bormann et al. (2006) con personas infectadas con el VIH y Elías, Giglio, Pimenta y El-Dash (2007) con pacientes terminales.

En un estudio de Shukla y Rishi en el 2014 éstos refieren niveles mayores de bienestar psicosocial con respecto al espiritual en personas en estadios avanzados de la enfermedad; así como niveles altos de ansiedad con respecto a la cercanía de la muerte con una mejor capacitación para la experiencia de una mejor evolución de la salud mental si el bienestar subjetivo psicosocial está incrementado.

10. Sentido de la vida

El sentido se ha considerado como un factor importante para la vida de las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-Bulman, 1992; Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983, 1984). Además, existen diversos trabajos empíricos en los que se muestra su importancia a la hora de enfrentarse a situaciones difíciles y especialmente ante enfermedades que amenazan la vida como el cáncer (Barkwell, 1991; Fife, 1994; Lewis, 1989; Noguchi et al., 2006; O'Connor, 1990; Reed, 1991; Taylor, 1983).

Distintos autores hacen hincapié en que el hallar un sentido influye al afrontamiento (Steeves, 1992; Barkwell, 1991, Lipowski, 1970; Fife, 1994), que el sentido que cada uno desarrolla en torno a su enfermedad influye en su bienestar psicológico (Lewis, 1989) y que este sentido lleva a la persona con cáncer a desarrollar un sentido de coherencia en relación con las experiencias que vive

(O'Connor, 1990), algo que también se puede relacionar con el sentido que se da al sufrimiento. Por lo tanto, el sentido parece ser un factor relevante en la adaptación a la enfermedad y en el afrontamiento de la misma, algo que resulta lógico si pensamos que el afrontamiento está condicionado por la evaluación cognitiva que se hace de una situación y por lo tanto del significado o sentido que se le da; algo que a su vez puede estar condicionado por visiones más generales acerca del significado o sentido que tiene la propia existencia. Así que el sentido de la vida y el que se le encuentra a la situación que se está pasando dentro de la propia vida puede condicionar el afrontamiento y las reacciones psíquicas ante la enfermedad; actuando también probablemente como una variable mediadora en el impacto psíquico de la enfermedad.

Por otra parte, el sentido de la vida puede tener que ver con creencias de tipo religioso y/o espiritual que pueden influir en el mismo, a la vez que también pueden influir en los mecanismos de afrontamiento (por condicionar una determinada forma de entender el mundo y los problemas de la vida y de responder ante los mismos) y en la repercusión psíquica del estrés que supone la enfermedad. Por estos motivos consideramos importante evaluar esta dimensión en los enfermos, ya que también pueden actuar como variables mediadoras en el impacto psíquico de la enfermedad.

11. Benevolencia hacia los demás

La experiencia del trauma ofrece información altamente significativa que choca frontalmente, a veces de manera brusca, con las creencias sobre el yo y el modelo de mundo que tiene el sujeto (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Dalgleish, 2004). Si

asimilamos la experiencia que supone el diagnóstico y posterior padecimiento de la enfermedad de cáncer con un hecho traumático. Uno de los aspectos centrales en la fenomenología del TEPT, es “el cambio generalizado, subsiguiente al trauma, en la percepción que las víctimas tienen de sí mismas y del mundo, que no es sino una *transformación de los significados*” (Dagleish, 2004, p. 229).

Se trata de un cambio, sostiene Janoff-Bulman (1992, p. 63), que supone una abrupta desintegración del mundo interior, una violación de las asunciones y supuestos básicos relacionados con la supervivencia del sujeto como miembro de un grupo social (Brewin, et. al., 1996).

De hecho, las conceptualizaciones del mundo como algo razonablemente controlable y predecible, y del **self** como razonablemente protegido quedan severamente dañadas por el evento traumático. El mundo se convierte en algo carente de sentido y significado, incontrolable, un lugar impredecible en el que el **self** es vulnerable a la malevolencia azarosa. (Dagleish, 2004, p. 229)

El sentido del mundo y el significado del yo

El trauma supone, pues, un ataque masivo y emocionalmente perturbador a las sólidas estructuras de significado (creencias) que dan sentido a nuestra vida y cobijo a nuestras acciones. Esta es la hipótesis que preside la “nueva psicología del trauma” de Janoff-Bulman (1992) que, en último término, remite a aquella “voluntad de sentido” que Viktor Frankl formulara en medio del infierno de Auschwitz: “la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle sentido a su propia vida” (Frankl, 1988, p. 121), una “fuerza primaria” en la existencia de cualquier ser humano. A esta propuesta se suman un buen número de autores interesados en el estudio de la

experiencia traumática. Algunos de ellos (McCann & Perlman, 1990; Epstein, 1991; Janoff-Bulman, 1992; Foa et. al., 1999) han realizado un encomiable esfuerzo por concretar las ideas, los significados, las creencias que quedan afectadas a raíz de la experiencia traumática. El más reciente, el propuesto por Foa et al. (1999), remite a la teoría del procesamiento emocional (así la denominan sus autores), y se define en términos muy sencillos: tras cualquier acontecimiento, las personas podemos revivir sin dificultad las experiencias emocionales que lo acompañan; ello supone recordar los pensamientos vinculados a dicho evento y reexperimentar las emociones asociadas a ellos (Foa & Rothbaum, 1998).

Esto vale tanto para los eventos gozosos como para los traumáticos. En este último caso, resulta de capital importancia, sobre todo a la hora de intervenir, identificar qué es lo que diferencia, en el campo del procesamiento cognitivo y emocional, a aquellas personas que, tras un evento traumático, han desarrollado un TEPT crónico de aquellas otras que han logrado superarlo sin coste psicológico significativo. Unas y otras, sostienen los autores, difieren en tres aspectos que resultan centrales a la hora de descubrir los mecanismos que impiden o facilitan el procesamiento emocional tras un evento traumático y que, por tanto, allanan o entorpecen la posibilidad de un TEPT: a) primero, en la intensidad con que les afecta el hecho traumático; b) después, en sus reacciones iniciales al acontecimiento, y c) finalmente, en la manera como el hecho traumático queda grabado en su memoria (Foa & Rothbaum, 1998).

Partiendo de estos supuestos, la hipótesis central de estos autores queda formulada en los siguientes términos: cualquier evento traumático activa, de manera

preferente, dos esquemas centrales, estrechamente interconectados entre sí: a) la percepción que el sujeto tiene respecto a su competencia, fuerza, habilidad y capacidad para afrontar los acontecimientos, y b) su percepción respecto a la seguridad o peligrosidad del mundo y de la sociedad en la que vive. La creencia de que el mundo en el que vivimos es un escenario peligroso e incontrolable que escapa a nuestra comprensión y al que nos vemos totalmente incapaces de hacerle frente, conforma la base para una “estructura patológica de miedo” que ejercerá una influencia decisiva sobre la interpretación que las personas hagan de la experiencia traumática y de sus síntomas posteriores. A la postre, sostienen los autores, los trastornos de ansiedad reflejan la presencia en la memoria de estructuras patológicas de miedo que se activan cuando la información procedente del ambiente corre pareja y se corresponde fielmente con la información representada en la estructura de miedo. De hecho, la teoría del procesamiento emocional sostiene que la estructura de miedo que subyace al TEPT se caracteriza por la existencia de un amplio número de estímulos inocuos que se asocian erróneamente con peligro, así como representaciones de activación fisiológica y reacciones conductuales que producen síntomas del TEPT. (Cahill & Foa, 2007, p. 63).

12. Apoyo social

El apoyo social percibido, conceptualizado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud integral del paciente (Gómez y cols., 2001), facilita su integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la

enfermedad promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como el cáncer (Sandín, 2003).

La calidad de vida en pacientes con cáncer puede estar relacionada con factores psicosociales tales como la disponibilidad y la percepción de apoyo social (Sultan, 2004). Estos pueden ser un factor de protección de las consecuencias negativas de la propia enfermedad y sus tratamientos, y además están asociados a un buen funcionamiento psicológico de estos pacientes (Han, 2002; Schroevers, 2003; Winkeler, 2006).

La percepción de una buena red social se asocia con una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y pacientes con cáncer de próstata. Sin embargo, en el caso del cáncer colorrectal, existe poca información sobre la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida. Dado que es una variable potencialmente modificable, potenciando o fortaleciendo la red de apoyo que tenga el paciente, es importante el estudio de la misma con el fin de ampliar conocimientos sobre su efecto en la calidad de vida (Spencer, 1998).

13. Impacto psicológico de la comunicación en la sala de espera

1. Impacto Psicológico de la Quimioterapia

El desconocimiento y la respuesta de miedo que la mayoría de la población tiene sobre la enfermedad y sus tratamientos, afirman Mate y Cols. (2003), provocan actitudes negativas e interpretaciones erróneas sobre la quimioterapia; los efectos secundarios provocan, como se ha señalado anteriormente, cambios físicos difíciles de tolerar por parte del paciente que dificultan la adaptación emocional durante el

tratamiento, junto a esto es frecuente que aparezcan sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad emocional.

Las circunstancias anteriores, originan que el paciente que acude a ser tratado por primera vez con quimioterapia, en la mayoría de las ocasiones tenga más dudas y temores que al momento de recibir el diagnóstico, puesto que después del impacto inicial puede presentar angustia, término que en psicología se usa para describir sentimientos o emociones desagradables que pudieran interferir con su capacidad de enfrentarse al cáncer, sus síntomas físicos y los de su tratamiento. W. Bion (1972) definía la angustia como una premonición de una emoción destacando que está conectada con una experiencia emocional inminente y poniendo de relieve su índole desconocida.

De acuerdo con el manual DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003); la angustia consta de una amplia variedad de sentimientos que van desde impotencia, tristeza, desesperanza y temor, hasta depresión, ansiedad y pánico; pueden presentarse crisis de angustia, al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más de por lo menos uno de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente ante la posibilidad de presentar más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias.
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- Las crisis de angustia no se deben a los efectos del consumo de alguna sustancia o enfermedad médica.

- Las crisis de angustia no se pueden explicar por la presencia de otro trastorno mental.

2. Impacto Psicológico de la Comunicación en las Salas de Espera

Uno de los momentos en el que surge la preocupación en el paciente, es cuando se está en espera de que comience el tratamiento inicial; “El peor momento para mí, fue cuando esperaba ese primer tratamiento de quimioterapia”, expreso una persona con cáncer.

Sentirse alterado y preocupado es parte del proceso, no obstante, algunas veces estos sentimientos pueden ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso, que puede interferir con el tratamiento y su capacidad de enfrentarse a la enfermedad y a su vida.

El primer encuentro entre un paciente que acude por primera vez a recibir tratamiento, podría definirse, según Krupnick y Cols. (1993), como: la fase en la que un grupo o un paciente con el que se coincide espacialmente, aceptara al nuevo miembro con el fin de establecer una relación dinámica de comunicación entre ellos, de tal forma, que puedan auto-reconocerse y reconocerse en el otro e identificar la problemática en común, en ocasiones se rompe así, el aislamiento que se produce en el individuo cuando surge el suceso traumático y se recompensa en cierta medida el sentimiento de vulnerabilidad, al comenzar a estructurar la pertenencia al grupo, remite el nivel de estrés con la ganancia de un espacio donde compartir los sentimientos de pérdida y, en consecuencia, se relativiza, la sensación absoluta del; “por qué a mí” y “solo me pasa a mí” y se adapta paulatinamente al proceso de aceptación de la enfermedad, este paso está referido a la aceptación de la enfermedad, a la aceptación de los límites impuestos por la nueva situación. El grupo actúa como

apoyo en el paciente a medida que suprime los síntomas, facilita y estimula una mejor adaptación emocional, la identificación es un mecanismo esencialmente curativo, en este sentido Freud en: Grinberg y Cols. (1977) definen el mecanismo de identificación como “la expresión más precoz de la relación afectiva con otra persona...”; el individuo en todo momento se identifica con las reacciones, actitudes, formas de conducta o sentimientos de las demás personas, cada personalidad está compuesta por sucesivas identificaciones, esta identificación con los demás miembros que se encuentran en la sala de espera hace que se logre la pertenencia al grupo, y los nuevos miembros se sientan parte de este.

La integración de grupos con padecimientos comunes se sostiene porque el síntoma es utilizado como factor de resistencia, cristalizando las secuencias asociativas en un patrón fijo e inmutable: la enfermedad (Grinberg, 1997).

Simultáneamente la interrelación referida también puede cumplir la función de descubrir y posibilitar recursos, habilidades e instrumentos, favoreciendo estrategias de afrontamiento, de tal manera, que los pacientes logran entre ellos redituarse en el ámbito afectivo y emocional en su mundo familiar, social y laboral, originándose una reorganización y asimilación de la nueva identidad social, o dicho de otra manera, la creación por parte del grupo, de un espacio que en el ámbito social comparte la aceptación del individuo con sus carencias recientemente adquiridas (Bion, 1972).

El paciente en tratamiento como todas las demás personas, tiene la necesidad de comunicar lo que siente o padece, porque como lo afirma Gómez Sancho (1998), - la comunicación tiene poder terapéutico en sí-. Según Mate y Cols. en: Die Trill (2002) “*el ser humano es en esencia gregario; lo normal es que desee juntarse,*

unirse, afiliarse en y con otros...porque son esos otros los que nos proporcionaran aquello que necesitamos: comprensión, apoyo, esperanza, consejo, cariño y amor”.

La mayoría de los pacientes que transitan por este tipo de enfermedades sufren los síntomas de angustia referidos con anterioridad, entre los que destaca el hecho de que los pacientes expresen enojo y frustración hacia las personas que les rodean. Esto sucede porque las personas más cercanas conforman una salida en quien desembocar sus sentimientos, pues en este tipo de situaciones resulta difícil expresar el enojo contra el cáncer y las pérdidas que conlleva (como la causa verdadera de la frustración y tristeza), encausan sus sentimientos de enojo en los familiares y amigos, o en quien llegue a encontrarse a su alrededor, como son los pacientes (Herrera, 2006).

De esta manera es frecuente que el paciente al transmitir su experiencia con la enfermedad y el tratamiento de quimioterapia a otro paciente de nuevo ingreso, o a un paciente psicológicamente vulnerable y se centre en los temores asociados con el cáncer, como: posible dolor, pérdida de ingresos y cambios en el empleo, cambios en el cuerpo, malestares físicos, y cambios en sus relaciones personales, puede provocar en su receptor de experiencias, disgusto, temor o desesperanza, debido a que estos síntomas cobran demasiada importancia en sus vidas(Grinberg, 1997 b).

En cuanto a la primera, entre los beneficios emocionales referidos por las mujeres encuestadas destacan cinco aspectos:

- 1) La importancia de la conexión o vinculación con otras mujeres que están padeciendo o han padecido una situación similar, apareciendo una sensación común definida como “sentimientos de estar en el mismo barco”.

- 2) Sentirse comprendidas y la posibilidad de compartir experiencias comunes.
- 3) “Risa curativa o terapéutica”, resaltando la importancia que para ellas posee el sentido del humor; como mecanismo para conectarse con las demás, apareciendo incluso bromas o comentarios graciosos sobre pelucas.
- 4) La oportunidad brindada a pacientes recién diagnosticadas de conocer a supervivientes de la enfermedad, la esperanza respecto al futuro, la calidad de vida integra, buenas relaciones de amistad, etc.
- 5) Finalmente, la posibilidad de dar y recibir apoyo del grupo (Durá, 2003).

Capítulo 2

Metodología

OBJETIVOS

1. Objetivos Generales

Se pretende realizar un estudio descriptivo y predictivo en los pacientes que acuden al Hospital de Día Médico del HUIC, y están siendo tratados con quimioterapia, de las características sociodemográficas y psicológicas de enfermos con cáncer con el objetivo de establecer un cuadro de relaciones entre las diferentes variables con los marcadores biológicos y datos clínicos de la enfermedad.

El objetivo final ha sido el de establecer una asociación predictiva entre las variables expuestas y determinadas variables criterios psicológicas y clínicas como son el ajuste mental a la enfermedad, la depresión, la sintomatología, la calidad de vida y la evaluación clínica de la funcionalidad del paciente.

2. Objetivos Específicos

- 1.- Establecer y analizar las características sociodemográficas de los enfermos de cáncer en tratamiento con quimioterapia en el Hospital de Día Médico del HUIC.
- 2.- Establecer y analizar las características clínicas de los enfermos de cáncer en tratamiento con quimioterapia en el Hospital de Día Médico del HUIC.
- 3.- Establecer y analizar las características psicológicas de los enfermos de cáncer en tratamiento con quimioterapia en el Hospital de Día Médico del HUIC.

- 4.- Establecer y desarrollar la validez de una escala de esperanza psicológica para analizar su asociación con el proceso de enfermar con cáncer.
- 5.- Establecer y desarrollar la validez de una escala de proactividad para analizar su asociación con el proceso de enfermar con cáncer.
- 6.- Establecer la capacidad de predicción que tiene el conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la determinación del ajuste mental.
- 7.- Establecer la capacidad de predicción que tiene el conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la determinación de la depresión.
- 8.- Establecer la capacidad de predicción que tiene el conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la determinación de la sintomatología física.
- 9.- Establecer la capacidad de predicción que tiene el conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la determinación de la calidad de vida.
- 10.- Establecer la capacidad de predicción que tiene el conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la determinación del Karnofsky.

HIPÓTESIS

1. Hipótesis Generales

HG.-1 El estado psicológico de los enfermos afectados de cáncer y tratados con quimioterapia está determinado por el conjunto y la interacción de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas.

HG.-2 Las variables psicológicas predictoras tienen mayor capacidad predictora que las variables sociodemográficas y clínicas del estado psicológico determinado por el cuadro de las variables criterio: ajuste mental, depresión, sintomatología, funcionalidad biomédica, y calidad de vida

2. Hipótesis específicas

Hipótesis 1. En el conjunto de variables sociodemográficas tienen mayor capacidad predictiva del estado psicológico determinado por las variables criterio edad, género, nivel educativo y ocupación.

Hipótesis 2.- Entre las variables clínicas tienen mayor capacidad predictiva del estado psicológico determinado por las variables criterio estadio, pronóstico, situación actual y otro tratamiento.

Hipótesis 3.- En el conjunto de los marcadores biológicos tienen mayor capacidad predictiva del estado psicológico determinado por las variables criterio: plaquetas, leucocitos y creatinina.

Hipótesis 4. La escala de esperanza psicológica, elaborada específicamente para el estudio, aporta capacidad predictiva al conjunto de variables psicológicas predictoras del estado psicológico de los enfermos de la población estudiada. Presentando índices adecuados de fiabilidad y validez.

Hipótesis 5. La escala de proactividad, elaborada específicamente para el estudio, aporta capacidad predictiva al conjunto de variables psicológicas predictoras del estado psicológico de los enfermos de la población estudiada. Presentando índices adecuados de fiabilidad y validez.

Hipótesis 6.- La capacidad de predicción del conjunto de variables utilizadas en el diseño será mayor para las variables criterio más directamente psicológicas tales como son la depresión y el ajuste mental

Hipótesis 7.- El conjunto de variables clínicas estará interrelacionado significativamente entre ellas de forma que el diagnóstico médico tenga unidad y coherencia

Hipótesis 8.- El conjunto de variables psicológicas predictoras tendrán correlaciones significativas entre ellas indicando que forman un conjunto con capacidad de predicción de las variables criterio.

Hipótesis 9.- El conjunto de variables criterio tendrán correlaciones significativas entre ellas indicando que el estado psicológico del paciente forma un conjunto homogéneo.

Hipótesis 10. Las mujeres tienen un mejor apoyo social percibido y un mayor nivel de religiosidad.

Hipótesis 11. Las personas con mayor número de tratamientos diferentes correlacionan con mejores niveles de afectividad positiva

Hipótesis 12. Con respecto a los valores de las determinaciones analíticas cabe esperar algún tipo de asociación con algunas variables psicológicas, no obstante, debido a la ausencia de literatura no tenemos unas previsiones de asociación.

Hipótesis 13. El pronóstico de la enfermedad emitido por el clínico correlaciona negativamente con la sintomatología descrita por el paciente, la ansiedad, la depresión estado; y la afectividad negativa.

3. Hipótesis del estudio longitudinal

Hipótesis 14. Las variables predictoras: esperanza proactiva, significado vital, benevolencia, proactividad, religiosidad y disfuncionalidad; tienen un efecto temporal sobre las variables criterio ajuste mental al cáncer y el Karnofsky.

Hipótesis 15. La variable predictora que presenta un mayor poder de predicción temporal sobre las variables criterio: ajuste mental al cáncer, depresión, síntomas físicos, Karnofsky y calidad de vida global; todas ellas en su tiempo 2, es la disfuncionalidad.

MUESTRA

La población de referencia está compuesta por 104 personas diagnosticadas de cáncer que han estado o están en tratamiento con quimioterapia en la Unidad de Hospital de Día Médico del Hospital Universitario Infanta Cristina de la Comunidad de Madrid.

La recogida de la muestra se hizo visitando aleatoriamente la sala de espera del Hospital de Día por el investigador principal. A su llegada pedía al personal administrativo el listado de las personas que tenían consulta de seguimiento con el oncólogo, así como consulta de enfermería y/o curas. El investigador principal,

debidamente identificado con su tarjeta de enfermero del Hospital, nombraba a los pacientes y se les informaba sobre el protocolo de evaluación, se exponían los principales objetivos de la investigación, así como que era una investigación aprobada por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe; siendo un proyecto de tesis para la Universidad Autónoma de Madrid y se les animaba a participar. Entregándoseles la hoja informativa (Anexo 1) dejando el tiempo necesario para leerla y aclarar dudas previo a la entrega del consentimiento informado (Anexo 2) para participar en el estudio.

Posteriormente, los cuestionarios eran entregados, siendo cumplimentados en la sala de espera (con las correspondientes aclaraciones sobre el mismo si fuera preciso por estar el investigador presente) y entregados en mano al mismo. En algunos casos que no daba tiempo eran depositados en el despacho de personal administrativo.

Otro medio para enriquecer la muestra final, fue utilizar también la consulta de revisión (pacientes no en tratamiento activo), para el caso del estudio longitudinal. Asimismo, el investigador principal elaboraba un registro de pacientes para poder entregar el cuestionario a los dos o tres meses de la primera recogida con motivo de la segunda toma; indicándose en todo caso la voluntariedad de cumplimentación del mismo.

Hay que destacar que el hecho de estar en tratamiento con quimioterapia puede ser un indicador de calidad de vida y funcionalidad buena con respecto a todas aquellas personas que están con una sintomatología y estadios avanzados de la enfermedad que son seguidos por el Equipo de Soporte de Asistencia en los

domicilios de los pacientes o aquellos que puedan estar ingresados en el Hospital Universitario Infanta Cristina.

En la tabla 2.1, se pueden observar los datos en relación con las características sociodemográficas de la muestra de estudio; estos indican que la muestra está balanceada en función del género. La edad media de los participantes es de 54 años, siendo la edad mínima de 22 años y la máxima de 84 años. En cuanto al estado civil, la mayoría están casados o viven en pareja y tienen hijos; siendo mayores de 13 años en más de la mitad de los casos. El nivel académico refleja que la mayor parte de la muestra se distribuye balanceada entre estudios elementales y medios; siendo tan solo cinco titulados superiores. La ocupación se distribuye fundamentalmente entre trabajadores y pensionistas, encontrándose un 16 % de inactivos y ningún estudiante. La convivencia es en su mayoría con la pareja, otros familiares (13%), solo el 9% y 3% con compañeros de piso y 2% en una institución.

Tabla 2.1. Distribución de la muestra en función de las variables sociodemográficas

		Frecuencia (n)	%
Género	Hombre	47	45,2
	Mujer	57	54,8
Edad	22-40 años	15	14,4
	41-50 años	26	25,0
	51-60 años	25	24,0
	61-70 años	32	30,8
	>71 años	6	5,8
Estado civil	Viviendo con pareja o casado/a, sin hijos en casa	41	39,4
	Viviendo con pareja o casado/a, con hijos en casa	41	39,4
	Sin pareja y sin hijos	9	8,7
	Sin pareja, viviendo con hijos	8	7,7
	Otra situación	5	4,8
Hijos	Sin hijos	24	23,08
	De 0 a 3 años	6	5,76
	De 4 a 12 años	17	16,35
	De 13 años o más	57	54,84
Nivel educativo	Estudios elementales	53	51,0
	Estudios medios	45	43,3
	Estudios superiores	5	4,8
Ocupación	Inactivo	16	15,4
	Estudiante	1	1,0
	Trabajador/a	45	43,3
	Pensionista	42	40,4
¿Con quién vive?	Sólo	9	8,7
	Padres	8	7,7
	Pareja	77	74,0
	Compañero de piso	3	2,9
	Institución	2	1,9
	Con hijos	5	4,8

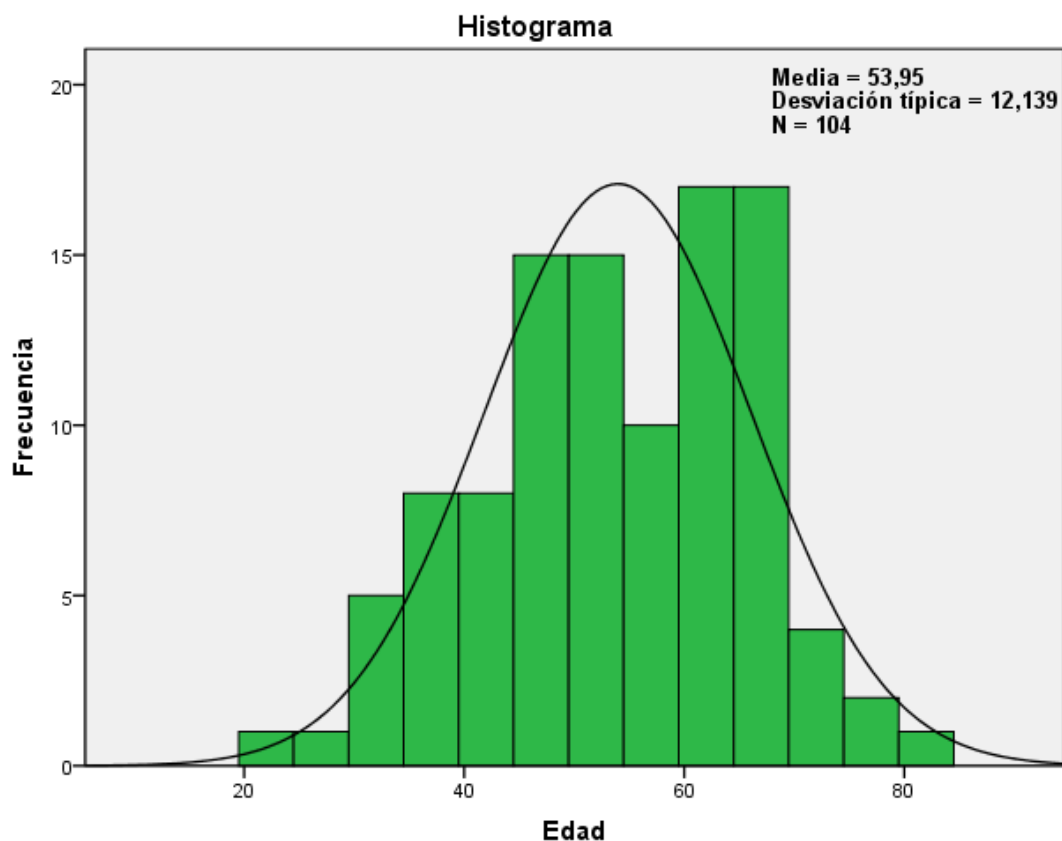


Figura 2.1. Distribución de la edad

De manera más específica, en relación con la edad se puede observar en la figura 2.1, que el rango de edad que presenta un mayor porcentaje, es el correspondiente al grupo de 60 a 70 años; seguido del grupo de 45 a 55 años. No obstante, los diferentes grupos de edad se encuentran distribuidos en porcentajes similares; excepto los extremos de 20 y 80 años donde apenas aparecen sujetos.

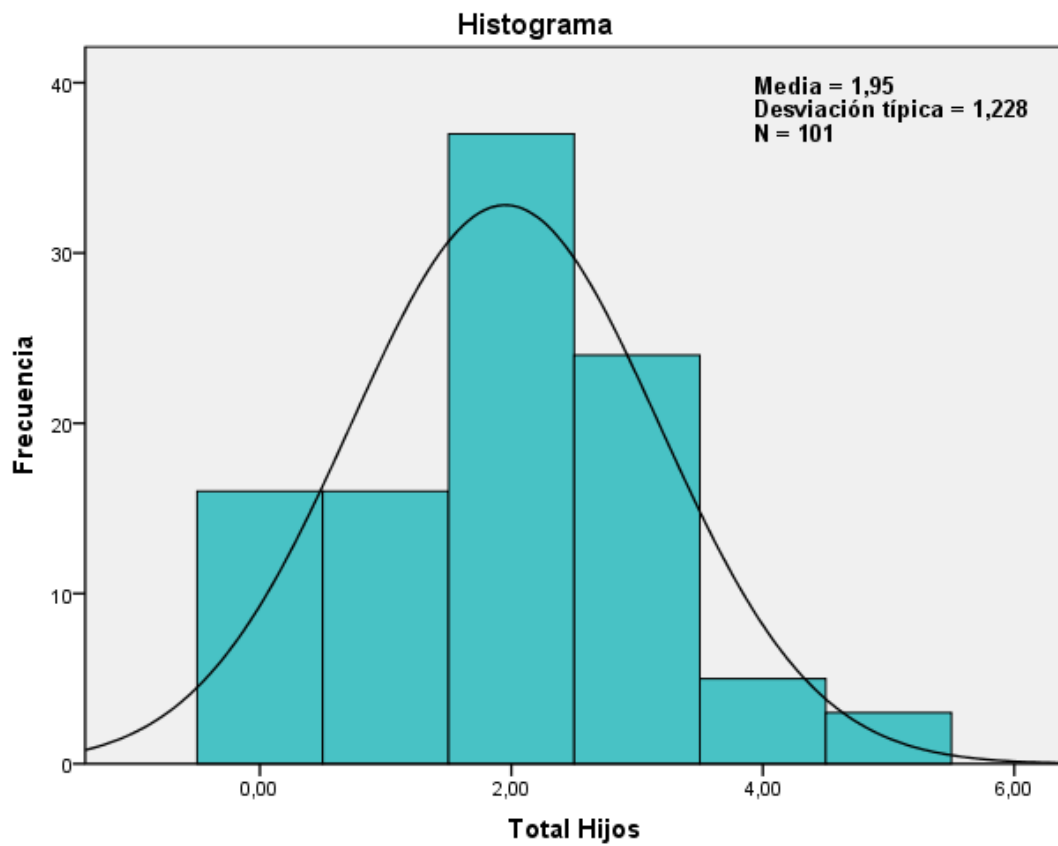


Figura 2.2. Distribución del número total de hijos

De manera más específica, en relación con el número de hijos se puede observar en la figura 2.2, que el grupo a destacar es el que tienen dos hijos con un poco más de un tercio, seguido de los que tienen tres hijos.

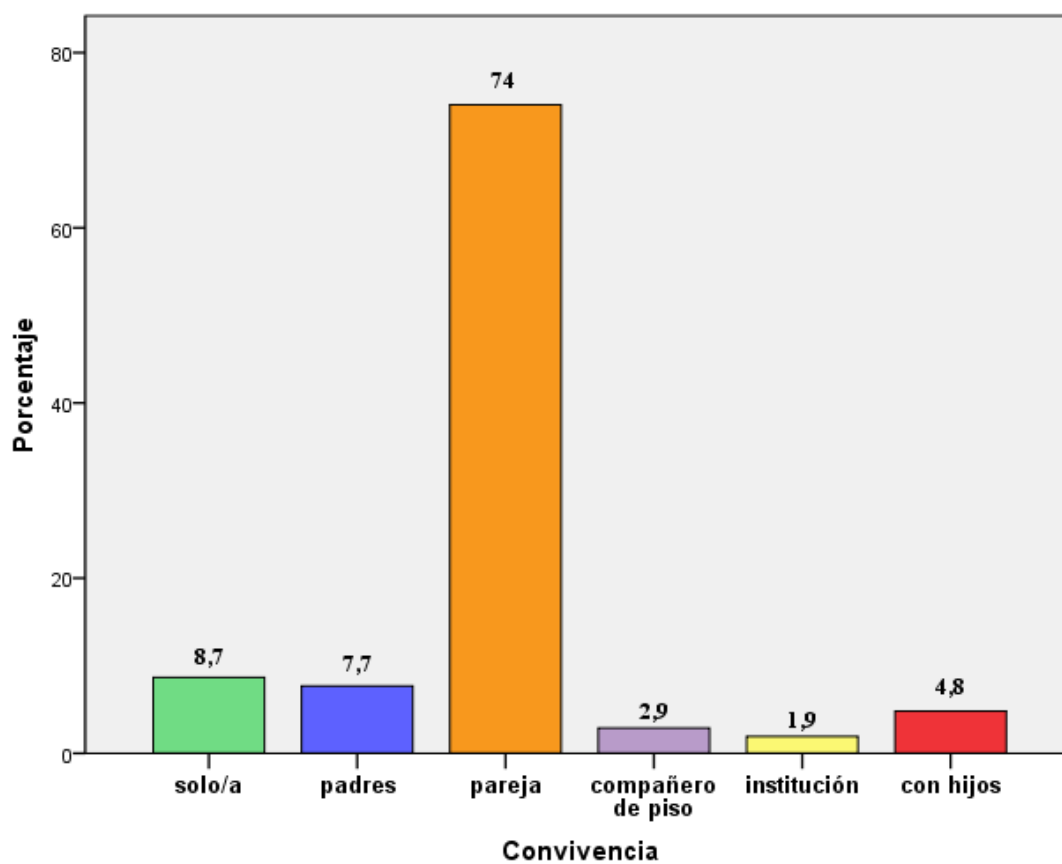


Figura 2.3. Distribución de la convivencia

De manera más específica, en relación con la convivencia, se puede observar en la figura 2.3, que la mayoría convive en pareja.

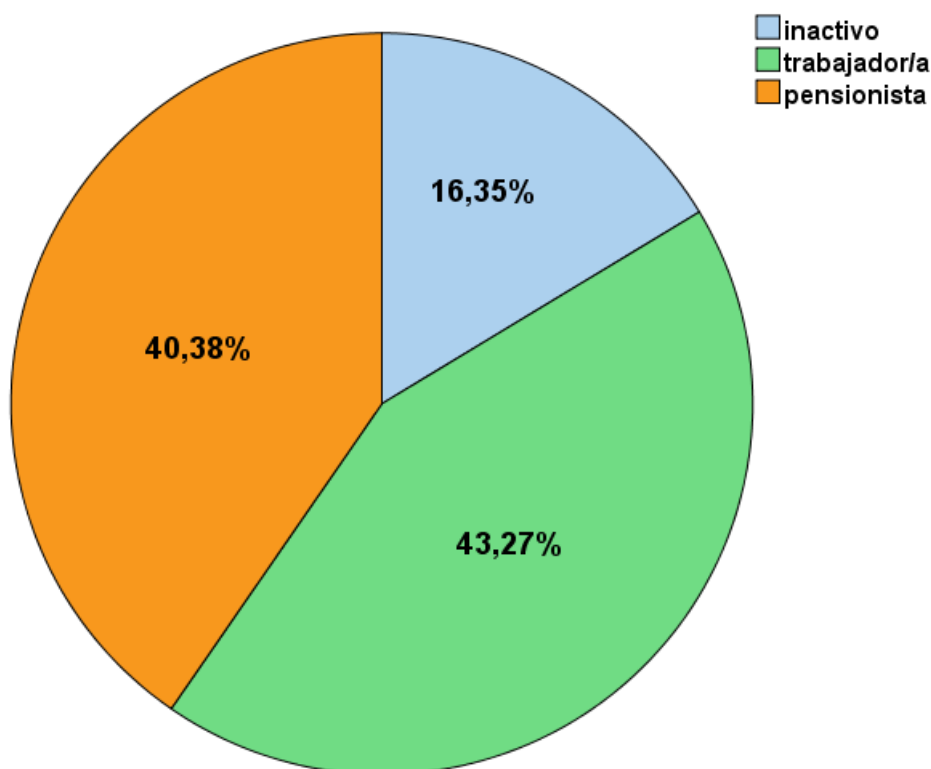


Figura 2.4. Distribución de la ocupación

De manera más específica, en relación con la ocupación se puede observar en la figura 2.4, que hay un mayor porcentaje de trabajadores y pensionistas; seguido de personas inactivas.

En la tabla 2.2., se pueden observar los datos en relación con las características clínicas de la muestra de estudio; en cuanto a la localización del cáncer las dos más representativas son el de mama y el gastrointestinal alrededor del tercio, así como un 16 % localizados en el pulmón. En función del estadio el más encontrado es el IV en casi un 40% de los casos; distribuyéndose casi uniformemente del III al I el resto. Con respecto a la existencia de otro tratamiento un 57% no lo tienen; destacándose la radioterapia en el 29% de la muestra. Como tratamiento principal destaca la cirugía además de la quimioterapia en un 70% de los casos. En la situación clínica de los

pacientes al inicio del estudio destaca el tratamiento adyuvante en un 58%, distribuyéndose uniformemente desde la progresión, no valorable, remisión parcial y remisión completa. La media de la escala de Karnofsky es de un 79%, encontrándose un mínimo de 30 y un máximo de 100. En cuanto al pronóstico clínico destaca la potencial curación en un 58%, la supervivencia prolongable con tratamiento antitumoral en un 28% y el tratamiento paliativo en el 14 % de la muestra.

Tabla 2.2. Distribución de la muestra en función de las variables clínicas

		Frecuencia(n)	%
Localización	Mama	33	31,7
	Ginecológico	2	1,9
	Pulmón	16	15,4
	Otros	7	6,7
	Gastrointestinal	34	32,7
	Urológico	4	3,8
	Renal	3	2,9
	Óseo	1	1
	Cabeza y cuello	1	1
	Endocrino	3	2,9
Estadio TNM	Estadio I	14	13,5
	Estadio II	26	25,0
	Estadio III	23	22,1
	Estadio IV	41	39,4
Tiempo desde diagnóstico	<3 meses	18	17,3
	3-12meses	49	47,1
	12-18 meses	8	7,7
	18-24 meses	5	4,8
	>24 meses	24	23,1
Otro tratamiento	No radio ni hormonoterapia	59	56,7
	Radioterapia	30	28,8
	Hormonoterapia	7	6,7
	Radio y hormonoterapia	8	7,7
Pronóstico	Tratamiento paliativo	15	14,4
	Potencialmente curable	60	57,7
	Supervivencia prolongable con tto	29	27,9
Situación actual	No valorable	12	11,5
	Tratamiento adyuvante	60	57,7
	Respuesta parcial	10	9,6
	En progresión	14	13,5
	Respuesta completa	8	7,7
Karnofsky	<80	44	42,3
	>80	70	58,7

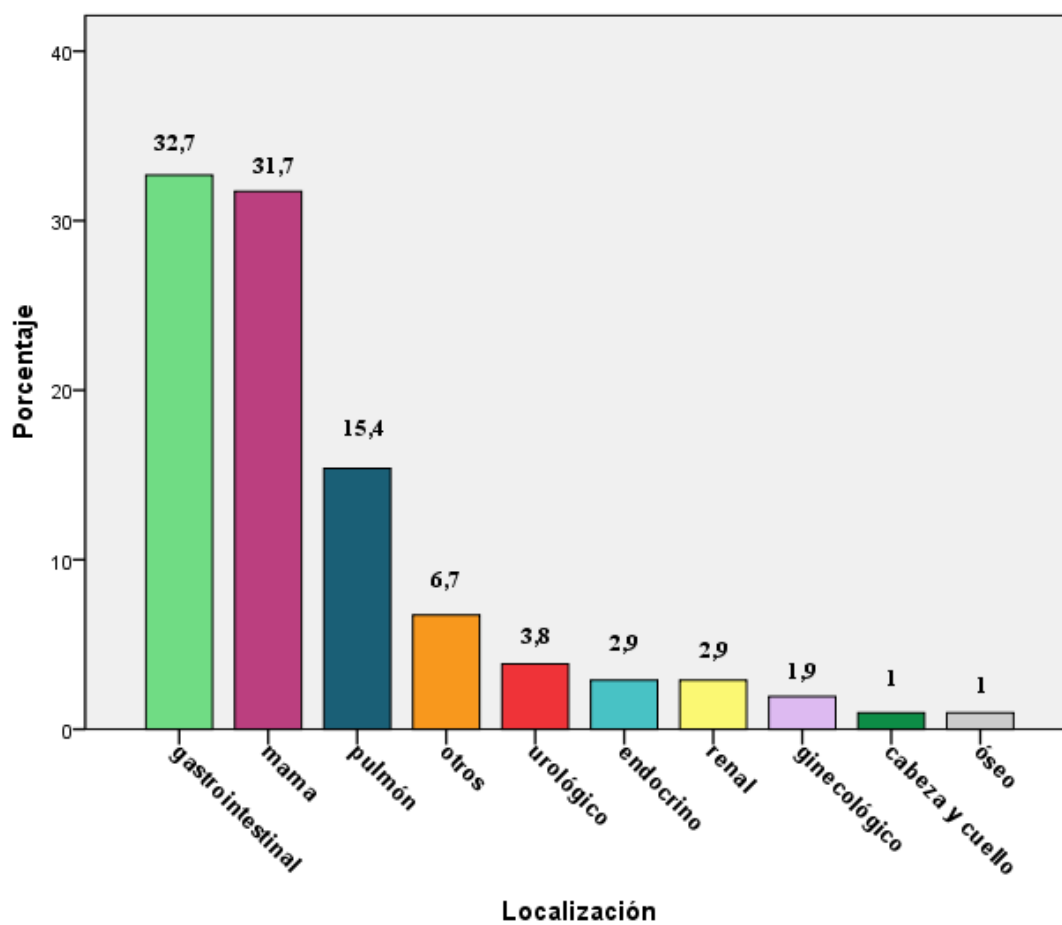


Figura 2.5. Distribución de la localización del tumor

De manera más específica, en relación con la localización del tumor se puede observar en la figura 2.5, que los lugares o grupos con más porcentaje con un 32% son los gastrointestinales y de mama; seguidos de los de pulmón; siendo el resto de grupos con porcentajes menores del 4%.

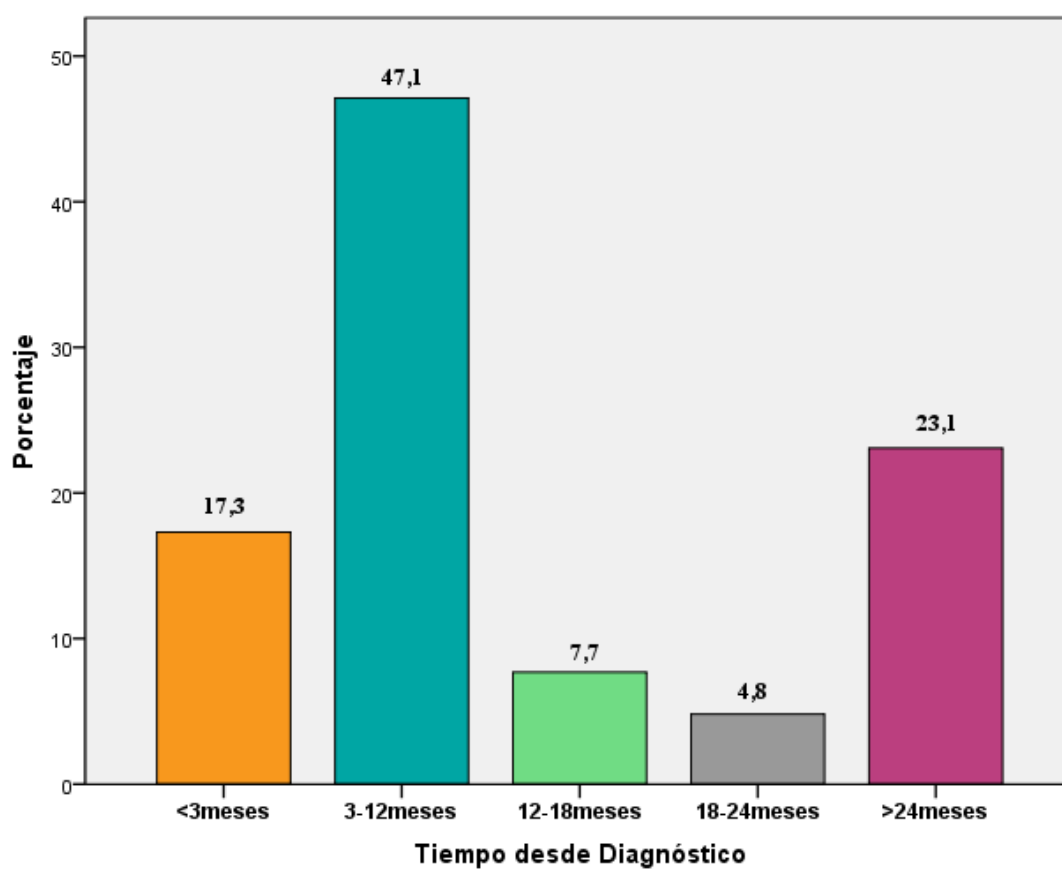


Figura 2.6. Distribución del tiempo desde el diagnóstico

De manera más específica, en relación con el tiempo desde el diagnóstico se puede observar en la figura 2.6, que casi la mitad de las personas del estudio han sido diagnosticadas entre 3 y 12 meses; un 23% hace más de 2 años; y un 17% menos de tres meses. Estando por tanto dos tercios de la muestra en el primer año tras el diagnóstico.

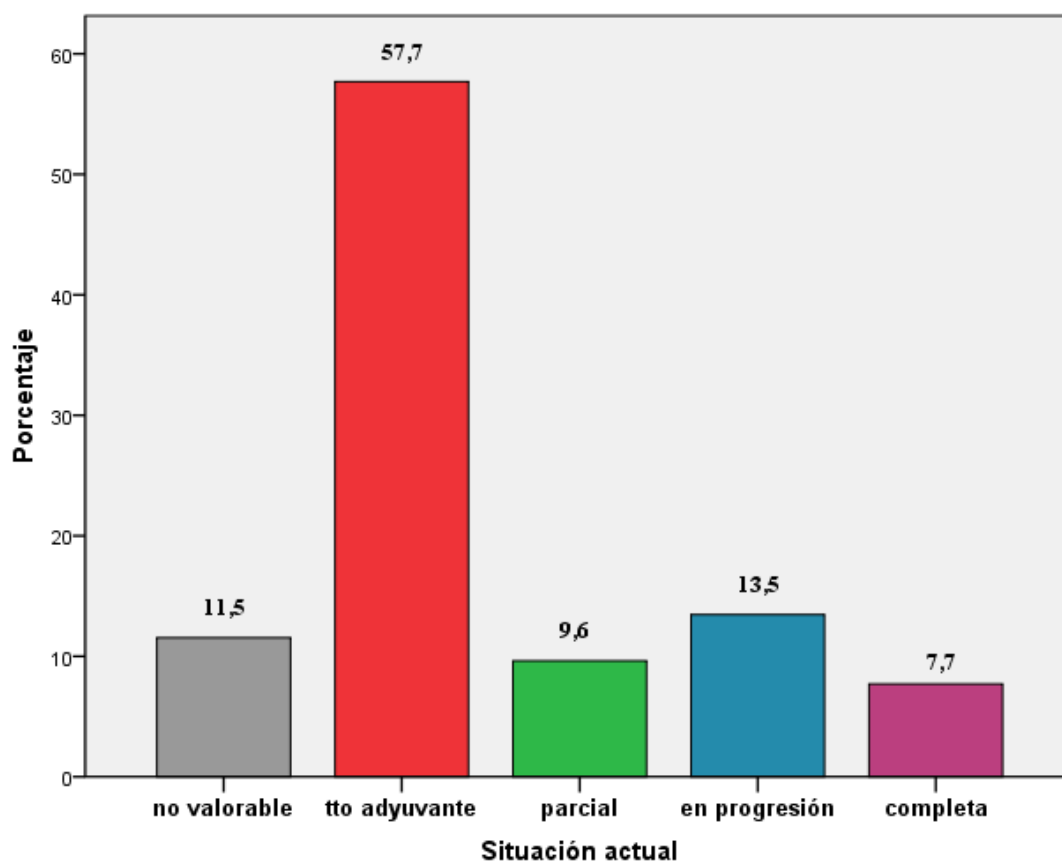


Figura 2.7. Distribución de la situación actual

De manera más específica, en relación con la situación clínica de la muestra en el momento de recogida de los datos se puede observar en la figura 2.7, que un 57,7% están en tratamiento adyuvante; 13,5 % con progresión del tumor; 11,5% no hay elementos clínicos para una valoración de la evolución; 9,6% con una respuesta parcial al tratamiento; y un 7,7% con una respuesta total al mismo.

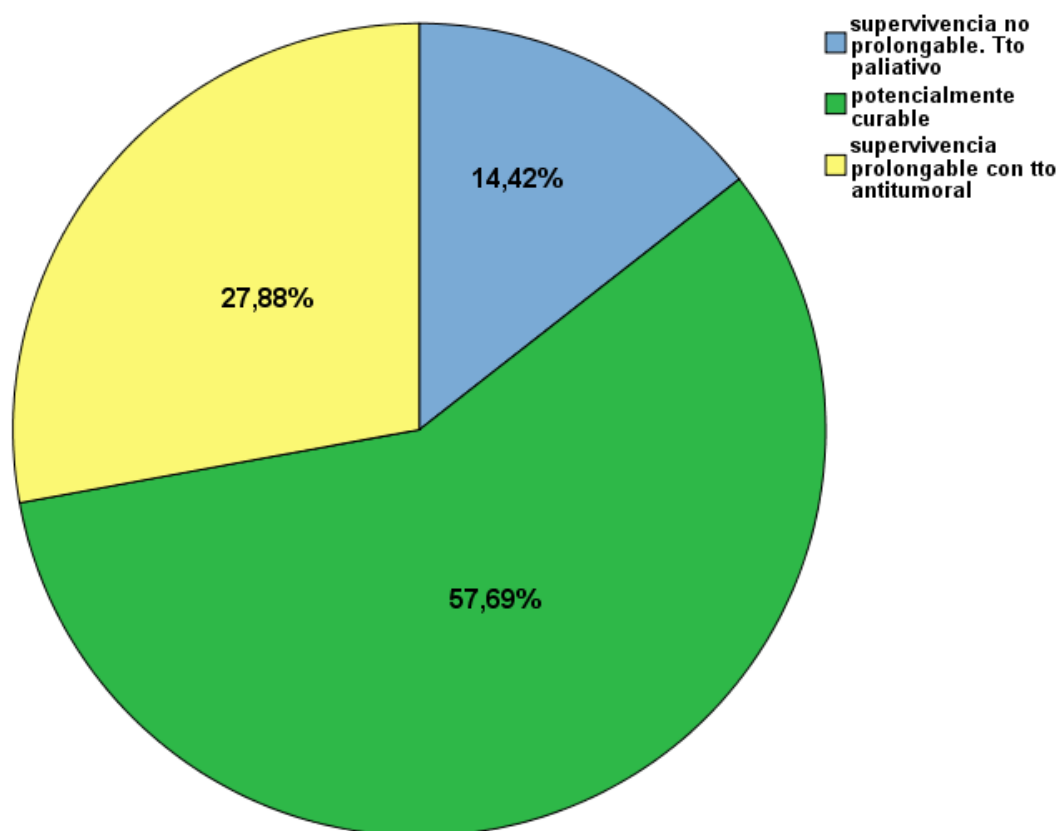


Figura 2.8. Distribución del pronóstico

De manera más específica, en relación con el pronóstico sobre la evolución del tumor se puede observar en la figura 2.8, que el 58% tienen un pronóstico de potencial curación; un 28 % tienen una supervivencia prolongable con el tratamiento antitumoral; y un 14% supervivencia no prolongable.

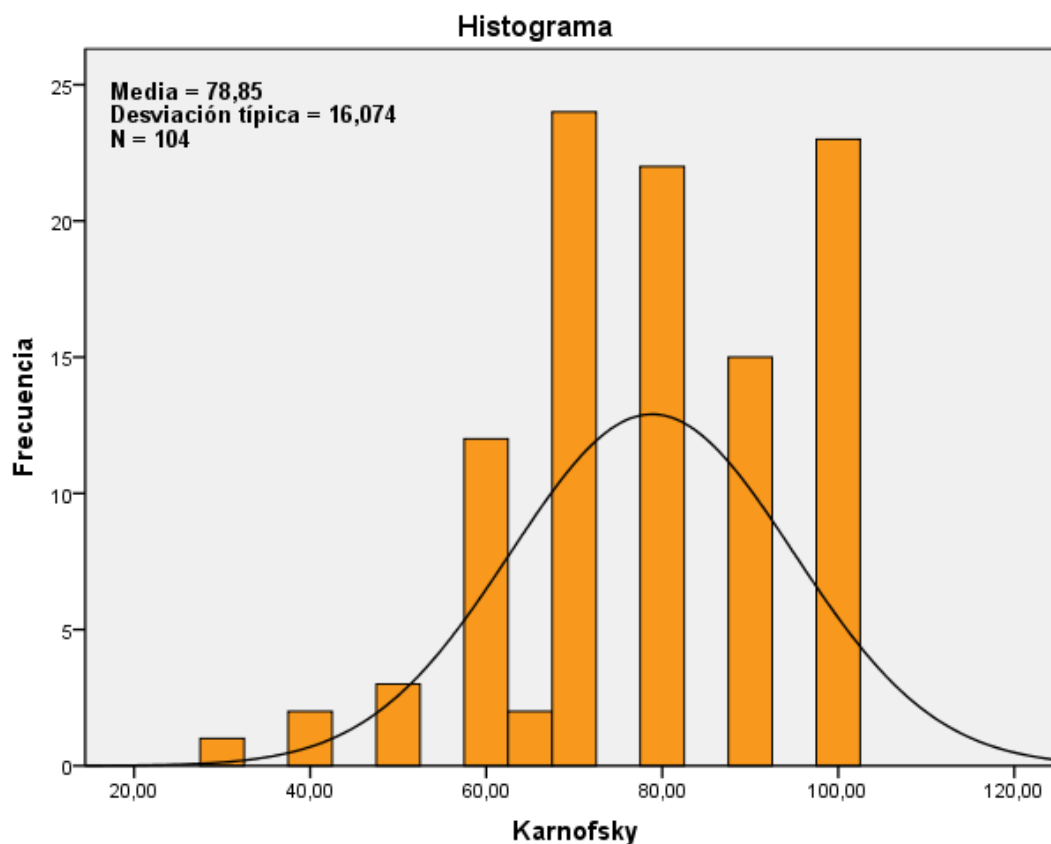


Figura 2.9. Histograma del Karnofsky

De manera más específica, en relación con la situación clínica desde el punto de vista de la valoración por parte del clínico del estado funcional del paciente en el momento de la visita médica se puede observar en la figura 2.9, que dicha situación es buena estando dos tercios de la muestra por encima del 70%; y tan solo seis personas por debajo del 50%.

En la tabla 2.3., se pueden observar los datos en relación con las variables de laboratorio de la muestra de estudio; teniendo en cuenta que el estudio piloto se realizó en veinte pacientes y de éstos no se proporcionan los valores de las mismas. Es de destacar que tan solo en el caso de los valores serológicos de GPT la media de la muestra se sitúa por encima de los estándares considerados como normales en dicha

determinación (0.0- 41.0). Sorprendiendo a priori que en una muestra de personas diagnosticadas de cáncer la mayoría de los valores serológicos no están alterados.

Tabla 2.3. Distribución de la muestra en función de las variables de laboratorio

	Tiempo 1 M (DT)	Tiempo 2 M (DT)	Valores referencia
Leucocitos	5,65 (2,72)	6,43 (8,63)	4.0-10.5
Hemoglobina	12,20 (1,48)	11,97 (1,85)	13.0-17.0
Creatinina	,79 (.26)	,84 (.34)	0.7-1.3
Glucosa	103,35(29,16)66)	101,11 (21,92)	70.0-110.0
Sodio	141,01 (2,96(2,96)	142,14 (2,75)	135.0-147.0
Potasio	4,38 (.50)	4,44 (.46)	3.5-5.2
Plaquetas	250,65 (94,11)	224,50 (106,93)	140.0-420.0
GOT	29,25 (17,57)	25,09 (14,25)	10.0-40.0
GPT	44,93 (2(27,03)*	26,85 (15,29)	0.0-37.0

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Cuestionario de información general

Para recoger los datos sociodemográficos, incluidos en esta investigación como variables independientes, se ha elaborado un cuestionario a medida, con respuestas semiabiertas, en el que se han incluido las siguientes variables (en Anexo 3):

- **Género:** categorías de hombre y mujer.
- **Edad:** se ha preguntado al sujeto por su edad, y se han utilizado los datos además de como variable continua, creando hasta cuatro grupos: (1) de 18 a 24 años; (2) entre 25 y 34 años; (3) entre 35 y 44 años; (4) entre 44 y 60 años; (5) mayor de 60 años.

- **Estado civil:** siendo las opciones de respuesta las siguientes: Viviendo con pareja o casado/a, sin hijos en casa; viviendo con pareja o casado/a, con hijos en casa; sin pareja y sin hijos; sin pareja, viviendo con hijos; y otra situación (indicar).
- **Nivel educativo:** siendo las opciones de respuesta las siguientes: estudios elementales; estudios medios; y estudios superiores.
- **Ocupación:** siendo las opciones de respuesta: inactivo; estudiante; trabajador; y pensionista.
- **Convivencia:** siendo las opciones de respuesta las siguientes: sólo; padres, pareja; compañero de piso; e Institución.

2. VARIABLES CLÍNICAS

1. **Localización:** Debido a la gran cantidad de localizaciones y siguiendo los hallazgos de la bibliografía de estudios previos se hacen grupos que engloban localizaciones siendo las consideradas en el estudio las siguientes: (1) mama, (2) ginecológico, (3) gastrointestinal, (4) urológico, (5) renal, (6) óseo, (7) cabeza y cuello, (8) hematológico, (9) piel, (10) endocrino, (11) pulmón y (12) otros (resto de categorías con escasa incidencia).
2. **Estadio:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene el estadio en las observaciones médicas. Siendo las categorías que refieren los clínicos: (1) Estadio I; (2) Estadio II; (3) Estadio III; y (4) Estadio IV.

Mediante la clasificación TNM tenemos una descripción muy precisa de la extensión de la enfermedad, pudiendo obtenerse hasta 24 categorías posibles combinando los distintos elementos del TNM. A efectos prácticos, estas categorías se agrupan en 5 estadios, enumerados del I-IV con números romanos (estadio 0 de los tumores in situ), e incluyendo en cada uno categorías TNM homogéneas con respecto a la supervivencia.

En general, los tumores son:

- Estadio I: pequeños, localizados y habitualmente curable.
- Estadio II y III: localmente avanzados y/o con afectación de los ganglios linfáticos locales.
- Estadio IV: metastáticos y en la mayoría de casos inoperables.

Estos estadios se definen con gran precisión, siendo diferente para cada tipo de cáncer.

3. **Tiempo desde el diagnóstico en meses:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene el tiempo desde el diagnóstico en meses, y se han utilizado los datos además de como variable continua, creando hasta cinco grupos: (1) < de 3 meses; (2) de 3 a 12 meses; (3) de 12 a 18 meses; (4) de 18 a 24 meses; y (5) > de 24 meses.
4. **Otro tratamiento:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene la existencia de tratamiento en la historia de la enfermedad con radioterapia y/o hormonoterapia. Siendo las categorías analizadas: (1) no radio ni hormonoterapia; (2) radioterapia; (3) hormonoterapia; y (4) radioterapia y hormonoterapia.
5. **Tratamiento principal:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene la existencia de tratamiento en la historia de la enfermedad con cirugía y/o quimioterapia. Siendo las categorías analizadas: (0) no cirugía ni quimioterapia; (2) no cirugía y si quimioterapia; (3) si cirugía y no quimioterapia; y (3) cirugía y quimioterapia.
6. **Situación actual:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene la respuesta de la enfermedad al tratamiento. Siendo las categorías analizadas: (0) no valorable; (1) en tratamiento adyuvante; (2) respuesta parcial; (3) en progresión; y (4) respuesta completa.

7. **Estado general:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene el índice de Karnofsky. Existen una serie de escalas internacionales en oncología utilizadas para valorar el estado general del paciente y consideradas como la forma estándar de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. La puntuación de la escala de rendimiento de Karnofsky (KPS) oscila entre 0 y 100. Una puntuación más alta significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se utiliza para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico e incluso para decidir si un paciente es o no candidato a recibir un tratamiento con quimioterapia.

Tabla 2.4. Estado funcional de Karnofsky

Puntuación	Definición de la situación general del paciente
100	Normal. No signos ni síntomas de enfermedad
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal. Signos y síntomas leves
80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidar de la mayoría de sus necesidades
50	Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos
40	Encamado, necesita cuidados y atenciones especiales
30	Invalidez severa. Indicada hospitalización
20	Invalidez grave. Necesita hospitalización y tratamiento general de soporte
10	Muy grave. Rápida progresión de la enfermedad
0	Muerte

8. **Pronóstico:** se ha revisado la Historia Clínica en la aplicación informática Selene el pronóstico de la enfermedad por parte del clínico. Siendo las categorías analizadas: (0) potencialmente curable; (1) supervivencia prolongable con tratamiento antitumoral; y (2) supervivencia no prolongable con tratamiento antitumoral.

3. VARIABLES PSICOLÓGICAS

A partir de la revisión teórica de la literatura, se han incluido en el estudio de la muestra de enfermos de cáncer dos grupos de variables psicológicas que han sido agrupadas en dos bloques atendiendo a su función en el conjunto del estudio, variables criterio y variables predictoras, tal como se recoge en la figura 6.2.

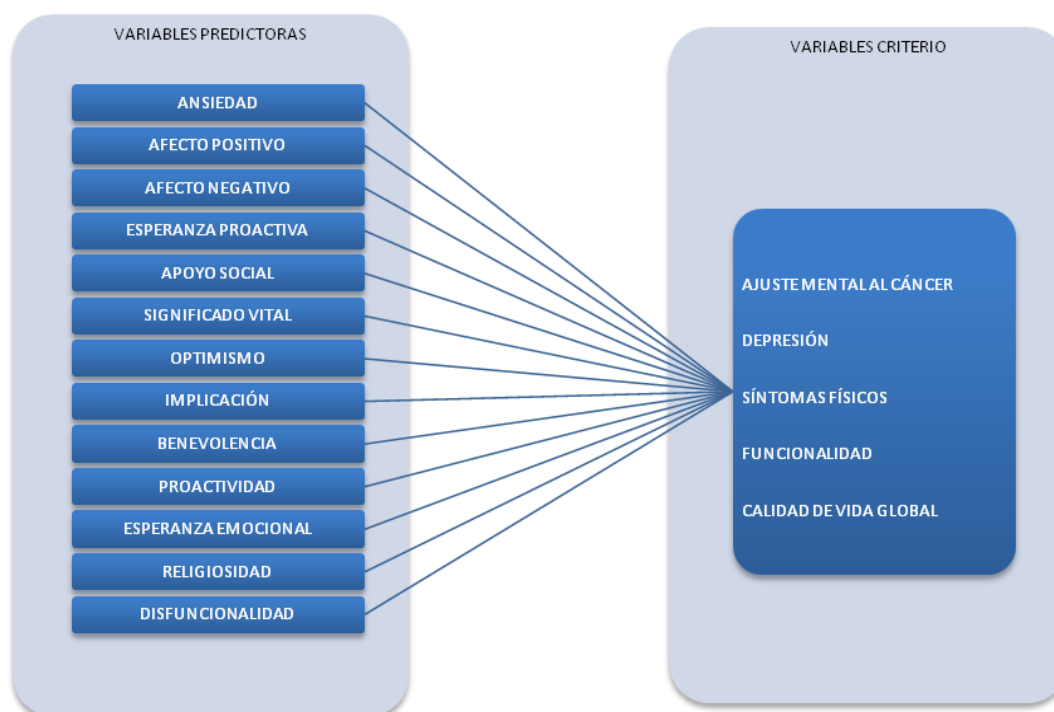


Figura 2.2. Modelo de variables psicológicas

3.1. Variables criterio

Se han considerado variables criterio cinco de las variables utilizadas en el análisis de los datos recogidas en la población de enfermos oncológicos estudiados y que pueden considerarse, desde un modelo teórico, como variables dependientes en el proceso de enfermar de cáncer, y, en este sentido, afectadas por el resto de variables

incluidas en el diseño; ajuste mental al cáncer, depresión, sintomatología y calidad de vida.

1. Ajuste Mental al Cáncer. (Versión reducida de la Escala MAC-R)

Para medir el Ajuste Mental al Cáncer se ha utilizado la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). Las respuestas psicológicas ante el diagnóstico de cáncer eran anteriormente medidas por Greer y sus colaboradores mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes oncológicos adultos. Watson et al (1988) crearon la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), a partir del análisis y adaptación de expresiones extraídas de las grabaciones de dichas entrevistas.

La primera versión constaba de 58 ítems, para luego, después de los estudios estadísticos correspondientes, quedar compuesta por 40 ítems; cada uno con 4 opciones de respuesta. Los ítems fueron seleccionados a través de un análisis factorial que resultó en 4 dimensiones: Espíritu de Lucha (16 ítems), Desesperanza/Desamparo (6 ítems), Preocupación Ansiosa (9 ítems), Fatalismo/Aceptación Estoica (8 ítems). Finalmente añadieron la subescala Negación que sólo contaba con 1 ítem. Los ítems seleccionados para nuestra escala pertenecen a la subescala de espíritu de lucha.

Moorey y Greer (1989) aseguran que cada una de estas dimensiones involucra un esquema cognitivo relacionado: al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control que se tiene sobre este, y a la visión de su pronóstico. Por ello, los autores de la prueba, consideran que es fundamental que los pacientes que completarán el cuestionario conozcan su diagnóstico.

La adaptación de la escala al castellano es de Ferrero (1994). La confiabilidad del instrumento se demostró mediante el cálculo de la estabilidad de las respuestas en términos temporales (entre 0.32 y 0.65), y del coeficiente Alfa de Cronbach como índice de consistencia interna de cada subescala (entre 0.65 y 0.84). Por otro lado, para comprobar la validez del instrumento, se correlacionaron las respuestas del autorreporte de un grupo de pacientes con las que reportaban sus parejas respecto a ellos; encontrando correlaciones altamente significativas (entre 0.63 y 0.76), a excepción de la subescala de Negación (0.34).

2. Depresión Estado. (Versión reducida de la escala de BDI-II)

Para medir la Depresión se ha utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

En la validación de la escala por Sanz et al., 2005 el coeficiente alfa de fiabilidad fue alto (alfa de Crombach = 0,89). Las correlaciones con otras medidas

autoaplicadas y heteroaplicadas de depresión fueron elevadas y significativamente mayores que la correlación con una medida de ansiedad, lo que avala la validez convergente y discriminante del BDI-II, respectivamente.

3. Síntomas de Edmonton (Versión reducida de la Escala).

Para medir la Sintomatología se ha utilizado el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton ESAS (1991) adaptado por Carvajal (2011) es un instrumento sencillo y de fácil realización, útil en pacientes oncológicos y paliativos.

Consiste en un listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma. Se trata de un instrumento específico para el cáncer terminal que consta de 10 ítems con los que se evalúa la sintomatología del paciente.

La consistencia interna presenta un alfa de Cronbach de 0,75). La validez discriminante midió si las puntuaciones del ESAS diferían según el estado funcional del paciente encontrando diferencias significativas ($p < 0,001$) en 7 de los 10 síntomas. Además, se comprobó que el cuestionario diferenciaba significativamente pacientes ambulatorios y hospitalizados ($p < 0,001$). También se midió si el cuestionario detectaba cambios en los síntomas a lo largo del tiempo y se vieron cambios significativos ($p < 0,05$) entre el día del ingreso y a las 48 h en dolor, debilidad, desánimo y sensación de bienestar.

El ESAS es útil en la evaluación inicial y en el seguimiento de los síntomas. Permite además al equipo médico, discutir con el paciente el significado de la magnitud en la escala de un síntoma dado, cuando la descripción verbal o la conducta del paciente durante una entrevista no es coherente con la intensidad que ese síntoma lo aqueja. Es importante tener en cuenta que la interpretación debe ser hecha en el contexto de la evaluación multidimensional, la expresión de un síntoma es la resultante de variables físicas, psicosociales y espirituales, existenciales. Puede ser usado además para documentar las características de la población en las diferentes

áreas de un Programa de Cuidados Paliativos y para el control de calidad de la atención.

4. Calidad de Vida. (Versión reducida del Cuestionario de EORTC QLQ-C30)

Para medir la calidad de vida se ha utilizado el Cuestionario de Calidad de Vida creado por la Organización Europea para la Investigación y tratamiento del Cáncer (EORTC) que cuenta con un grupo de estudio dedicado a la Calidad de Vida (Aronson, 1988). Adaptado al castellano por Toledo (1993). La versión actual en uso es la 3.0.

El objetivo del cuestionario es ser utilizable en estudios nacionales e internacionales, autoadministrado, multidimensional en su estructura, con escalas multi-ítems y relativamente breve (alrededor de 10 minutos en su versión completa).

Para la mayoría de las preguntas, se emplea un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100.

En el grupo de Calidad de Vida de la EORTC se considera muy importante el realizar estudios de validación de este cuestionario general en cada país, y con muestras de un tumor concreto, que permitan un mejor conocimiento del funcionamiento de este instrumento. Las tres versiones de este cuestionario general han sido traducidas y validadas para su uso en nuestro país con muestras de pacientes de cáncer de mama, pulmón y cabeza y cuello tratados en el Hospital de Navarra. El alfa de Crombach obtenido en las subescalas fue mayor de .70.

Las respuestas a los ítems de las escalas se refieren a “la semana pasada,” excepto la escala de funcionamiento físico del paciente cuyo marco temporal es el presente. Dichas respuestas obedecen a un formato tipo Likert, que oscila entre 1 (“En absoluto”) y 4 (“Mucho”)

El EORTC QLQ-C30 tiene una estructura compuesta por cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos. Se ha elaborado en nuestro estudio una

subescala llamada de **Disfuncionalidad**. También se compone de una escala global de salud/calidad de vida, que oscila entre 0 (“Muy pobre”) y 7 (“Excelente”). Utilizada en nuestro estudio con el nombre de subescala de **Calidad de Vida Global**.

Además de los ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero.

3.2. Variables predictoras

Se han considerado variables predictoras las utilizadas en el análisis de los datos recogidas en la población de enfermos oncológicos estudiados y que pueden considerarse, desde un modelo teórico, como variables de influencia en el proceso de enfermar de cáncer, y, en este sentido, factores asociados al estado psicológico del enfermo, tal como es evaluado por las variables criterio descritas: apoyo social, afectividad, esperanza proactiva, significado vital, optimismo, implicación, benevolencia, religiosidad, proactividad, esperanza emocional y ansiedad estado. .

1. Apoyo Social (Versión reducida de la Escala de MOS-SS).

Para medir el Apoyo Social se ha utilizado la Escala de Apoyo Social MOS-SS para medir el impacto que éste ejerce sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Fue creado por Sherbourne (1991) y adaptado por Costa (2007).

El cuestionario MOS consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

La escala muestra buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78). En cuanto a la validez, utilizando las variables recogidas en los estudios MOS, presenta una correlación convergente con la

soledad ($r = -0.53$ a -0.69) con el funcionamiento familiar y matrimonial ($r = 0.38-0.57$) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia. La correlación con el ítem 1 (soporte estructural) es baja. La correlación entre las cuatro subescalas es razonable (0.69 a 0.82).

2. *Afectividad (Versión reducida de la Escala de la Escala PANAS)*

Para medir la Afectividad se ha utilizado La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson et al., 1988) se compone de dos factores de 10 ítems diseñados para medir el afecto positivo y negativo. Los ítems poseen un formato tipo Likert con un rango de 4 puntos, variando de 0 (muy ligeramente o nada en absoluto) a 4 (extremadamente).

Las estimaciones de la consistencia interna varían de 0.86 a 0.90 para la escala del Afecto Positivo; y de 0.84 a 0.87 para la del Negativo (Watson et al., 1988). En este estudio se pide a las personas entrevistadas informar sobre la frecuencia de su humor durante la última semana, incluyendo hoy. De ahí que es una medida de estado afectivo. No se maneja la instrucción de rasgo.

3. *Esperanza proactiva (Versión reducida de la Escala de ADHS).*

Para medir la esperanza proactiva se ha utilizado la **Adult trait Hope Scale** o Escala de Esperanza-Rasgo para adultos (Snyder, 1991; adaptado por Flores, Valdivieso y Martín, 2013).

Este instrumento consta de doce ítems, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: *Agency thinking* (elemento motivador sobre la orientación e implementación de metas) y **Hope Pathways** (cuantifica la esperanza con base al pensamiento orientado a las rutas a seguir). Los participantes puntúan de 1 a 8, el cual 1 es totalmente falso y 8 totalmente verdadero. La corrección del instrumento consiste en la suma de los primeros ítems de **agency**, posteriormente los ítems **pathways** para finalizar con el total. La forma en que opera este test es la solicitud de que el participante se imagine a sí mismo en una situación determinada.

Esta escala posee buenos rasgos de consistencia interna y consistencia temporal.

Los rangos oscilan entre alfas de Cronbach de 0,74-0,88 para toda la escala, alfas de 0,70-0,84 para la subescala *hope agency* y 0,63-0,86 para la subescala *hope pathways*. Su consistencia temporal es de 0,85 rango test-retest en tres semanas a 0,82 en 10 semanas. Posee apoyo de validez discriminatoria, así como validación convergente basada en manipulación experimental (Snyder, 2002).

4. Significado vital (*Versión reducida del Test de PIL*)

Para medir el Significado Vital se ha utilizado el Test de Propósitos en la Vida PIL de Crumbaugh y Maholick (1969); el cual está dividido en tres partes: La parte A, consiste en una escala psicométrica de 20 ítems, que evoca respuestas acerca del grado en que una persona experimenta “propósitos en la vida”. El contenido de los ítems se refiere a varios conceptos distintos. Ocho de ellos se refieren explícitamente al significado de la vida (un propósito, una misión); seis se enfocan la satisfacción por la propia vida (la vida es aburrida, rutinaria, excitante o dolorosa); otros tres tratan de la libertad; uno se refiere al miedo a la muerte; otro mide las ideas suicidas y otro está enfocado a explorar si la persona considera que su vida merece la pena.

La parte B y C permiten complementar mediante un análisis cualitativo los resultados obtenidos en la parte A. La Parte B consiste de 13 puntos con oraciones incompletas, diseñadas para indicar que grado de propósitos en la vida experimenta un individuo. La parte C es un párrafo biográfico en el cual el evaluado debe describir en detalle sus propósitos, ambiciones, metas en su vida y ¿cuánto progreso está haciendo en su ejecución?

El PIL como instrumento tiene dos funciones básicas. Detectar la existencia del vacío existencial y usarlo como instrumento de investigación, para medir el grado en qué ha desarrollado una persona, la percepción del sentido de su vida.

El instrumento consta de tres partes. La primera parte, utilizada en el presente estudio, consta de 20 reactivos tipo Likert (escala de 1 a 7), distribuidos en cinco áreas:

- 1) Significado de Vida, que evalúa la presencia de un propósito o misión en la vida;
- 2) Satisfacción por la Vida Propia, que da cuenta de la percepción de la vida como “aburrida” “rutinaria” “excitante” o “dolorosa”;
- 3) Libertad, se refiere a la autovaloración en cuanto a la libertad y la responsabilidad personales;
- 4) Miedo a la Muerte relacionado con la preparación para la muerte y el temor a morir:
- 5) La Valoración de la Vida, que explora si la persona considera que su vida merece la pena.

El objetivo del test es detectar si la persona experimenta dicho vacío existencial. Las puntuaciones que se obtienen del PIL indican la presencia o carencia de sentido de la vida. La puntuación mínima del test es de 20 puntos y la máxima de 140 puntos. De acuerdo a los baremos utilizados por los autores, una puntuación inferior a 90 indica falta de un claro sentido de vida, una puntuación entre 90 y 105 se establece como zona de indefinición sobre el sentido de vida y una puntuación arriba de 105 indica presencia de metas y sentido de vida. La mayoría de los sujetos responden al test en 10 o 15 minutos.

Según Guttman (1996), alcanza un alto coeficiente de fiabilidad (0.84), y ha sido baremado para la población española, habiendo sido probada su consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.88 (Noblejas, 1994, 2000). Se ha utilizado la Parte A del PIL, una escala de 20 ítems cuya puntuación se lleva a cabo con base en una escala tipo Lickert (de uno a siete para cada ítem), y se suman los valores numéricos que el sujeto selecciona.

5. Optimismo. (Escala reducida del Life Orientation Test, LOT-R)

Para medir el Optimismo se ha utilizado el test de Optimismo Disposicional Life Orientation Test (LOT-R) de Scheier y Carver (1985). De las diferentes aproximaciones al concepto de optimismo, estos autores toman como punto de partida

un modelo de autorregulación de conducta. Brevemente, la parte relevante de este modelo asume que, cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, en tanto que las expectativas desfavorables reducen tales esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse totalmente de la tarea.

Dentro de este modelo, el optimismo y el pesimismo serían considerados como expectativas generalizadas (favorables y desfavorables respectivamente) acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Tales expectativas se consideran además como disposiciones estables (es decir, rasgos). De aquí que Scheier y Carver hablen de optimismo disposicional.

Consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos. 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional en tanto que los otros 4 ítems son «de relleno» y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo). Los ítems redactados en sentido negativo se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo.

La adaptación al castellano del LOT-R (Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro; 1998) contiene una escala likert con 5 posibilidades respuesta: A. Nunca; B. Pocas veces; C: Algunas veces; D: La mayoría de las veces; E: Siempre.

Desde un punto de vista sustantivo, los presentes resultados sugieren que el LOT-R en su versión española tiene un comportamiento psicométrico bastante aceptable. La escala tiene una estructura clara con dos dimensiones parcialmente independientes. Todos los ítems tienen un aceptable poder discriminativo y, en conjunto, ambas subescalas miden con razonable precisión en un rango bastante amplio de niveles del rasgo. Por último, los coeficientes de validez con respecto a una serie de medidas relevantes son bastante elevados con relación a lo que se puede esperar. En conjunto cabe destacar que las propiedades de la versión adaptada son muy similares a las del test original.

6. Implicación (Subescala de Personalidad Resistente, CPR)

Para medir la implicación se ha utilizado la Subescala de Implicación de la Escala de Personalidad Resistente (CPR) elaborado a partir del *Personal View Survey* (Kobasa, 1982) adaptada por Moreno, Garrosa y González (2000). El objeto de esta escala es medir la personalidad resistente (hardiness) como variable personal que modula la relación entre el estrés y sus consecuencias. La personalidad resistente queda operativizada en tres dimensiones: compromiso, reto y control, que se miden a través de 17 ítems cuya puntuación sigue una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Además, también es posible obtener una medida o índice global de personalidad resistente a partir de la media de las tres dimensiones que componen el constructo. La escala mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,85$) para la puntuación global de personalidad resistente según el estudio de validación realizado por Moreno et al. (2000a). Los coeficientes para cada uno de los tres factores fueron de 0,72 para los factores de compromiso; 0,65 para el factor de control; y 0,62 para el reto. Escala WAS de

7. Benevolencia (Escala reducida de la Escala del WAS)

Para medir la benevolencia se ha utilizado la Escala de las creencias básicas sobre el mundo en general, el mundo social y la propia persona, las cuales son subyacentes a un buen ajuste psicológico. Este instrumento, creado por Janoff-Bulman (1989), cuenta con 32 ítems medidos en escala tipo Lickert que puntúan entre 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), con los cuales se busca capturar las tres dimensiones centrales de las creencias básicas: a) Valía Personal (VP), la cual evalúa en tres subescalas la auto percepción global de la persona, su percepción de dominio del entorno y la importancia que le asigna a la suerte en su vida; b) Mundo con Sentido (MS), la cual evalúa la creencia sobre el cómo se distribuyen los eventos de la vida y su significado, medido en tres subescalas sobre la percepción de justicia en el mundo, la controlabilidad de éste y la importancia del azar en los eventos de la vida; c) Benevolencia (B), la cual evalúa en dos subescalas la percepción de bondad en el mundo impersonal -o en general - y la bondad de la gente en particular.

Janoff-Bulman reportó niveles de confiabilidad para estas dimensiones de 0,81 a 0,87. Los alfa presentados en otros estudios van de 0,63 a 0,84 en distintas poblaciones españolas (Arnosó, et al, 2011, p. 22, 23, 26, 27).

8. Religiosidad (*Versión reducida del Inventario de ISC*).

Para medir la religiosidad se ha utilizado el Inventario de Creencias de Almanza et al SBI desarrollado originalmente por Holland et al. (1998). Se cuenta con la versión para México (Inventario de Sistemas de Creencias/ ISC) desarrollada por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland (2000). Mide las prácticas y creencias religiosas y espirituales al igual que el soporte social derivado de ellas. Aunque es una escala originalmente diseñada para pacientes oncológicos se puede aplicar a personas con otro tipo de enfermedades.

Compuesto por 15 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 (muy en desacuerdo) a 3 puntos (muy de acuerdo). Comprende dos factores: el factor I mide creencias y prácticas religiosas y espirituales (CPRE) con 10 ítems; y el factor II mide el apoyo social religioso, derivado de la comunidad que comparte esas creencias (SSR) con 5 ítems. A mayor puntuación mejor convicción de las creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso.

La escala mostró una adecuada consistencia interna en las subescalas de Creencias y prácticas religiosas y espirituales obtuvo un alfa de Crombach de 0,861; en la de Apoyo social religioso de 0,858 y en el SBI-15R 0,887.

9. Proactividad (*Escala de Proactividad*).

Un enfermo proactivo tiene la cualidad positiva de anticiparse a la acción, sin necesidad de una orden, sino haciendo uso de su libertad de decisión. Pero ¿es suficiente con esto?

Frankl (1946) popularizaron la proactividad y le dio un enfoque personal, aportó su vivencia como neurólogo y psiquiatra austriaco que sobrevivió a los campos

de concentración nazis, en su libro **Man's Search for Meaning** (El hombre en busca de sentido, 1946).

Cuando una persona con cáncer es proactiva, según entiende dicho término Frankl (1946), superará las adversidades relacionadas con su vivencia de la enfermedad y tendrá una alta probabilidad de superación en el ámbito personal, puesto que es una forma de afrontar y sentir la propia historia de vida.

Schwarzer (1997) defiende que el comportamiento proactivo es la creencia de la persona en su potencial para mejorarse a sí misma, su situación y a su entorno. Aquellos que se rigen por este comportamiento anticipan o detectan estresores potenciales y por lo tanto actúan para prevenirlos. Basándonos en el concepto trabajado por Schwarzer (1997) los enfermos que se consideran eficaces, que piensan que pueden controlar la situación y solucionar sus problemas, tienen más facilidad para emprender la acción y lograr alcanzar un resultado exitoso. La propia concepción que la persona con cáncer tiene de sí mismo influye en su futura acción. Por lo tanto, la proactividad está estrechamente relacionada con la sensación de control y de autoeficacia.

Tanto para Bateman (1999) como para Crant (1993) la proactividad supone darle un lugar prioritario a la creación de cambio. No es suficiente con prever el cambio o anticiparlo, es necesaria la acción y la actividad. Según estos autores ser un estudiante proactivo no consiste únicamente en ser flexibles y adaptarse a lo que nos depara el futuro, sino que es preciso tomar la iniciativa y por lo tanto actuar.

Basándonos en Bateman (1999) y Crant (1993) el enfermo de cáncer que mucho dice y poco hace no es proactivo, esta misma perspectiva es aplicable al

ámbito profesional, de hecho, ambos autores han publicado distintos trabajos de investigación en los que analizan el comportamiento proactivo y lo relacionan con varias medidas de logro, rendimiento, liderazgo, y resultados de carrera.

En el trabajo realizado por (Wanberg y Kammeyer-Mueller, 2000) “predictors and outcomes of proactivity in the socialization process” se analiza la importancia del comportamiento proactivo en el proceso de socialización dentro de las organizaciones o entidades empresariales; la relación entre el comportamiento proactivo y la capacidad para convertirse en líder en el futuro, (Bateman y Crant, 1999) o la mayor facilidad de las personas proactivas para conseguir logros profesionales por su capacidad para influir sobre las decisiones importantes que se toman para progresar y/o promocionar dentro de una organización. (Bell y Staw, 1989).

Si entendemos la proactividad como una actitud en la que el sujeto asume el pleno control de su conducta vital de modo activo, esto implica que la toma de iniciativa en el desarrollo de acciones tiene como propósito la superación y el aprendizaje.

Dos enfermos que son tratados en el mismo Hospital de Día Médico, con el mismo diagnóstico, mismo estadio, mismo tiempo desde el diagnóstico, que tienen el mismo grupo de profesionales de salud en su atención; pueden ser personas que afrontan la enfermedad de maneras muy diferentes. Un paciente cuestiona la manera habitual de trabajar si no obtiene los resultados deseados, emprende constantemente nuevas acciones y genera cambios constructivos en su entorno. El otro, se conforma con su situación actual y no hace nada para cambiar lo que no funciona. El primero se comporta de forma proactiva, y el segundo, lo hace de forma reactiva. Existen

técnicas de prospección del futuro que se basan en el método de Racionalismo Crítico propuesto por el científico Popper (1994) y en ellas se valora la generación de ideas individuales y grupales, la búsqueda de oportunidades y el partir de hipótesis audaces.

Ante un estímulo pueden sucederse múltiples respuestas, la persona es la que selecciona una u otra haciendo uso de su libertad de decisión y de acción. Se recomienda en muchos casos dejar un espacio entre estímulo y respuesta para evitar respuestas involuntarias e indeseables fruto de reacciones impulsivas. Ante la misma situación y partiendo del mismo estímulo, un universitario puede seleccionar una respuesta mientras el otro opta por otra totalmente opuesta. Es imprescindible saber que toda respuesta tiene una consecuencia y que por lo tanto se debe de estar dispuesto a asumir la consecuencia de toda reacción elegida. La proactividad incluye el conocimiento de dicha consecuencia mientras que las personas reactivas se limitan meramente a reaccionar ante un estímulo cuando es necesario hacerlo. Cada estudiante universitario es responsable de gestionar su carrera de uno u otro modo, pero el resultado final se verá influenciado por la actitud con la que se enfrente a un entorno que le rodea.

Independientemente de que este apartado se centre en la proactividad en pacientes con cáncer, no conviene etiquetar a grupos y olvidar que cada persona es única independiente de a qué grupo o grupos pertenece. Por consiguiente, la proactividad va unida intrínsecamente a la persona en todos y cada uno de los roles que representa en la vida y no a uno de los grupos a los que pertenece ni a etiquetas superfluas. Si una persona es proactiva lo será como paciente, estudiante, como trabajador y como persona.

Se introduce esta escala ad hoc puesto que no se ha encontrado una adecuada que mida dicho concepto. Con la introducción de esta escala se ha querido insistir en el desarrollo de conductas y actitudes de aproximación ante los problemas de la propia enfermedad, sus desarrollos y alternativas. El término proactividad se refiere básicamente a la conducta consciente, activa e implicada del sujeto en su propia enfermedad, reconociéndola y asumiéndola como un momento y estado de su desarrollo personal, lo que supone aceptar y manejar las limitaciones y restricciones que comporta. En este sentido, la variable supone una reevaluación positiva de su situación actual, tal como describe Espantoso, (2007) y se asocia con las conductas, emociones y cogniciones relacionadas con la calidad de vida percibida por el paciente (Copari et al. 2014). En este sentido, la variable introducida tiene la función de hacer explícita la conducta anticipatoria y positiva ante los mismos hechos de su enfermedad, opuesta a la pasividad y a la resignación,

Habiendo sido elaborada a partir de la selección de verbatings de las personas de la asociación AEAL (Asociación Linfoma, Mieloma y Leucemia; 2009) del libro “A través de la ventana” en el cual se recogen los testimonios de diferentes personas que aportan como resultado de su experiencia en el padecimiento de la enfermedad las frases que pueden definir esa naturaleza proactiva mediante la elección de los hábitos, conductas y sentimientos que mejor les han servido en la lucha activa contra la enfermedad.

Está compuesta por 6 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 1 a 5; siendo las respuestas: muy poco o nada, un poco, moderadamente, bastante y mucho.

Situándose los valores de alfa de Crombach por encima del 0.70 recomendado en el estudio: 0.84 en la primera toma y 0.81 en el longitudinal.

10. Esperanza emocional (Escala de Esperanza emocional)

Para medir la Esperanza emocional se ha utilizado una Escala creada *ad hoc* para el estudio. Se trata de otra escala confeccionada para el estudio con el fin de

adaptar a la muestra española el concepto de esperanza más acorde con la misma, ya que el concepto de Snyder se adapta mejor a una muestra anglosajona y al concepto “protestante” de esperanza. Añadiendo al concepto de Snyder, previamente descrito, la esperanza como una disposición emocional optimista del futuro a pesar de las perspectivas adversas, racionales y lógicas, que la situación, y en este caso la enfermedad, conlleva. En este sentido, la esperanza emocional supone una actitud y una vivencia de confianza en el futuro no obstante los indicadores objetivos en su contra.

Está compuesta por 6 items con un sistema de respuesta tipo likert que va de 1 a 5; siendo las respuestas: muy poco o nada, un poco, moderadamente, bastante y mucho. Situándose los valores de alfa de Crombach por encima del 0.70 recomendado en el estudio: 0.87 en la primera toma y 0.77 en el longitudinal.

11. Ansiedad estado (Versión reducida de la Escala de STAIC).

Para medir la Ansiedad se ha utilizado el Inventario de Ansiedad Estado (STAI) (Spielberber et al., 1970) consta de 40 ítems tipo Likert de 3 puntos de rango, variando de 0 (nada) a 3 (mucho). La mitad de los ítems miden estado de ansiedad (último mes) (STAI-S) y la otra mitad rasgo de ansiedad o neuroticismo (STAI-T). Presenta una estructura tetradimensional. El primer factor se define como presencia del estado de ansiedad (nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad), el segundo como ausencia del estado de ansiedad (activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismo), el tercero como presencia del rasgo de ansiedad (melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad) y el cuarto ausencia del rasgo de ansiedad (estabilidad y ausencia de cambios de humor). Tiene una consistencia interna por la fórmula KR-20 de 0.83 a 0.92 (Spielberger et al., 1970). Se emplea la adaptación a población española de Seisdedos, 1990.

LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION

La recogida de información para el presente estudio se ha realizado a través de la administración de un Cuestionario de Recogida de Datos (CRD) integrado por varios instrumentos dirigidos a la evaluación de las variables consideradas en el

estudio (véase tabla 6.1). Junto a ellos se ha incluido un cuestionario de información general con el fin de recopilar los datos relativos a aspectos sociodemográficos. Las variables clínicas han sido recogidas de la Historia por medio de la aplicación informática Selene. A continuación, en la tabla se expone un esquema de las características de cada uno de los instrumentos utilizados en esta tesis, así como los datos en relación con sus propiedades psicométricas.

Tabla 2.5. Instrumentos de evaluación

<i>Variable</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Autor</i>	<i>Ítems</i>
Calidad de Vida	Versión reducida del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30	Aaronson et al, 1988; Adaptada por Toledo et al, 199.	30 ítems. Escala de 1 a 4.
Ajuste mental al cáncer	Versión reducida de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer MAC-R	Watson, 1988; Adaptada por Ferrero, 1994	40 ítems. Escala de 1 a 4.
Recursos			
Externos			
Apoyo Social	Versión reducida de la Escala de Apoyo Social MOS-SS	Sherbourne and Stewart, 1991; Adaptada por Costa 2008	20 ítems. Escala de 1 a 5.
Personales			
Afectividad	Versión reducida de los ítems positivos de la Escala de afecto positivo y negativo PANAS	Watson et al., 1988; Adaptada por Sandín, 1999	10 ítems. Escala de 1 a 5.
Esperanza proactiva	Versión reducida de la Escala de Disposición a la Esperanza en Adultos ADHS	Snyder et al. 1991; Adaptada por Flores 2013	12 ítems.
Significado vital	Versión reducida del Test de Propósitos en la Vida PIL	Crumbaugh, 1969; Adaptada por Noblejas, 1994	20 ítems Escala de 1 a 7.
Optimismo	Escala reducida del Test de Optimismo Life Orientation Test (LOT-R)	Carver y Scheier, 1985; Adaptada por Otero et al., 1998	10 ítems. Escala de 1 a 5.
Implicación	Subescala de implicación de la Escala de Personalidad Resistente (CPR) / PVS	Kobasa, 1982; Moreno, Garrosa y González , 2000	17 ítems Escala de 0 a 3.
Benevolencia	Versión reducida del World Assumptions Scale (WAS)	Janoff-Bulman, 1989; Adaptada por Arnosó et al., 2011.	35 ítems Escala de 1 a 5.
Creencias religiosas y espiritualidad	Versión reducida del Inventario de Sistemas de Creencias/ ISC	Holland et al.,1998; Adaptada por Almanza y cols., 1999	30 ítems. Escala de 0 a 3.
Proactividad	Escala de Proactividad	Creada ad hoc para el estudio	6 ítems. Escala de 0 a 3.
Esperanza emocional	Escala de esperanza emocional	Creada ad hoc para el estudio	6 ítems. Escala de 0 a 3.
Consecuencias			
Sobre la Salud Mental			
Ansiedad estado	Versión reducida de la Escala de Ansiedad estado STAIC	Spielberg, 1971; Adaptada por Seisdedos, 1990.	20 ítems. Escala de 0 a 3.
Depresión estado	Versión reducida de la escala de Depresión Estado BDI-II	Beck et al, 1974; Adaptada por Sanz, 2005	21 ítems Escala de 0 a 10.
Sobre la Salud Física			
Sintomatología	Versión reducida de la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton	Edmonton, ; Adaptación de Carvajal et al., 2011	10 ítems. Escala de 0 a 10.
Otras variables			
Sociodemográficas			
	Cuestionario de Información General	Ad hoc para este estudio	

PROCEDIMIENTO

Los pasos seguidos para la realización de la presente investigación han sido:

Revisión bibliográfica sobre el cáncer, las variables psicológicas, así como de variables personales que pueden intervenir en este proceso (Bases de datos Academic Search Premier, Medline, PsychInfo, PsycARTICLES, etc.) Selección de variables sociodemográficas y características clínicas (pruebas radiológicas y de laboratorio que fundamentan el tratamiento y evolución de la enfermedad) de relevancia para el estudio.

Selección de los diferentes cuestionarios que constituirían el protocolo de aplicación. Es de destacar la inclusión de variables personales (esperanza psicológica y proactividad), elegidas explícitamente desde una adecuación a la muestra en el primer caso por añadir el concepto de esperanza más imbuido en nuestra cultura y en el segundo al ser elaborado directamente de unos testimonios de personas que han vivido la experiencia del padecimiento de la enfermedad del cáncer. Creación de los nuevos cuestionarios ad hoc.

Aplicación del protocolo a una muestra piloto de 20 personas en tratamiento con quimioterapia en el Hospital de Día Médico del HUIC. A partir de los resultados obtenidos, se realizaron los ajustes pertinentes en la batería de escalas hasta dejar el formato definitivo.

Aprobación del estudio por parte del Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe; documento en Anexo 4.

Aplicación del protocolo de evaluación, el cual fue entregado en mano a cada participante (con el fin de conservar el anonimato y confidencialidad), junto con el consentimiento informado que debían firmar en caso de participar en el estudio.

Recogida de los cuestionarios al acabar los mismos en la sala de espera; así como la entrega del mismo cuestionario para su cumplimentación en el intervalo de 2 a 3 meses para el estudio longitudinal.

Elaboración de la base de datos y análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS 17.

Informe final.

Capítulo 3. Resultados

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

1. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS: DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE ESPERANZA EMOCIONAL Y PROACTIVIDAD.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos con los instrumentos de evaluación utilizados a lo largo de la tesis. Se han seguido dos procedimientos. Para los instrumentos desarrollados explícitamente para el desarrollo de la tesis se ha procedido inicialmente a la comprobación de su estructura y validez factorial para pasar inmediatamente a su validez de constructo en relación con otros instrumentos utilizados en la tesis. Para el resto de instrumentos se ha procedido exclusivamente a exponer su configuración interna mediante el análisis de su fiabilidad, posteriormente se ha completado este análisis con la exposición de los datos correlacionales que muestran su validez de constructo convergente con otros instrumentos usados en la misma tesis.

De las escalas utilizadas en el presente estudio, se decidió hacer la validación factorial de dos de ellas (Escala de Esperanza Emocional y Escala de Proactividad), al ser instrumentos creados *ad hoc* para la presente investigación. No se realizó este procedimiento con las demás escalas ya que están suficientemente validadas en las versiones utilizadas y, frecuentemente, con diferentes poblaciones.

Para la validación de las escalas de Esperanza Emocional y Proactividad, se realizó el análisis factorial exploratorio ya que el tamaño de la muestra no es suficiente para la realización del análisis factorial confirmatorio de la estructura factorial.

Escala de Proactividad

1.1. Análisis factorial exploratorio

Previo al análisis, se exploró la adecuación psicométrica de los ítems. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems eran dependientes ($p < .001$), mientras que el índice de adecuación de la muestra de Kayser-Meyer-Olkin se encontraba por encima del 0.80 satisfactorio ($KMO = .86$). Por tanto, los datos mostraron una buena adecuación muestral y una adecuada correlación entre los ítems, indicando que son idóneos para la aplicación del análisis factorial.

Tabla 3.1. KMO y prueba de Bartlett de la escala de Proactividad

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.86
Prueba de esfericidad de Bartlett	Sig.	.00

Se utilizó el método de máxima verosimilitud y, dada la naturaleza relacionada de los ítems, se aplicó una rotación oblimin directo con el programa estadístico SPSS 17.0. Para la extracción del número de factores se aplicó el criterio de Kaiser (autovalor superior a la unidad) y para asignar los ítems a los factores se consideraron las cargas factoriales iguales o mayores que 0.80. El gráfico del Screen test de Catell o gráfico de sedimentación mostró claramente una estructura del test compuesta por un solo factor (proactividad 1), que explicaría más de la mitad (58%) de la varianza total. Al ser extraído un solo componente la matriz no pudo ser rotada. Aparece un solo factor con autovalor inicial superior a 1 y con una varianza del (58%).

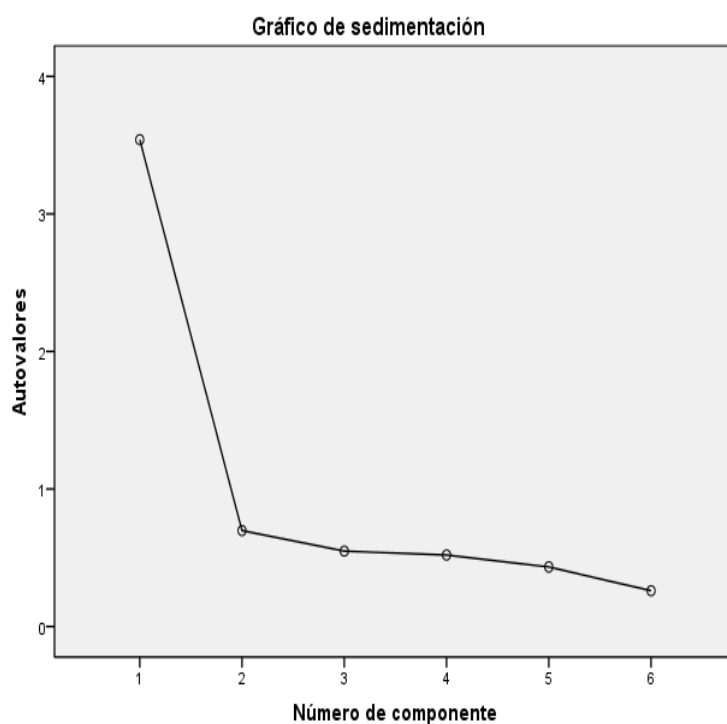


Figura 3.1. Gráfico de sedimentación de la escala de Proactividad

1.2. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=24.06$, $SD=4.98$ en la primera toma; y $M=24.21$, $SD=4.09$ en el estudio longitudinal. Situándose los valores de alfa de Cronbach por encima del 0.70 recomendado: En el estudio en: 0.84 en la primera toma y 0.81 en el longitudinal (Nunnally y Bernstein, 1994).

Tabla 3.2. Análisis de fiabilidad de la escala de proactividad

Estadísticos elementos / total de elementos	M	SD	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Vivo cada día con la mayor energía posible, como si fuera el último día	3,23	1,23	,60
Me he acostumbrado a vivir con la enfermedad, estar entretenido, ocupado, dedicándome a los míos	3,75	1,19	,63
Tengo muchos motivos para luchar y dejarme la piel en el empeño de curar mi enfermedad	4,44	,96	,50
En cuanto aflojan las secuelas de la quimioterapia, cojo fuerzas y vivo a tope hasta el próximo ciclo	4,00	1,08	,74
Ocuparme en ser feliz entre los ciclos me sirve para recordarlo cuando sufro los efectos secundarios y las recaídas	3,86	1,21	,74
Mantenerme activo, no solo en el trabajo, me ayuda a evitar los pensamientos negativos con respecto a la enfermedad.	4,07	1,13	,66

1.3.Validez de constructo

La validez de constructo se ha estudiado mediante análisis de correlación entre la escala y otros constructos con los que se encuentran relacionadas teóricamente. En la 3.3., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de proactividad se relaciona significativa y negativamente con depresión; y positivamente con afecto positivo, esperanza proactiva, implicación y ajuste mental al cáncer. Las correlaciones más significativas se observan entre proactividad y ajuste mental al cáncer ($r= .77, p< .01$) y entre proactividad y depresión ($r= -.65, p< .01$). Los datos parecen indicar una validez psicométrica suficiente para ser utilizada en la totalidad de la tesis.

Tabla 3.3. Correlaciones de Pearson entre Proactividad y otros constructos

	Depresión	CV global	Esperanza proactiva	Implicación	Ajuste mental cáncer
Proactividad	-,65**	,53**	,64**	,55**	,77**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Escala de Esperanza Emocional

Previo al análisis, se explora la adecuación psicométrica de los ítems. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems eran dependientes ($p < .001$), mientras que el índice de adecuación de la muestra de *Kayser-Meyer-Olkin* se encontraba por encima del 0.80 satisfactorio ($KMO = .86$). Por tanto, los datos mostraron una buena adecuación muestral y una adecuada correlación entre los ítems, indicando que son idóneos para la aplicación del análisis factorial (ver tabla 3.4.).

Tabla 3.4. KMO y prueba de Bartlett de la escala de Esperanza Emocional

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.			,86
Prueba de esfericidad Bartlett	Sig.		,000

Se utilizó el método de máxima verosimilitud y, dada la naturaleza relacionada de los ítems, se aplicó una rotación oblimin directo con el programa estadístico SPSS 17.0. Para la extracción del número de factores se aplicó el criterio de Kaiser (autovalor superior a la unidad) y para asignar los ítems a los factores se consideraron las cargas factoriales iguales o mayores que 0.40. El gráfico del Screen test de Catell o gráfico de sedimentación mostró claramente una estructura del test compuesta por un solo ítem (esperanza 1), que explicaría casi dos tercios (65%) de la varianza total (ver tabla 3.5.). Al ser extraído un solo componente la matriz no pudo ser rotada.

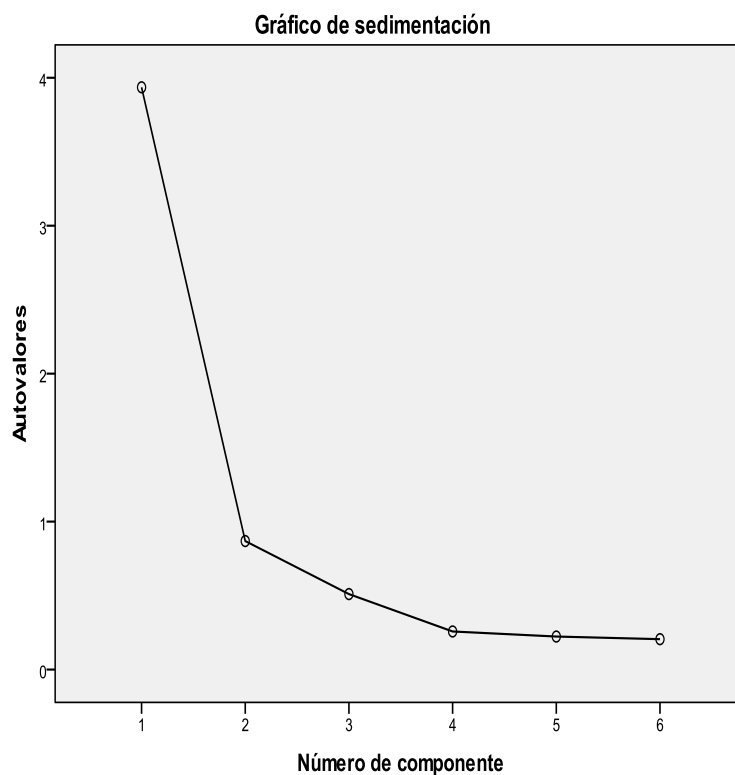


Figura 3.3. Gráfico de sedimentación de la escala de Esperanza Emocional

2.1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=23.33$, $SD=5.27$ en la primera toma; y $M=24$, $SD=4.50$ en el estudio longitudinal. Situándose los valores de alfa de Cronbach por encima del 0.70 recomendado en el estudio: 0.87 en la primera toma y 0.77 en el longitudinal (Nunnally y Bernstein, 1994).

Tabla 3.5. Análisis de fiabilidad de la escala de esperanza emocional

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Espero que mis problemas se solucionen, aunque mi capacidad de acción es pequeña	3,53	1,29	,91
Mantengo la ilusión de que mis problemas importantes vayan a mejor	4,09	1,08	,83
A pesar de que los indicadores reales no son buenos creo que al final todo irá bien	4,08	,93	,83
Mis dificultades actuales son graves pero espero que las cosas van a cambiar en el futuro	4,09	,98	,82
Mantengo la ilusión y la esperanza en el futuro aunque lo que me dicen no es bueno	4,04	,97	,84
Mis emociones de que el futuro será mucho mejor que ahora son muy grandes	4,02	1,11	,83

2.2. Validez de constructo

La validez de constructo se ha estudiado mediante análisis de correlación entre la escala y otros constructos con los que se encuentran relacionadas teóricamente. En la tabla 3.6., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de esperanza emocional se relaciona significativa y negativamente con depresión y ansiedad; y positivamente con afecto positivo, esperanza proactiva, implicación y ajuste mental al cáncer. Las correlaciones más significativas se observan entre esperanza emocional y ajuste mental al cáncer ($r = .77, p < .01$); y entre esperanza emocional y depresión ($r = -.65, p < .01$). Los datos sugieren una validez psicométrica suficiente para ser utilizada en la totalidad del estudio.

Tabla 3.6. Correlaciones de Pearson entre esperanza emocional y otros constructos

	Ansiedad	Depresión	Afecto positivo	Esperanza proactiva	Implicación	Ajuste mental cáncer
Esperanza emocional	-,41**	-,65**	,43**	,64**	,55**	,77**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

2. FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS

Escala de Ansiedad Estado

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=13.38$, $SD=4.15$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.76. Se eliminan los ítems 1,3 y 5 utilizados en el estudio por no tener una consistencia suficiente.

Tabla 3.7. Análisis de fiabilidad de la escala ansiedad estado

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Tengo miedo	3,43	1,30	,72
Me siento molesto	3,31	1,33	,79
Me encuentro confuso	3,37	1,37	,67
Me siento angustiado	3,27	1,41	,61

2. Análisis correlacional

Aunque posteriormente se procede a establecer de forma completa la matriz correlacional de las variables utilizadas en el estudio, a fin de obtener un mejor

conocimiento de las asociaciones establecidas, se ha procedido a realizar un análisis correlacional con algunas de las variables utilizadas teóricamente relacionadas. De esta forma se obtiene mayor claridad del sistema de relaciones entre las variables y se confirman las relaciones teóricas inicialmente establecidas.

En la tabla 3.8., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de ansiedad estado se relaciona significativa y positivamente con depresión; siendo ($r=.48$, $p < .01$); y negativamente con afecto positivo, esperanza proactiva, ajuste mental al cáncer y proactividad. Las correlaciones más significativas se observan entre ansiedad y proactividad ($r = -.41$, $p < .01$) y entre ansiedad y ajuste mental al cáncer ($r = -.39$, $p < .01$).

Tabla 3.8. Correlaciones de Pearson entre Ansiedad y otros constructos

	Depresión	Afectividad positiva	Esperanza proactiva	Ajuste mental cáncer	Proactividad
Ansiedad	.48**	-.29**	-.31**	-.39**	-.41**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Depresión Estado

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N = 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=8.26$, $SD=3.05$. Situándose los valores de alfa de Cronbach en el estudio en 0.79.

Tabla 3.9. Análisis de fiabilidad de la escala depresión estado

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se
			elimina el elemento
Me siento tan triste y desdichado que no puedo soportarlo	1,46	,70	,74
Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar	1,68	,95	,80
Siento que como persona soy un fracaso completo	1,14	,47	,70
He perdido todo interés en los demás	1,19	,54	,73
Ya no puedo tomar ninguna decisión	1,35	,77	,76
Creo que me veo horrible	1,43	,77	,77

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.10., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de depresión estado se relaciona significativa y negativamente con afectividad positiva, esperanza proactiva, implicación, ajuste mental al cáncer, benevolencia, proactividad, y esperanza emocional; y positivamente con sintomatología física, ansiedad y disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre depresión y ajuste mental al cáncer ($r = -.69, p < .01$); entre depresión y proactividad ($r = -.65, p < .01$); y depresión y esperanza proactiva ($r = -.60, p < .01$).

Tabla 3.10. Correlaciones de Pearson entre Depresión y otros constructos

	Ansiedad	Disfuncionalidad	Esperanza proactiva	Ajuste mental cáncer	Proactividad	CV global
Depresión	,48**	-,53**	-,60**	-,69**	-,65**	-,47**

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Afectividad positiva

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=18.61$, $SD=5.09$. Situándose los valores de alfa de Cronbach en el estudio en un 0.78.

Tabla 3.11. Análisis de fiabilidad de la escala de afectividad positiva

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Me siento motivado	3,4038	1,08403	,740
Me siento orgulloso	2,8137	1,41236	,754
Me siento activo	3,2500	1,22870	,743
Me siento firme	3,3591	1,19753	,721
Me siento alerta	2,9519	1,24931	,803
Me siento inspirado	2,8333	1,17484	,724

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.12., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de afectividad positiva se relaciona significativa y negativamente con sintomatología física y depresión, también negativa y no esperada con calidad de vida global; y positivamente con esperanza proactiva, apoyo social, implicación, ajuste mental al cáncer, benevolencia, proactividad y esperanza emocional. Las correlaciones más significativas se observan entre afectividad positiva y sintomatología física ($r= -.67$, $p< .01$) y afectividad positiva y CV global ($r= .57$, $p< .01$).

Tabla 3.12. Correlaciones de Pearson entre Afectividad positiva y otros constructos

	Depresión	Esperanza proactiva	CV global	Ajuste mental cáncer	Proactividad	Sintomatología
Afectividad positiva	-,51**	,45**	,57**	,45**	,43**	-,67**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Afectividad negativa

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=20.20$, $SD=8.63$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.94.

Tabla 3.13. Análisis de fiabilidad de la escala de Afectividad negativa

Estadísticos elementos / total de elementos			Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
	M	SD	
Me siento molesto	3,24	1,41	,94
Me siento agresivo	3,25	1,72	,92
Me siento avergonzado	3,55	1,75	,92
Me siento culpable	3,55	1,78	,92
Me siento irritable	3,25	1,51	,92
Me siento inseguro	3,34	1,58	,93

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.14., los análisis de correlación indican, que la escala de afectividad negativa se relaciona significativa y negativamente con ansiedad, no esperada; y negativamente esperada con religiosidad, disfuncionalidad. El hecho de la correlación negativa con la ansiedad puede deberse al hecho de que ésta esté definida por conductas de miedo y paralización, por tanto, a la paralización de la conducta; mientras que los ítems de la escala de afectividad negativa incluyen agresividad y culpabilidad, que serían emociones activas con valencia negativa. La correlación más significativa se observa entre afectividad negativa y sintomatología física ($r=-.45, p<.01$).

Tabla 3.14. Correlaciones de Pearson entre Afectividad negativa y otros constructos

	Ansiedad	Religiosidad	Sintomatología	Disfuncionalidad
Afectividad negativa	-,22*	-,25*	,45**	-,20*

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Esperanza Proactiva

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=19.75$ y $SD=5.62$. Situándose el valor de alfa en el estudio en 0.88.

Tabla 3.15. Análisis de fiabilidad de la escala Esperanza proactiva

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina elemento
Si me encontrara en un problema, podría pensar muchas maneras de resolverlo	3,56	1,11	,87
En el presente, estoy persiguiendo enérgicamente mis metas	3,46	1,20	,85
Hay muchas maneras de enfrentar cualquier problema que me afecte	3,64	1,06	,86
Ahora mismo, me veo “pleno”	2,90	1,24	,87
Puedo pensar en muchas maneras de conseguir mis metas actuales	3,26	1,15	,85
En este momento, estoy consiguiendo metas que me había propuesto	2,91	1,23	,87

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.16., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de esperanza proactiva se relaciona significativa y negativamente con sintomatología física y depresión; y positivamente con afectividad positiva, apoyo social, optimismo, implicación, ajuste mental al cáncer, benevolencia, proactividad y esperanza emocional. Las correlaciones más significativas se observan entre proactividad y ajuste mental al cáncer ($r = .64, p < .01$); entre esperanza proactiva y proactividad ($r = .64, p < .01$); esperanza proactiva y esperanza emocional ($r = .62, p < .01$) y esperanza proactiva y depresión ($r = -.60, p < .01$).

Tabla 3.16. Correlaciones de Pearson entre Esperanza proactiva y otros constructos

	Depresión	CV global	Implicación	Ajuste mental cáncer	Proactividad	Esperanza emocional
Esperanza proactiva	-,60**	,60**	,48**	,64**	,64**	,62**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Apoyo Social

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=21.46$, $SD=7.07$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.94.

Tabla 3.17. Análisis de fiabilidad de la escala de Apoyo social

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina elemento
Dispongo de ayuda cuando necesito hablar	3,63	1,44	,93
Dispongo de ayuda cuando tengo problemas	3,75	1,29	,92
Dispongo de ayuda para entender una situación	3,72	1,25	,93
Dispongo de ayuda para hablar de mí mismo y de mis preocupaciones	3,61	1,32	,92
Dispongo de ayuda para relajarme	3,37	1,33	,92
Dispongo de ayuda para divertirme	3,37	1,40	,93

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.18., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de apoyo social se relaciona significativa y positivamente con afectividad positiva y esperanza proactiva. Las correlaciones más significativas se observan entre apoyo social y afectividad positiva ($r=.25p< .05$); y apoyo social y esperanza proactiva ($r= .25, p< .05$).

Tabla 3.18. Correlaciones de Pearson entre Apoyo social y otros constructos

	Afectividad positiva	Esperanza Proactiva	Disfuncionalidad	CV global
Apoyo social	,25*	,25*	-,23**	,24*

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Significado Vital

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=22.28$, $SD=6.02$. Situándose el valor de alfa en el estudio en 0.7.

Tabla 3.19. Análisis de fiabilidad de la escala de Significado vital

Estadísticos elementos / total de elementos	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Tengo unas metas y objetivos muy claros	4,57	1,83	,50
Cada día es exactamente igual al anterior (I)	3,91	1,90	,59
En cuanto a la libertad que tiene la persona de elegir, creo que la persona está totalmente presa de las limitaciones (I)	4,34	2,01	,52
Considero que mi capacidad de encontrar un sentido, propósito, o misión en la vida es muy grande	4,93	1,56	,57
Yo no he descubierto ninguna misión o propósito en la vida (I)	4,51	2,34	,48
Items invertidos			

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.20., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de significado vital se relaciona significativa y positivamente con esperanza emocional, ajuste mental al cáncer y proactividad; y negativamente con sintomatología

física y afectividad negativa. Las correlaciones más significativas se observan entre significado vital y esperanza emocional ($r = .34, p < .01$); y significado vital y sintomatología ($r = -.22, p < .05$).

Tabla 3.20. Correlaciones de Pearson entre Significado vital y otros constructos

	Ajuste mental cáncer	Proactividad	Esperanza emocional	Sintomatología
Significado vital	,20*	,19*	,34**	-,22*

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Optimismo

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N = 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M = 22.12$, $SD = 4.00$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.63.

Tabla 3.21. Análisis de fiabilidad de la escala de optimismo

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Siempre soy optimista acerca de mi futuro	3,94	,96	,57
En general espero que me ocurran más cosas buenas que malas	4,06	,95	,53
Casi nunca espero que las cosas me sean favorables	2,57	1,37	,46
Rara vez confío en que las cosas buenas me sucedan a mí (I)	2,61	1,29	,48
En momentos de incertidumbre suelo esperar que ocurra lo mejor	3,87	,89	,53
Las cosas nunca ocurren como yo quiero (I)	2,81	1,24	,51
Items invertidos			

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.22., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de optimismo se relaciona significativa y positivamente con esperanza proactiva, implicación, benevolencia y esperanza emocional. Las correlaciones más significativas se observan entre optimismo y esperanza proactiva ($r = .32, p < .01$); y optimismo y benevolencia ($r = .29, p < .05$).

Tabla 3.22. Correlaciones de Pearson entre Optimismo y otros constructos

	Esperanza proactiva	Implicación	Benevolencia	Esperanza emocional
Optimismo	,32**	,21*	,29*	,23*

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Implicación

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N = 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M = 15.81, SD = 3.24$. Situándose el valor de alfa en el estudio en 0.86.

Tabla 3.23. Análisis de fiabilidad de la escala de Implicación

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Me implico seriamente en lo que hago, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas.	3,31	,72	,86
Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos.	3,16	,81	,82
Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo	3,17	,81	,80
Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.	3,10	,85	,83
Me gusta comprometerme personalmente en los objetivos del grupo o de la colectividad.	3,04	,78	,88

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.24., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de implicación se relaciona significativa y negativamente con depresión, disfuncionalidad y síntomas físicos; positivamente con afecto positivo, esperanza proactiva, ajuste mental al cáncer, benevolencia, proactividad, calidad de vida global y esperanza emocional. Las correlaciones más significativas se observan entre implicación y proactividad ($r = .55, p < .01$); implicación y ajuste mental al cáncer ($r = .55, p < .01$); e implicación y esperanza proactiva ($r = .48, p < .01$)

Tabla 3.24. Correlaciones de Pearson entre Implicación y otros constructos

	Depresión	Esperanza proactiva	Ajuste mental	Benevolencia	Proactividad	CV global
Implicación	-,44**	,48**	,55**	,38**	,55**	,45**

**La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Ajuste Mental al Cáncer

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N = 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M = 19.70$, $SD = 3.36$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.79.

Tabla 2.25. Análisis de fiabilidad de la escala de Ajuste mental al cáncer

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se
			elimina el elemento
Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	3,48	,71	,72
Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	3,50	,78	,79
Trato de tomármelo con sentido del humor	3,31	,82	,75
Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	2,50	,95	,78
Veó mi enfermedad como un reto	3,24	,85	,74
Intento luchar contra la enfermedad	3,65	,63	,76

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.26., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de ajuste mental al cáncer relaciona significativa y negativamente con ansiedad, depresión, disfuncionalidad y sintomatología física; y positivamente con afecto positivo, esperanza proactiva, implicación, benevolencia, proactividad, calidad de vida global y esperanza emocional. Las correlaciones más significativas se observan entre ajuste mental al cáncer y proactividad ($r = .77, p < .01$); ajuste mental al cáncer y depresión ($r = -.69, p < .01$); y ajuste mental al cáncer y esperanza proactiva ($r = .64, p < .01$).

Tabla 3.26. Correlaciones de Pearson entre Ajuste mental a cáncer y otros constructos

	Depresión	Afectividad positiva	Esperanza proactiva	Implicación	Proactividad	Esperanza emocional
Ajuste mental cáncer	-,69**	,45**	,64**	,55**	,77**	,49**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Benevolencia

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=26.02$, $SD=5.52$. Situándose el valor de alfa en el estudio en 0.77 (tabla 3.27.).

Tabla 3.27. Análisis de fiabilidad de la escala de Benevolencia

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se
			elimina el elemento
Por naturaleza, la gente es antipática y desagradable (I)	4,53	1,54	,81
La naturaleza del ser humano es básicamente buena	4,48	1,17	,70
Las cosas buenas que ocurren en este mundo sobrepasan con creces las malas	4,24	1,49	,71
En este mundo existe más bondad que maldad	4,33	1,33	,71
El mundo actual en el que vivimos es un buen lugar	4,29	1,14	,72
Si se analiza detenidamente, se puede ver que el mundo es un lugar lleno de bondad.	4,13	1,35	,72

Item invertido

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.28., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de benevolencia relaciona significativa y negativamente con depresión, disfuncionalidad y sintomatología física; y positivamente con afecto positivo, esperanza proactiva, optimismo, implicación, ajuste mental al cáncer, proactividad, calidad de vida global y esperanza emocional. Las correlaciones más significativas se observan entre

benevolencia e implicación ($r = .38, p < .01$); benevolencia y esperanza proactiva ($r = .37, p < .01$); y benevolencia y depresión ($r = -.36, p < .01$).

Tabla 3.28. Correlaciones de Pearson entre Benevolencia y otros constructos

	Depresión	Esperanza proactiva	CV global	Implicación	Ajuste mental cáncer	Esperanza emocional
Benevolencia	-,36**	,37**	,36**	,38**	,29**	,39**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Religiosidad

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N = 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M = 8.67, SD = 5.73$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.96.

Tabla 3.29. Análisis de fiabilidad de la escala de religiosidad

Estadísticos elementos / total de elementos			Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Tengo la certeza de que, de alguna forma, Dios existe	1,96	1,09	,86
Durante tiempos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido	1,72	1,25	,91
Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles	1,70	1,22	,90
He tenido una sensación de esperanza como resultado de mis creencias religiosas o espirituales	1,58	1,29	,90
Creo que Dios me protege del daño	1,69	1,24	,91

3. Análisis correlacional

En la tabla 3.30., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de religiosidad se relaciona significativa y negativamente con afectividad negativa; y positivamente con ajuste mental al cáncer, proactividad y calidad de vida global. Las correlaciones más significativas se observan entre religiosidad y calidad de vida global ($r = .35, p < .01$); y religiosidad y afectividad negativa ($r = -.25, p < .01$).

Tabla 3.30. Correlaciones de Pearson entre Religiosidad y otros constructos

	Afectividad negativa	Ajuste mental cáncer	Proactividad	CV global
Religiosidad	-,25*	,23*	,23*	,38**

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Calidad de Vida

Subescala de Disfuncionalidad percibida

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N = 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M = 26.71, SD = 6.57$. Situándose el valor de alfa en 0.73.

Tabla 3.31. Análisis de fiabilidad de la subescala de Disfuncionalidad

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Estuvo usted limitado en hacer bien su trabajo u otras actividades cotidianas?	2,52	1,07	,65
¿Se ve limitado para practicar sus aficiones u otras actividades de tiempo libre?	2,61	1,12	,66
¿Ha tenido dificultad para concentrarse en las cosas, como leer un periódico o ver la televisión?	1,96	1,09	,65
¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1,87	1,00	,72
¿Han interferido su condición física o el tratamiento médico con su vida familiar?	2,14	1,06	,69
¿Su condición física o tratamiento médico le causó dificultades financieras?	1,98	1,19	,75

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.32., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de disfuncionalidad se relaciona significativa y positivamente con síntomas de salud y depresión; y negativamente afectividad positiva y negativa, esperanza proactiva, ajuste mental, benevolencia, proactividad, Karnofsky y religiosidad. Las correlaciones más significativas se observan entre disfuncionalidad y depresión ($r = .53, p < .01$); disfuncionalidad y CV global ($r = -.48, p < .01$); y disfuncionalidad y sintomatología ($r = .47, p < .01$).

Tabla 3.32. Correlaciones de Pearson entre subescala de Disfuncionalidad y otros constructos

	Depresión	Esperanza proactiva	CV global	Sintomatología	Karnofsky
Disfuncionalidad	,53**	-,42**	-,48**	,47**	-,38**

** . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Subescala de Calidad de Vida global

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=26.71$, $SD=6.57$. El valor de alfa en el estudio ha sido de 0.73.

Tabla 3.33. Análisis de fiabilidad de la subescala de Calidad de vida global

Elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>
¿Cómo calificaría su salud en general durante la semana pasada?	4,93	1,60
¿Cómo calificaría la calidad de vida en general durante la semana pasada?	4,90	1,72

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.34., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de calidad de vida global se relaciona significativa y negativamente con síntomas de salud, disfuncionalidad y depresión; y positivamente con afectividad positiva, esperanza proactiva, ajuste mental, implicación, apoyo social, benevolencia, esperanza emocional, proactividad, y Karnofsky. Las correlaciones más significativas se observan entre disfuncionalidad y depresión ($r= .53$, $p< .01$); disfuncionalidad y CV global ($r= -.48$, $p< .01$); y disfuncionalidad y sintomatología ($r= .47$, $p< .01$).

Tabla 3.34. Correlaciones de Pearson entre Calidad de Vida global y otros constructos

	Afectividad positiva	Esperanza proactiva	Depresión	Síntomas físicos	Proactividad	AMC	Karnofsky
CV global	,57**	,60**	-,47**	-,41**	,53**	,47**	,34**

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Escala de Sintomatología Física

1. Análisis de fiabilidad

Se examinó la fiabilidad de la escala calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Los cálculos han sido realizados con la muestra total de personas con cáncer ($N= 104$). Los estadísticos descriptivos serían $M=18.59$, $SD=14.35$. Situándose el valor de alfa en el estudio en 0.83.

Tabla 3.35. Análisis de fiabilidad de la escala de sintomatología física de Edmonton

Estadísticos elementos / total de elementos	<i>M</i>	<i>SD</i>	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Señale la presencia de dolor en la semana previa	3,47	3,46	,80
Señale la presencia de agotamiento en la semana previa	4,41	3,26	,78
Señale la presencia de náuseas en la semana previa	2,06	3,21	,80
Señale la presencia de somnolencia en la semana previa	3,18	3,34	,81
Señale la presencia de dificultad para respirar	1,98	2,95	,80
Señale la presencia de apetito en la semana previa	3,48	3,03	,84

2. Análisis correlacional

En la tabla 3.36., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la escala de síntomas físicos se relaciona significativa y negativamente con afectividad positiva, afectividad negativa, esperanza proactiva y ajuste mental al cáncer; y positivamente con depresión. Las correlaciones más significativas se observan entre síntomas de salud y afectividad positiva ($r=-.67$, $p<.01$); síntomas físicos y disfuncionalidad ($r=.47$, $p<.01$); y síntomas físicos y depresión ($r=-.42$, $p<.01$).

Tabla 3.36. Correlaciones de Peason entre Sintomatología y otros constructos

	Depresión	Disfuncionalidad	Afectividad positiva	Afectividad negativa	Esperanza emocional	CV global
Sintomatología	,42**	,47**	-,67**	,45**	-,35**	-,41**

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

PARÁMETROS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS

Tabla 3.37. Parámetros de las variables psicológicas

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Asimetría	Curtosis	Rango escalas
Ansiedad estado	2,7276	1,06263	,183	-,756	1-5
Afectividad positiva	3,1246	,84359	-,254	-,289	1-5
Afectividad negativa	3,3932	1,43616	-,400	-,1445	1-5
Esperanza proactiva	3,3067	,92378	-,485	-,112	1-5
Apoyo social percibido	3,5867	1,20033	-,556	-,713	1-5
Significado vital	4,1065	,87371	,183	-,301	1-7
Optimismo	3,3135	,63913	,601	,597	1-5
Implicación	3,1480	,66825	-,810	,756	1-4
Benevolencia	4,0485	,80732	-,652	,745	1-6
Proactividad	3,8900	,87992	-,965	,834	1-5
Esperanza emocional	4,0100	,83041	-1,125	1,198	1-5
Religiosidad	1,7784	1,23958	,328	,026	0-3
Disfuncionalidad	2,1845	,71574	,425	-,437	1-4
Ajuste mental cáncer	3,2859	,56306	-1,153	1,735	1-4
Calidad vida global	4,9212	1,63007	-,519	-,536	1-7
Sintomatología física	3,9059	2,71615	,262	-,958	0-10
Depresión estado	1,3766	,50829	2,389	7,247	1-4

Se describen en la tabla 3.37. las frecuencias de las escalas con sus resultados totales apareciendo la media, desviación típica, asimetría y curtosis de las mismas; así como los rangos de respuesta de las escalas likert utilizadas en cada una de ellas.

Encontrándose un exceso de asimetría en la escala de depresión.

ANÁLISIS CORRELACIONAL GLOBAL

En las tablas 3.38., 3.39. y 3.40., se muestran los resultados del análisis de correlaciones entre las variables incluidas en el estudio (variables psicológicas, variables clínicas y de laboratorio), así como los índices de fiabilidad de cada una de las escalas utilizadas más su media y desviación típica. Debido a la gran cantidad de variables psicológicas utilizadas se presentarán los resultados en tres tablas: a) correlaciones de las variables psicológicas y b) correlaciones de las variables psicológicas con las clínicas y de laboratorio y c) correlaciones de las variables clínicas y de laboratorio.

Tabla 3.38. Medias, desviación típica y correlaciones entre las variables de personalidad en el tiempo 1 y el tiempo 2.

Variable	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Tiempo 1																				
1. Ansiedad	2,72	1,06	(.77)																	
2. Depresión	1,37	,51	.484**	(.79)																
3. Afectividad +	3,12	,84	-.297**	-.511**	(.78)															
4. Afectividad -	3,39	1,43	-.226*	-.100	,057	(.94)														
5. Esp. proactiva	3,30	1,43	-.313**	-.609**	.456**	,036	(.88)													
6. Apoyo social	3,58	1,20	,076	-.177	.258*	,101	.257*	(.94)												
7. Sgdo vital	3,81	,77	-.011	,005	,077	,104	,161	,074	(.70)											
8. Optimismo	3,31	,64	,135	,026	-.049	-.055	.320**	,100	.207*	(.63)										
9. Implicación	3,14	,67	-.161	-.443**	.325**	,089	.485**	,102	-.023	.217*	(.86)									
10. Ajuste mental	3,28	,56	-.393**	-.692**	.457**	,042	.649**	,205	,096	,132	.557**	(.79)								
11. Benevolencia	4,04	,81	-.143	-.362**	.292**	,088	.375**	,092	-.070	.295**	.380**	.298**	(.77)							
12. Proactividad	3,89	,88	-.410**	-.653**	.434**	,078	.640**	,155	,068	,128	.555**	.773**	.263*	(.85)						
13. Esp. emocional	4,01	,83	-.213*	-.468**	.283**	,001	.625**	,107	.221*	.230*	.344**	.496**	.393**	.524**	(.87)					
14. Religiosidad	1,78	1,24	,122	-.102	,000	-.252*	,188	,175	-.079	,108	,197	.237*	,055	.233*	,152	(.96)				
15. Disfuncionalidad	2,18	,71	,047	.533**	-.360**	-.201*	-.422**	-.237**	,154	-.076	-.265**	-.390**	-.225**	-.375**	-.188	,034	(.73)			
16. CV global	4,92	1,63	-.044	-.475**	.570**	,081	.602**	.243*	,026	,165	.454**	.474**	.367**	.534**	.386**	.223*	.489**	(.95)		
17. Sintomatología	3,90	2,71	,195	.424**	-.670**	-.457*	-.354**	-.170	-.135	,089	-.234*	-.296**	-.255**	-.264*	-.261*	,098	.470**	-.411**	(.83)	
18. Karnofsky	78,84	16,07	-.238*	-.316**	.210*	,090	.244*	,137	-.203*	-.008	,053	,186	,083	.242*	,180	,149	-.382**	.348**	-.272**	
Tiempo 2																				
19. Ansiedad	2,71	1,18																		
20. Depresión	1,26	,35	.325*																	
21. Afectividad +	3,28	,66	-.370*	.341*																
22. Afectividad -	4,23	,82	-.362*	.341*	-.534**															
23. Esp. proactiva	3,54	1,33	-.304	-.334*	,303	.506**														
24. Apoyo social	3,78	1,14	,224	-.172	.543**	,069	.747**													
25. Sgdo vital	3,81	,68	,172	-.163	,127	-.112	,280	,024	.486**											
26. Optimismo	3,95	1,47	-.040	-.107	.378*	,237	,075	,035	,120											
27. Implicación	3,25	1,47	-.380*	,119	-.121	,032	-.204*	,088	,149	1,000**										
28. Ajuste mental	3,34	,53	-.383*	-.130	,155	,250	-.104	,222	,062	,105	-.177									
29. Benevolencia	4,05	,81	-.199	-.248	,290	.353*	-.020	.361*	.346*	.255	.220	.655**								
30. Proactividad	4,00	,75	-.463*	-.591**	.497**	.527**	,143	.527**	,096	,089	,152	.492**	.688**							
31. Esp. emocional	4,03	,68	-.149	-.367**	.206*	.383**	,088	.414**	,071	,035	,166	.379**	.251*	1,000**						
32. Religiosidad	1,33	1,15	-.075	-.501**	.453**	.615**	,130	.549**	-.053	,158	,033	.478**	.613**	.485**	.523**					
33. Disfuncionalidad	4,82	1,42	,235	-.278	.242	.312	-.139	.314	-.062	.273	,150	.229	.349*	.415*	.138	.445**				
34. CV global	1,93	,57	-.201	-.313	.435**	,036	.488**	,101	.285	.243	.474**	.390*	.205	.423*	.345*	.011	-.345*	.526**	-.279	
35. Sintomatología	3,52	1,56	,253	.332*	-.320	-.305	-.395*	-.200	-.044	-.112	-.259	-.353*	.103	-.235	-.068	-.102	.508**	-.377*	.330	.246
36. Karnofsky	78,42	13,80	-.264	-.204	-.007	,049	,088	,154	,052	.245	-.096	,103	,098	,016	.257	-.298	-.210	.273	.737**	-.072

Variable	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1. Ansiedad																	
2. Depresión																	
3. Afectividad +																	
4. Afectividad -																	
5. Esp. proactiva																	
6. Apoyo social																	
7. Sgdo vital																	
8. Optimismo																	
9. Implicación																	
10. Ajuste mental																	
11. Benevolencia																	
12. Proactividad																	
13. Esp. emocional																	
14. Religiosidad																	
15. Disfuncionalidad																	
16. CV global																	
17. Sintomatología																	
18. Karnofsky																	
19. Ansiedad	(.77)																
20. Depresión	,507**	(.71)															
21. Afectividad +	-,427**	,598**	(.59)														
22. Afectividad -	-,529**	-,539**	-,446**	(.61)													
23. Esp. proactiva	-,376*	-,462**	-,554**	,308	(.86)												
24. Apoyo social	,019	-,490**	-,138	,518**	-,113	(.96)											
25. Sgdo vital	,152	,163	,221	-,188	,134	-,063	(.39)										
26. Optimismo	-,207	-,016	-,122	,029	,065	-,023	,079	(.75)									
27. Implicación	-,226	-,193	-,054	,230	-,020	,113	,319	,105	(.88)								
28. Ajuste mental	-,25**	-,183	-,027	,384*	,016	,540**	,250	,255	,223	(.82)							
29. Benevolencia	-,199	-,677**	-,392**	,671**	,264	,592**	,346*	,089	,187	,522**	(.65)						
30. Proactividad	-,322	-,111	-,141	,395*	-,091	,410*	,247	,035	,243	,149	,229	(.81)					
31. Esp. emocional	-,067	-,455**	-,450**	,624**	,231	,462**	,324	,158	,258	,260	,679**	,485**	(.77)				
32. Religiosidad	-,011	-,407*	-,442**	,566**	,089	,401*	-,015	,273	,344*	,255	,592**	,415*	,641**	(.96)			
33. Disfuncionalidad	-,358*	-,493**	,665*	,221	,441**	,041	,325*	,142	,393*	,686**	,205	,504**	,398*	-,680**	(.71)		
34. CV global	,196	,538**	-,517**	-,447*	-,342*	-,184	,056	,210	-,171	-,488**	,103	-,362*	-,146	,390*	-,139	(.92)	
35. Sintomatología	,337*	,378*	,099	-,563**	-,267	-,369*	-,318	,016	-,447**	-,498**	-,449**	-,189	-,277	-,272	-,121	-,689**	(.77)
36. Karnofsky	-,094	-,235	,297	,074	,231	,025	-,030	-,071	,081	,426**	,098	,301	,404*	-,180	,381*	-,229	-,110

Nota: Coeficiente fiabilidad (α de Cronbach) entre paréntesis diagonal principal. *. La correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). **.La correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). Las variables criterio en **negrita**

Tabla 3.39. Correlaciones Pearson entre las variables psicológicas y clínicas.

	Ansiedad	Depresión	Afectividad +	Afectividad -	Esperanza-Proactiva	Apoyo social	Significado vital	Optimismo	Reto	Ajuste mental cáncer	Benevolencia	Proactividad	Esperanza psicológica	Religiosidad	Disfuncionalidad Percibida	Calidad Vida Global	Síntomas
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
18. Estadío TNM	,135	-,007	-,165	-,138	-,097	-,082	,126	-,010	,007	-,110	-,003	-,092	-,129	,000	,247**	-,125	,264
19. Tiempo dgco	-,098	,012	-,018	,140	-,066	-,083	,184	-,022	-,002	-,019	-,187	,170	,007	,057	,107	-,112	,060
20. Otro tto	-,120	,005	,325	,028	,106	,041	-,121	-,048	,164	,059	-,035	,154	,144	,093	-,053	,218**	-,017
21. Tto ppal	-,135	,001	-,032	,028	-,059	-,059	-,054	,010	,050	,062	,013	,131	,029	,121	,006	-,055	,117
22. Sit actual	-,021	,089	-,003	-,065	-,093	-,095	,013	-,135	-,231*	-,046	-,176	,017	,101	,099	,165	-,108	,176
23. Karnofsky	-,238*	-,316	,210	,090	,244	,137	-,203*	-,008	,053	,186	,083	,242	,180	,149	-,382**	-,348**	-,272
24. Pronóstico	-,085	-,058	,063	,149	,218	-,024	,048	,132	,020	,047	,072	,102	-,028	-,087	-,090	,168	-,131
25. Leucocitos	,188	,168	-,104	-,009	-,037	-,053	-,047	,112	-,105	-,157	-,228	-,220	-,101	-,011	,115	-,082	,170
26. Hemoglobina	,100	,068	,063	-,124	-,013	-,165	-,046	,015	,035	,068	-,170	,025	,144	-,084	-,030	,011	,012
27. Creatinina	,057	,035	-,193	,275	-,088	-,110	,045	-,062	,123	-,046	,051	-,078	-,178	-,166	,216	-,220	,210
28. Glucosa	-,007	-,098	,064	-,116	,091	,091	,080	-,096	-,035	,149	-,006	,066	,078	-,009	-,068	-,033	-,025
29. Sodio	,023	,055	-,073	,252	-,040	-,032	,104	,182	,004	-,037	-,081	,028	-,058	-,150	,031	-,016	-,107
30. Potasio	,039	,116	-,165	,173	-,074	-,104	,018	,067	-,084	-,254	,010	-,117	-,103	-,144	-,038	,062	,046
31. Plaquetas	-,141	-,142	,047	,047	,112	-,059	-,243*	-,219	,033	,001	,153	-,048	,032	-,013	-,171	,166	-,080
32. GOT	-,084	-,175	-,006	,002	,108	,081	-,105	-,121	,134	,283	,018	,170	,028	,136	-,114	,036	,097
33. GPT	-,118	-,186	-,032	-,126	,051	-,100	,014	-,051	-,010	,278	,013	,149	,039	,003	-,134	-,129	,177

Nota. *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 3.40. Correlaciones de Pearson entre las variables clínicas y de laboratorio.

	M	SD	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
18. Estadío TNM			1															
19. Tiempo dgco			,073	1														
20. Otro tto			-.284	,230	1													
21. Tto ppal			-,125	.389	,148	1												
22. Sit actual			,085	.216	,013	,104	1											
23. Karnofsky	78,84	16,07	-,172	,027	.211	,062	,160	1										
24. Pronóstico			,051	-,039	,064	-,072	-,037	,015	1									
25. Leucocitos	5,65	2,72	,123	-,159	-,179	-,215	,089	-,092	,034	1								
26. Hemoglobina	12,20	1,48	-,195	-,136	,005	-,168	.220	-,070	,052	,169	1							
27. Creatinina	,79	,26	.287	,006	-,211	,035	-,114	-.318	-,114	-,060	-,065	1						
28. Glucosa	103,35	29,16	,093	-,137	-,097	-,220	,064	-,066	-,039	,133	,036	,107	1					
29. Sodio	141,01	2,96	-,091	.236	,015	,088	,042	-,028	,012	-,094	,012	,221	-.281	1				
30. Potasio	4,38	,50	,125	-,065	-,103	-,104	,041	-,002	.230	,092	,148	,024	-,051	-,068	1			
31. Plaquetas	250,65	94,11	-,080	,013	,137	-,043	,010	,147	,043	,070	-,213	-,205	-,156	-,104	,055	1		
32. GOT	29,25	17,57	,116	-,113	-,173	-,060	-,060	-,123	-,100	-,212	,023	,117	,163	-,105	-,102	-,206	1	
33. GPT	44,93	27,03	,007	-,182	-,162	-,104	-,058	-,167	-,122	-,217	,071	,135	.310	-.223	-,165	-,089	.684	1

Nota. *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A continuación se exponen las principales correlaciones encontradas, en tres bloques: 1) variables criterio entre sí; 2) variables criterio y predictoras: ansiedad, afectividad positiva, afectividad negativa, esperanza proactiva, apoyo social, significado vital, optimismo, implicación, benevolencia, religiosidad, proactividad y esperanza emocional; y 3) variables criterio y variables clínicas y de laboratorio; en todas ellas se incluirán las variables criterio, ajuste mental al cáncer, depresión, sintomatología física, Karnofsky y calidad de vida global, que de forma conjunta determinan el estado psicológico y funcional del paciente en tratamiento quimioterápico.

1. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES CRITERIO

1.1. Estudio transversal

1.1.1. Tiempo 1:

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y negativamente con depresión ($r = -.69, p < .01$) y síntomas físicos ($r = -.29, p < .01$), y positivamente con calidad de vida global ($r = .36, p < .01$).

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la depresión se relaciona significativa y positivamente con sintomatología ($r = .42, p < .01$); y negativamente con calidad de vida global ($r = -.47, p < .01$), Karnofsky ($r = -.31, p < .01$) y Ajuste mental al cáncer.

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la funcionalidad del paciente medida por el clínico (Karnofsky) se relaciona significativa y

negativamente con los síntomas físicos ($r = -.27, p < .01$) y la depresión; y positivamente con la calidad de vida global ($r = .34, p < .01$).

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la sintomatología se relaciona significativa y negativamente con la calidad de vida global ($r = -.41, p < .01$) y el Karnofsky.

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la calidad de vida global se relaciona significativa y positivamente con el ajuste mental al cáncer y el Karnofsky; y negativamente con la depresión y la sintomatología; estando reflejados los resultados en el texto de esta página.

1.1.2. Tiempo 2:

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y negativamente con síntomas físicos ($r = -.50, p < .01$); y no esperado con calidad de vida global ($r = -.49, p < .01$); y positivamente con Karnofsky ($r = .42, p < .01$).

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la depresión se relaciona significativa y positivamente con sintomatología ($r = .38, p < .05$); y no esperado positivamente con calidad de vida global ($r = .54, p < .01$).

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la sintomatología se relaciona significativa y negativamente con la calidad de vida global ($r = -.61, p < .01$) y con el ajuste mental al cáncer.

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la funcionalidad del paciente medida por el clínico (Karnofsky) se relaciona significativa y positivamente con el ajuste mental al cáncer.

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la calidad de vida global se relaciona significativa y negativamente con el ajuste mental al cáncer; no esperado con la sintomatología física; y positivamente, no esperado con la depresión; estando reflejados los resultados en el texto de esta página.

1.2. Estudio longitudinal

1. Tiempo 1 y tiempo 2:

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y negativamente con depresión ($r = -.61, p < .01$) y síntomas físicos ($r = -.45, p < .01$), y positivamente con calidad de vida global ($r = .53, p < .01$) y Karnofsky ($r = .37, p < .05$).

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la depresión se relaciona significativa y negativamente con ajuste mental al cáncer.

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la sintomatología se relaciona significativa y negativamente con la calidad de vida global ($r = -.42, p < .01$).

En la tabla 3.38. los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la calidad de vida global se relaciona significativa y positivamente con el ajuste mental al cáncer; estando reflejados los resultados en el texto de esta página.

2. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES CRITERIO Y PREDICTORAS

A continuación, se exponen las correlaciones significativas encontradas entre las cinco variables criterio consideradas y el resto de variables.

2.1. Correlaciones significativas con ajuste mental al cáncer:

1. Estudio transversal tiempo 1

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y positivamente con afectividad positiva, esperanza proactiva, significado vital, implicación, benevolencia, proactividad, esperanza emocional y religiosidad. Y significativa y negativamente con ansiedad y disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre ajuste mental al cáncer y conductas proactivas ($r = .77, p < .01$); entre ajuste mental al cáncer y esperanza proactiva ($r = .64, p < .01$); y ajuste mental al cáncer e implicación ($r = .55, p < .01$). Y significativa y negativamente con ansiedad ($r = -.39, p < .01$).

2. Estudio transversal tiempo 2

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y positivamente con esperanza proactiva, apoyo social, benevolencia y religiosidad. Y significativa y negativamente con ansiedad y disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre ajuste mental al cáncer y religiosidad ($r = .68, p < .01$); entre ajuste mental al cáncer y apoyo social ($r = .54, p < .01$). Y significativa y negativamente con disfuncionalidad ($r = -.49, p < .01$).

3. Estudio longitudinal:

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y positivamente con afectividad positiva, esperanza proactiva, implicación, proactividad, esperanza emocional y religiosidad. Y significativa y negativamente con ansiedad y disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre ajuste mental al cáncer y afecto positivo ($r = .53, p < .01$); entre ajuste mental al cáncer y esperanza proactiva ($r = .53, p < .01$). Y significativa y negativamente con ansiedad ($r = -.45, p < .01$).

2.2. Correlaciones significativas con depresión:

1. Estudio transversal tiempo 1

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican que la depresión se relaciona significativa y negativamente con afecto positivo, esperanza proactiva, implicación, benevolencia, proactividad y esperanza emocional; y positivamente con sintomatología física, ansiedad y disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre depresión y proactividad ($r = -.65, p < .01$); depresión y esperanza proactiva ($r = -.60, p < .01$); y depresión y disfuncionalidad ($r = .53, p < .01$).

2. Estudio transversal tiempo 2

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican que la depresión se relaciona significativa y negativamente con afecto negativo, esperanza proactiva, apoyo social, benevolencia, esperanza emocional, religiosidad y disfuncionalidad; y positivamente con ansiedad y afecto positivo. Las correlaciones más significativas se observan entre

depresión y benevolencia ($r = -.68, p < .01$); depresión y afecto negativo ($r = -.54, p < .01$); y depresión y afecto positivo ($r = .60, p < .01$).

3. Estudio longitudinal

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican que la depresión se relaciona significativa y negativamente con afecto positivo, esperanza proactiva, implicación y proactividad; y positivamente con ansiedad. Las correlaciones más significativas se observan entre depresión y esperanza proactiva ($r = -.44, p < .01$); depresión y proactividad ($r = -.43, p < .01$); y depresión y ansiedad ($r = .44, p < .01$).

2.3. Correlaciones significativas con sintomatología física:

1. Estudio transversal tiempo 1

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican que la sintomatología física se relaciona, como se esperaba, significativa y negativamente con afectividad positiva, apoyo social y esperanza proactiva; y positivamente con depresión. Y no esperada, significativa y negativamente con afectividad negativa. Las correlaciones más significativas se observan entre síntomas de salud y afectividad positiva ($r = -.67, p < .01$); síntomas físicos y disfuncionalidad ($r = .47, p < .01$).

2. Estudio transversal tiempo 2

En la tabla 3.38., los análisis de correlación indican que la sintomatología física se relaciona, como se esperaba, significativa y negativamente con apoyo social, implicación y benevolencia; y positivamente con ansiedad. Y no esperada, significativa y negativamente con afectividad negativa. Las correlaciones más significativas se

observan entre síntomas de salud y afectividad negativa ($r = -.56, p < .01$); síntomas físicos y ansiedad ($r = .34, p < .05$).

3. Estudio longitudinal

En la 3.38., los análisis de correlación indican que la sintomatología física se relaciona, como se esperaba, significativa y negativamente con esperanza proactiva e implicación. Las correlaciones más significativas se observan entre síntomas de salud e implicación ($r = -.50, p < .01$).

2.4. Correlaciones significativas con funcionalidad medida por el clínico (Karnofsky):

1. Estudio transversal tiempo 1

En la 3.38., los análisis de correlación indican que la funcionalidad se relaciona significativa y positivamente con afecto positivo, esperanza proactiva y proactividad. Y negativamente con ansiedad y disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre funcionalidad y disfuncionalidad ($r = -.38, p < .01$); entre funcionalidad y esperanza proactiva ($r = .24, p < .01$); y funcionalidad y conductas proactivas ($r = .24, p < .01$).

2. Estudio transversal tiempo 2

En la 3.38., los análisis de correlación indican que la funcionalidad se relaciona significativa y positivamente con esperanza emocional y disfuncionalidad; esta última no esperada. Las correlaciones más significativas se observan entre funcionalidad y disfuncionalidad ($r = .38, p < .05$); entre funcionalidad y esperanza emocional ($r = .40, p < .05$).

3. Estudio longitudinal

En la 3.38., los análisis de correlación indican que no hay relaciones significativas con dicha variable Karnofsky teniendo en cuenta el tiempo 1 y el tiempo 2.

2.5. Correlaciones significativas con calidad de vida global:

1. Estudio transversal en el tiempo 1

En la 3.38., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la calidad de vida global se relaciona significativa y positivamente con esperanza proactiva, afecto positivo, proactividad, implicación, apoyo social, benevolencia y esperanza emocional. Y negativamente con disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre calidad de vida global y esperanza proactiva ($r = .60, p < .01$); entre calidad de vida global y la afectividad positiva de la persona ($r = .57, p < .01$); y calidad de vida global y disfuncionalidad ($r = -.48, p < .01$).

2. Estudio transversal en el tiempo 2

En la 3.38., los análisis de correlación indican, como se esperaba, que la calidad de vida global se relaciona significativa y positivamente con religiosidad. Y negativamente, no esperadas, con afecto positivo, esperanza proactiva y proactividad; y esperada con afecto negativo. Las correlaciones más significativas se observan entre calidad de vida global y religiosidad ($r = .39, p < .05$); y entre calidad de vida global y la afectividad positiva de la persona ($r = -.52, p < .01$); y calidad de vida global y afecto negativo ($r = -.45, p < .05$).

3. Estudio longitudinal

En la 3.38., los análisis de correlación indican, no esperados, que la calidad de vida global se relaciona significativa y negativamente con esperanza proactiva. Y positivamente con disfuncionalidad. Las correlaciones más significativas se observan entre calidad de vida global y esperanza proactiva ($r = -.39, p < .05$); entre calidad de vida global y disfuncionalidad ($r = .51, p < .01$).

3. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES CRITERIO Y VARIABLES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO

Habitualmente en la mayoría de trabajos, en el tema que nos ocupa, se pueden encontrar correlaciones entre las variables psicológicas entre sí; pero es raro encontrarlo con las variables clínicas y de laboratorio. Por lo tanto, la carencia de datos y bibliografía hacen más difícil la interpretación de los resultados obtenidos en nuestra muestra.

3.1. Correlaciones significativas con ajuste mental al cáncer:

En la 3.39., los análisis de correlación indican que el ajuste mental al cáncer se relaciona significativa y positivamente con los niveles de GOT y GPT; y significativa y negativamente con los niveles de potasio. Las correlaciones más significativas se observan entre ajuste mental al cáncer y GOT ($r = .28, p < .05$); entre ajuste mental al cáncer y GPT ($r = .27, p < .05$); y ajuste mental al cáncer y potasio ($r = -.25, p < .05$).

3.2. Correlaciones significativas con depresión:

En la 3.39., los análisis de correlación indican que la depresión se relaciona significativa y negativamente con Karnofsky ($r = -.31, p < .01$).

3.3. Correlaciones significativas con sintomatología física:

En la 3.39., los análisis de correlación indican que la sintomatología física se relaciona significativa y negativamente con la funcionalidad y positivamente con el estadio TNM. Las correlaciones más significativas se observan entre sintomatología física y Karnofsky ($r = -.27, p < .01$); y entre sintomatología física y estadio TNM ($r = .26, p < .01$).

3.4. Correlaciones significativas con funcionalidad (Karnofsky):

En la tabla 3.40., los análisis de correlación indican que la funcionalidad se relaciona significativa y negativamente con el hecho de recibir otro tratamiento ($r = -.21, p < .05$); y los niveles de creatinina ($r = -.31, p < .01$).

3.5. Correlaciones significativas con calidad de vida global:

En la 3.40., los análisis de correlación indican que la calidad de vida global se relaciona significativa y positivamente con el hecho de recibir otro tratamiento ($r = .21$, $p < .05$); y con la funcionalidad ($r = .34$, $p < .01$).

ANÁLISIS BIVARIADOS

Para efectuar dichos análisis utilizamos la Prueba Chi-cuadrado de Pearson. Y para ajustar dicha prueba empleamos el coeficiente Gamma siendo el más indicado en la asociación de varias variables ordinales y el más utilizado en la clínica (Pardo y Ruiz, 2002).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Género:

1.1. Variables clínicas asociadas al género:

1. Género y Karnofsky.

Se divide la variable Karnofsky en dos grupos: a) cero a 80; b) más de 80.

El nivel de funcionalidad objetivado por el clínico en nuestra muestra no es independiente del género, $\chi^2(1, N = 104) = 4.480$, $p < .05$; Gamma: $.420$, $p < .05$. En la muestra hay una mayor proporción de mujeres con Karnofsky elevados, es decir con niveles altos de funcionalidad.

Tabla 3.41. Tabla de género y Karnofsky Revisado 80

		Karnofsky Revisado 80			
		<80	>80		
Género	Hombre	74,5%	25,5%		
	Mujer	54,4%	45,6%		
	Total	63,5%	36,5%		
	Valor	G1	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,48 ^a	1	,03		
Estadístico exacto de Fischer				,04	,02

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,17.

2. Género y otro tratamiento revisado.

La variable otro tratamiento consta de las siguientes categorías: a) ni hormono ni radioterapia; b) hormonoterapia; c) radioterapia, y d) hormonoterapia y radioterapia.

El hecho de que se apliquen otros tratamientos además de la quimioterapia en nuestra muestra no es independiente del género, $\chi^2(3, N=104) = 8.26, p < .05$; $\text{Gamma} = .11, p > 0.5$. Encontrándose en la muestra tan solo mujeres en tratamiento con hormonoterapia debido a que su localización es cáncer de mama y no se encuentran hombres con cáncer de próstata (siendo éstos los dos grandes grupos que reciben dicho tratamiento).

Tabla 3.42. Tabla de género y otro tratamiento revisado

		Otro tratamiento revisado			
		No otro tto	Hormo	Radio	Hormo y radio
Género	Hombre	61,7%	34,0%	,0%	4,3%
	Mujer	52,6%	24,6%	12,3%	10,5%
	Total	56,7%	28,8%	6,7%	7,7%
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)		
Chi- cuadrado de Pearson	8,26 ^a	3	,04		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,16.

1.2. Variables clínicas no asociadas al género: pronóstico, tratamiento principal, estadio, y tiempo desde el diagnóstico.

En el caso de nuestra muestra el pronóstico es independiente del género, $\chi^2(2, N=104)= 1.83, p>.05$; $Gamma=.18, p>0.5$; el tratamiento principal es independiente del género, $\chi^2(1, N=101)= 0.65, p>.05$; $Gamma=.17, p>0.5$; el estadio es independiente del género, $\chi^2(1, N=104)=2.31, p>.05$; $Gamma=-.35, p>0.5$; y el estadio es independiente del tiempo desde el diagnóstico, $\chi^2(1, N=104)= .65, p>.05$; $Gamma=.17, p>0.5$.

2. Ocupación:

2.1 Variables clínicas asociadas a la ocupación:

1. Ocupación y Karnofsky.

En nuestra muestra hay una mayor proporción de trabajadores con Karnofsky alto, es decir con alta funcionalidad, lo que parece lógico al ser personas activas.

Tabla 3.43. Tabla de ocupación y Karnofsky

		Karnofsky Revisado		
		<80	>80	
Ocupación	Trabajador	51,1%	48,9%	
	Inactivo	64,7%	35,3%	
	Pensionista	76,2%	23,8%	
	Total	63,5%	36,5%	
	Valor	gl		Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,90 ^a	2		,05

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,21.

2.2. Variables clínicas no asociadas a la ocupación: estadio, otro tratamiento, pronóstico, tratamiento principal y tiempo desde el diagnóstico:

En el caso de nuestra muestra el estadio avanzado es independiente de que la persona trabaje, $\chi^2(1, N=104)=5.15, p>.05$; $Gamma=.38, p<.05$; el hecho de tener otro tratamiento añadido a la quimioterapia es independiente de la ocupación $\chi^2(2, N=104)=6.64, p>.05$; $Gamma=.21, p>.05$; el pronóstico de la enfermedad es independiente de la ocupación, $\chi^2(2, N=104)=1,14, p>.05$; $Gamma= -.24, p>.05$; el hecho de haber sido sometido a cirugía o no es independiente de la ocupación, $\chi^2(1, N=104)=1.74, p>.05$;

$\Gamma = -.34, p > .05$; y el tiempo desde el diagnóstico es independiente de la ocupación, $\chi^2(1, N=104) = 3.42, p > .05$; $\Gamma = .30, p > .05$.

3. Convivencia

3.1. Variables clínicas no asociadas a la convivencia sin dependencia: Karnofsky, otro tratamiento, pronóstico, tratamiento principal y tiempo desde el diagnóstico:

Se ha dividido la variable convivencia en dos grupos: a) con pareja; b) sin pareja. Con este criterio no se han encontrado variables clínicas asociadas a la convivencia.

El nivel de funcionalidad objetivado por el clínico en nuestra muestra es independiente del hecho de tener pareja, $\chi^2(1, N=104) = 0.01, p > .05$; $\Gamma = -.02, p > .05$. El hecho de tener otro tratamiento añadido a la quimioterapia es independiente del hecho de tener pareja, $\chi^2(1, N=104) = 5.59, p > .05$; $\Gamma = .36, p > .05$. Igualmente, el pronóstico es independiente del hecho de tener pareja, $\chi^2(1, N=104) = 1.14, p > .05$; $\Gamma = -.24, p > .05$. Tampoco el hecho de haber sido sometido a cirugía o no es independiente del hecho de tener pareja, $\chi^2(1, N=101) = 1.14, p > .05$; $\Gamma = -.24, p > .05$. También el estadio de la enfermedad es independiente del hecho de tener pareja, $\chi^2(1, N=104) = 0.495, p > .05$; $\Gamma = .196, p > .05$. También el tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad es independiente del hecho de tener pareja, $\chi^2(1, N=104) = 0.20, p > .05$; $\Gamma = .12, p > .05$.

Como se ha podido comprobar, en nuestros resultados, el dato de la convivencia es ajeno a la enfermedad del cáncer y sus características clínicas, al menos desde una perspectiva bivariada directa.

4. Nivel educativo

4.1. Variables clínicas asociadas con el nivel educativo:

1. Nivel educativo y otro tratamiento.

En nuestra muestra hay una mayor proporción de personas con estudios medios que no tienen otros tratamientos y de estudios elementales que tienen tratamiento con hormonoterapia y radioterapia. Los datos encontrados no parecen tener relevancia psicológica o clínica.

Tabla 3.44. Tabla de nivel educativo y otro tratamiento

		Otro tratamiento revisado			
		No otro tto	Hormo	Radio	Hormo y radio
Nivel educativo	Elementales	45,3%	35,8%	5,7%	13,2%
	Medios	71,1%	22,2%	4,4%	2,2%
	Total	57,1%	29,6%	5,1%	8,2%
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	8,03 ^a	3	,04		

4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,30.

4.1.2. Nivel educativo y tratamiento principal.

En nuestra muestra hay una mayor proporción de personas con estudios elementales con cirugía y quimioterapia; y de estudios medios con quimioterapia.

Tabla 3.45. Tabla de nivel educativo y tratamiento principal

		Tratamiento principal revisado			
		Quimioterapia	Cirugía y quimio		
Nivel educativo	Elementales	17,6%	82,4%		
	Medios	40,9%	59,1%		
	Total	28,4%	71,6%		
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
	6,28 ^a	1	,01		
Estadístico exacto de Fischer				,02	,01

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,51.

4.2. Variables clínicas no asociadas con el nivel educativo: Karnofsky, estadio, pronóstico y tiempo desde el diagnóstico:

Se divide la variable nivel educativo en dos grupos: a) estudios elementales; b) estudios medios.

El nivel de funcionalidad objetivado por el clínico en nuestra muestra es independiente de tener estudios elementales o medios, $\chi^2(1, N=104) = .15, p > .05$; $\text{Gamma} = .08, p > .05$. También el estadio de la enfermedad es independiente del nivel de estudios, $\chi^2(1, N=104) = .68, p > .05$; $\text{Gamma} = -.17, p < .05$. El pronóstico es independiente del hecho de tener estudios elementales o medios, $\chi^2(2, N=104) = .41, p > .05$; $\text{Gamma} = -.10, p > .05$; y el tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad es independiente del hecho de tener estudios elementales o medios, $\chi^2(1, N=104) = 2.36, p > .05$; $\text{Gamma} = -.32, p > .05$.

VARIABLES CLÍNICAS

En el caso de las variables clínicas entre sí solo vamos a hacerlo en el caso de las que a priori pueden tener una asociación a nivel teórico:

1. Pronóstico y estadio.

Encontrándose en nuestra muestra una mayor proporción de personas con pronóstico de curación en estadios primarios.

2. Variables clínicas sin asociación: pronóstico y estadio, otro tratamiento y tratamiento principal; y estadio y pronóstico.

En el caso de nuestra muestra el pronóstico es independiente de estar en niveles primarios o avanzados de la enfermedad, $\chi^2(1, N=104) = 5.53, p > .05; \text{Gamma} = .04, p > .05$. Igualmente, el hecho de tener tratamientos además de la quimioterapia es independiente del hecho de haber sido sometidos a cirugía o no, $\chi^2(1, N=104) = 1.76, p > .05; \text{Gamma} = .25, p > .05$. También el pronóstico es independiente del estadio de la enfermedad, $\chi^2(2, N=104) = 1.14, p > .05; \text{Gamma} = .56, p > .05$.

CONTRASTE DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS; CON LAS DE LABORATORIO Y PSICOLÓGICAS

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se expone el contraste de medias de las variables sociodemográficas en función de las variables continuas analizadas, bien sean clínicas, bien sean psicológicas. Se incluyen las variables significativas.

En los contrastes mediante la prueba de ANOVA se utilizará como método de contraste la prueba de Scheffé, si no hay significación en dicha prueba se tomará como referencia la prueba DMS.

1.1. Género

Aplicando la prueba t de student para muestras independientes se encuentran diferencias significativas entre las medias de las variables psicológicas en función del género; siendo 1) mujer; 2) hombre.

Tabla 3.46. Prueba t de student de género y variables psicológicas y de laboratorio

	Hombres	Mujeres	t	Sig. (bilateral)
Creatinina	,9034	,7153	3,03	,004
Potasio	4,5594	4,2681	2,57	,012
Apoyo social	3,2826	3,8457	-2,39	,019
Religiosidad	1,4870	2,0179	-2,19	,031

- Afirmando que las mujeres de nuestra muestra tienen menores niveles séricos de creatinina y potasio. Las mujeres generalmente tienen niveles de creatinina más bajos que los hombres. Un resultado normal es de 0.7 a 1.3 mg/dL para los hombres y de 0.6 a 1.1 mg/dL para las mujeres. Esto se debe a que ellas normalmente tienen menor masa muscular (Landry, 2016). En el caso del potasio no se encuentra bibliografía sobre esta disminución en el caso del potasio.

- Pudiendo afirmar que en nuestra muestra las mujeres tienen mayor apoyo social percibido. Puede ser debido a la inactividad y abandono del mundo laboral con la disminución del apoyo social por parte del hombre.

- Pudiendo afirmar que las mujeres tienen una mayor religiosidad que los hombres, lo cual constatan estudios previos.

1.2. Estado Civil

Aplicando la prueba t de student para muestras independientes no se encuentran diferencias significativas entre las medias de las variables psicológicas ni de laboratorio en función de la variable estado civil reformulado en la que las categorías son: 1) con pareja; y 2) sin pareja.

No se encuentran resultados con diferencias significativas aplicando la prueba de ANOVA de un factor según las categorías: 1) viviendo con pareja o casado/a, sin hijos en casa; 2) viviendo con pareja o casado/a, con hijos en casa; 3) sin pareja y sin hijos; 4) sin pareja, viviendo con hijos; y 5) Otra situación.

1.3. Nivel educativo

Aplicando la prueba t de student para muestras independientes no se encuentran diferencias significativas entre las medias de las variables psicológicas ni de laboratorio en función de la variable nivel educativo reformulado en la que las categorías son: 1) estudios elementales; y 2) estudios medios. Tampoco se encuentran resultados con diferencias significativas aplicando la prueba de ANOVA de un factor según las categorías: 1) estudios elementales; 2) estudios medios, y 3) estudios superiores.

1.4. Ocupación

Aplicando la prueba de ANOVA de un factor con las categorías: trabajadores, pensionistas y trabajadores inactivos se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 3.47. ANOVA de ocupación

V. dependiente	F	Sig.	Método contraste	Diferencias de grupos	Diferencia de medias
Depresión	4,74	,011	Scheffé	Trabajadores Pensionistas	-,30*
Ajuste Mental al cáncer	5,17	,007	Scheffé	Trabajadores Pensionistas	,37*
Afecto positivo	3,31	,041	Scheffé	Trabajadores Pensionistas	,43*
Esperanza proactiva	3,31	,012	Scheffé	Trabajadores Pensionistas	,57*
Apoyo social	3,52	,033	Scheffé	Trabajadores Pensionistas	,68*
Significado vital	4,95	,009	Scheffé	Inactivos Trabajadores	-,58*
				Inactivos Pensionistas	-,72*
Esperanza emocional	6,29	,003	Scheffé	Trabajadores Pensionistas	,57*

Pudiendo afirmar en nuestra muestra que las personas trabajadoras tienen menores niveles de depresión que los pensionistas. Esto puede ser debido a encontrarse en los estadios iniciales de la enfermedad, sin pérdida de la funcionalidad ni las posibles consecuencias de la misma para su trayectoria vital

Las personas con trabajo tienen un mejor ajuste mental al cáncer que los pensionistas. El hecho de la propia dinámica del trabajo y mantener la mente ocupada aumenta el espíritu de lucha de la persona diagnosticada de cáncer.

Pudiendo afirmar en nuestra muestra que las personas trabajadoras tienen mayores niveles de afecto positivo que los pensionistas lo cual puede deberse a la motivación del propio desempeño y el poder sentirse activo, alerta y en ocasiones inspirado y firme en la vida laboral.

En nuestra muestra tienen una mayor esperanza proactiva los trabajadores que los pensionistas debido al hecho de poder desempeñar su labor y poder desarrollarse además de mantener las relaciones sociales unidas al desempeño.

En nuestra muestra tienen un mayor apoyo social percibido los trabajadores que los pensionistas; lo cual puede venir dado por el hecho del círculo de relaciones que se abre en el ámbito del trabajo, teniendo en cuenta éste como un círculo ajeno a la familia nuclear donde poder compartir y expresar las preocupaciones de una manera más abierta.

En nuestra muestra las personas inactivas tienen un significado vital menor que los trabajadores y los pensionistas. Lo cual podría estar relacionado con el período de asunción del diagnóstico y el significado asociado a muerte del mismo a pesar de que

con la terapéutica actual se puede asemejar a una enfermedad crónica en su evolución en la mayoría de los casos. Unido al hecho de la falta de rutinas y de encontrar objetivos cuando se está apartado temporalmente de la actividad laboral.

En nuestra muestra los trabajadores tienen mayores niveles de esperanza emocional que los pensionistas debido a una disposición emocional más optimista del futuro en la etapa activa en la que se vencen más fácilmente las adversidades que se van presentando.

1.5. Edad

Se realiza la prueba de ANOVA de un factor para las categorías de edad agrupada en los siguientes grupos: 22-40, 41-50, 51-60, 61-70, y >71.

Pudiendo afirmar en nuestra muestra que las personas con más edad tienen mayores niveles de depresión. Ello puede ser consecuencia de unos niveles de exigencia mayores con respecto al mundo laboral (y los estudios) que puede conllevar mayores niveles de estrés asociado. Asimismo, un mejor ajuste a los niveles de estrés que producen los hijos en edades tempranas con respecto a los que están en edades más cercanas a la emancipación y por ello a la necesidad económica de los padres en tiempos de crisis.

En nuestra muestra las personas de 22-40 años tienen mayores niveles de ajuste mental al cáncer. Teniendo en cuenta los mayores niveles de formación académica y en los ámbitos de habilidades sociales y resolución de conflictos podría ser que los más jóvenes tuvieran una adaptación al cáncer más exitosa.

En función de la variable edad agrupada se encuentra una diferencia significativa a nivel $p < .01$ en el caso del Apoyo social obteniéndose una $F=4,48$. Siendo la diferencia de medias 1,35 entre el grupo de 22-40 y 61-70; y de 1,74 entre el grupo de 22-40 y >71 según la prueba de Scheffé. En nuestra muestra tiene un mayor apoyo social percibido el grupo de 22-40 con respecto a los grupos de 61-70 y >71; lo cual puede venir dado por el hecho de ser el período donde se forman las amistades significativas y se va aumentando la percepción apoyo social en la entrada a la Universidad y el mercado laboral que marca también de alguna manera este círculo. Asimismo, hay una percepción de mayor cercanía a la familia nuclear que la que pudieran tener las personas mayores de 61 años.

Tabla 3.48. ANOVA de edad agrupada

V. dependiente	F	Sig.	Método contraste	Diferencias de grupos		Diferencia de medias
Depresión	2,46	,050	DMS	22-40	61-70 >71	-,40* -,28*
Ajuste Mental al cáncer	3,01	,022	Scheffé DMS	22-40	61-70 41-50 51-60 >71	,42* ,49* ,58* ,55*
Apoyo social	4,48	,002	Scheffé	22-40	61-70 >71	1,35* 1,74*
Esperanza emocional	2,46	,050	DMS	22-40 41-50 51-60 61-70	>71	1,01* 1,03* 1,05* 0,71*
Creatinina	4,36	,003	DMS	22-40 41-50 51-60 61-70	>71	-,52* -,46* -,33* -,43*
Hemoglobina	2,49	,050	DMS	22-40 41-50 51-60	>71	1,7* 2,23* 2,03*

Pudiendo afirmar en nuestra muestra que las personas con más edad tienen menores niveles de esperanza emocional. En el caso de las personas >60 años la enfermedad del cáncer se ralentiza en su progresión debido a que es una enfermedad

asociada al crecimiento del tejido maligno asociado al tumor. Esto podría suponer que la esperanza en cuanto a la progresión más lenta de la enfermedad haga que su creencia en ese no avance le haga ver el futuro con una visión de acomodación y por lo tanto no generación de expectativas de cambio y mejoría.

Pudiendo afirmar como encontró Jabary que las personas con más edad tienen mayores niveles de creatinina en sangre (2006).

En nuestra muestra las personas con más edad tienen menores niveles de hemoglobina. Hallazgos éstos encontrados en una proporción de hasta un 5% menor (Nilsson-Ehle, 1988).

1.6. Convivencia

Aplicando la prueba t de student para muestras independientes no se encuentran diferencias significativas teniendo en cuenta las siguientes categorías: 1) con pareja y 2) sin pareja.

Se realiza una prueba de ANOVA de un factor para las siguientes categorías: 1) viven solos, 2) con compañeros de piso, 3) viven en pareja con hijos, 4) viven en pareja sin hijos; y 5) viven sin pareja y con hijos.

Tabla 3.49. ANOVA de convivencia

V. dependiente	F	Sig.	Método contraste	Diferencias de grupos		Diferencias medias
Creatinina	3,05	,022	DMS	Pareja sin hijos	Pareja con hijos	1,77*
					Sin pareja y con hijos	0,29*
Depresión	2,31	,049	DMS	Viven solos	Viven en pareja	,52*
					Con compañeros piso	,72*

Se encuentra en función de la variable convivencia una diferencia significativa a nivel $p < .05$ en el caso de la Creatinina obteniéndose una $F = 3,05$. Siendo la diferencia de medias 1,77 entre los que viven en pareja sin hijos y los que lo hacen en pareja con hijos; y ,29 entre los que viven en pareja sin hijos y los que lo hacen sin pareja con hijos, ambas según la prueba DMS.

Los niveles de depresión parece que pueden estar asociados a, en un momento de especial fragilidad física y emocional como la enfermedad del cáncer, al hecho de poder compartir los mismos y sentirse apoyado por la pareja (Duggleby, 2012), y/o con compañeros de piso con respecto a las personas que viven solas.

VARIABLES CLÍNICAS

2.1. Tratamiento principal

Aplicando la prueba de ANOVA de un factor con las categorías: no cirugía ni quimioterapia, no cirugía y si quimio; y si cirugía. No se pudo aplicar la prueba debido

a que al menos un grupo tiene menos de 2 casos. Por lo que quitamos la categoría de sí cirugía y no quimioterapia.

Tabla 3.50. Comparación múltiple ANOVA de un factor categoría tratamiento principal

V. dependiente	F	Sig.	Método contraste	Diferencias grupos		Diferencia medias
Hemoglobina	4,31	,017	DMS	No cirugía	No cirugía si quimio	-2,30*
				Si cirugía	No cirugía si quimio	-,84*
Plaquetas	4,18	,019	Scheffé	No cirugía	No cirugía si quimio	193,32*
				ni quimio	Si cirugía	180,68*
Ansiedad	3,83	,025	Scheffé	No cirugía	No cirugía si quimio	-1,21*
				ni quimio	Si cirugía	-1,26*

En nuestra muestra las personas sometidas a cirugía tienen niveles inferiores de hemoglobina que los que no. Este hecho viene determinado por la pérdida de sangre en las intervenciones quirúrgicas; siendo preciso en las de mayor calado transfusiones sanguíneas de concentrados de hematíes por dicha causa. Unido al hecho del daño que produce a la médula ósea la quimioterapia produciendo una reducción temporal de los niveles de hemoglobina en sangre (Cancer.net, 2016).

Podemos decir que en nuestra muestra tienen menores niveles de plaquetas las personas en tratamiento con quimioterapia; y en una menor proporción aquellas que han sido sometidas a cirugía. En el caso de la quimioterapia la trombocitopenia es un efecto secundario asociado a su administración (Oncolink.org, 2016). Teniendo en cuenta que uno de los factores de aumento de sangrado en las cirugías es las alteraciones en la coagulación que vendría agravada por la trombocitopenia (Granados, 2013).

Pudiendo afirmar en nuestra muestra que las personas que han sido operadas y/o reciben tratamiento con quimioterapia tienen niveles superiores de ansiedad. Esto puede ser debido al hecho de la ansiedad que una cirugía debido a las expectativas sobre el buen desarrollo de la misma crea en la persona. Y también los múltiples efectos secundarios asociados a la quimioterapia hacen que el comienzo y posterior desarrollo de las sesiones ocasionen grandes niveles de ansiedad.

2.2. *Estadio*

Aplicando la prueba t de student para muestras independientes se encuentran diferencias significativas entre las medias de las variables psicológicas en función de la variable estadio reformulado en la que las categorías son: 1) estadios I y II; y 2) estadios III y IV.

Tabla 3.51. Prueba t de student estadio y variables psicológicas y de laboratorio

	Estadios I	Estadio II	t	Sig. (bilateral)
Creatinina	,73	,84	-2,10	,03
Síntomas físicos	3,04	4,52	-2,42	,01

Afirmando que en nuestra muestra las personas en estadios avanzados tienen mayores niveles séricos de creatinina. Las personas en estadios avanzados de la enfermedad ya sea por la quimioterapia paliativa, la polifarmacia asociada a los efectos secundarios y/o de progresión de la enfermedad de una manera alargada en el tiempo; producen una alteración de la función renal produciendo por tanto un aumento de la creatinina en sangre.

Pudiendo afirmar que en nuestra muestra las personas con más sintomatología física tienen estadios más avanzados de la enfermedad. Como resultado de la progresión

de la enfermedad y de una extensión del tumor primario se produce un mayor daño tisular y por lo tanto una disminución o afectación de diferentes órganos o aparatos que provocan dichos síntomas físicos asociados.

2.3. Tiempo desde el diagnóstico

No se encuentran diferencias significativas en las medias de las variables psicológicas en función de la variable tiempo desde el diagnóstico reformulada en las categorías de: 1) <18 meses; y 2) >18 meses.

En las variables de laboratorio se encuentran diferencias significativas y de sentido positivo con los valores de la glucosa, $t(4) = 2,32, p < .05$. Se puede aseverar que en nuestra muestra las personas cuyo mayor tiempo ha transcurrido desde el diagnóstico tienen mayores niveles séricos de glucosa.

2.4. Pronóstico

Se encuentran diferencias significativas entre las medias de las variables psicológicas en función de la variable pronóstico reformulado en las categorías: 1) supervivencia prolongable con tratamiento antitumoral; y 2) potencialmente curable.

Aplicando la prueba de ANOVA de un factor con las categorías: pronóstico de supervivencia no prolongable, potencialmente curable, y supervivencia prolongable.

Tabla 3.52. ANOVA de pronóstico

V. dependiente	F	Sig.	Método contraste	Diferencias de grupos	Diferencia de medias	
Esperanza proactiva	3,17	,046	DMS	Supervivencia no prolongable	Potencialmente curable	-,58*
				Supervivencia no prolongable	Supervivencia prolongable	-,72*

Se puede aseverar que en nuestra muestra las personas cuyo pronóstico es peor tienen menores niveles de esperanza proactiva. Lo cual puede ser debido a una mejor capacidad de cambio o posibilidad de que éste se produzca para mejorar su situación actual en las personas a las que el clínico les reporta una supervivencia prolongable con el tratamiento antitumoral y/o la potencial curación con el tratamiento quimioterápico. Desde el punto de vista clínico habrá que tener en cuenta dicho aspecto para la introducción de programas precisamente en las personas cuyo pronóstico de supervivencia se pierde con la consiguiente afectación emocional que podría conllevar.

2.5. Karnofsky

Tabla 3.53. Prueba t de student para Karnofsky (<80;81-100)

	<80	>80	t	Sig. (bilateral)
Creatinina	.86	,68	3,55	,001
Esperanza proactiva	3,17	3,55	-1,98	,05
Apoyo social	3,40	3,90	-2,03	,04
Proactividad	3,75	4,12	-2,08	,03
Síntomas físicos	4,32	3,21	2,00	,04

Aplicando la prueba t de student para muestras independientes se encuentran diferencias significativas entre las medias de las variables psicológicas en función de la variable Karnofsky reformulada en la que las categorías son: 1) <80; y 2) >80.

Se puede aseverar que en nuestra muestra las personas con mayor Karnofsky tienen menores niveles séricos de creatinina. Debido a un mejor estado físico general precisarán menos medicación tanto de soporte como de tratamiento de base que se muestra en una mejor función renal.

Pudiendo afirmar que en nuestra muestra las personas con más Karnofsky tienen mayor apoyo social. Según la lógica de la escala que mide la funcionalidad del paciente en las Actividades de la Vida Diaria pueden aumentar mejor dicha red social.

Aseverando que las personas con más Karnofsky tienen mayor puntuación en esperanza proactiva. Lo cual puede ser debido a una mejor capacidad de cambio o posibilidad de que éste se produzca para mejorar su situación actual.

En nuestra muestra las personas con mayor Karnofsky tienen mayores niveles de proactividad. Según la lógica de la escala que mide la funcionalidad del paciente en las Actividades de la Vida Diaria tendrán un mayor nivel de proactividad para vencer las limitaciones funcionales que presentan.

Pudiendo afirmar que las personas con más Karnofsky tienen menos síntomas físicos. Lo cual se explica según la lógica de la misma escala de medición en la cual va en sentido inverso el grado de funcionalidad con respecto a la presencia de síntomas que pueden verla afectada.

2.6. Situación actual

La respuesta de la enfermedad al tratamiento viene dada por las siguientes categorías: (0) no valorable; (1) en tratamiento adyuvante; (2) respuesta parcial; (3) en progresión; y (4) respuesta completa.

Para no perder ninguna categoría de esta variable clínica a fin de no perder información valiosa de la muestra se lleva a cabo un ANOVA de un factor.

Obteniendo una diferencia significativa y positiva tan solo en los valores de creatinina ($F= 4,989, p < .01$). Siendo la diferencia de medias .36 entre los que no son valorables con respecto a los que están en tratamiento adyuvante; y .47 entre los que no son valorables y los que están en remisión completa. Ambas según la prueba de Scheffé. Podemos decir que en nuestra muestra las personas con una situación no valorable por su peor situación tienen la creatinina más alta. Debido al estadio avanzado presentarán mayor deterioro físico y funcional y por la pluripatología asociada y polifarmacia una disminución de la función renal.

2.7. Otro tratamiento

En el caso de esta categoría se ha efectuado un ANOVA de un factor con tres categorías (Hormonoterapia, Radioterapia, y Hormonoterapia más Radioterapia).

Podemos decir que en nuestra muestra las personas sin otros tratamientos tienen mejor calidad de vida que las que están en tratamiento con radioterapia. Lo cual viene apoyado por la ausencia de los efectos secundarios en la piel de la zona de radiación, así como la sintomatología física asociada de astenia y local según órgano posible de afección. Asimismo, las que están en tratamiento con hormonoterapia tienen mejora

calidad de vida que las que reciben radioterapia. Debido a que los efectos secundarios de la hormonoterapia parecen ser mejor tolerados por los pacientes y haber sido controlados con la evolución de los propios fármacos utilizados para ella.

Tabla 3.54. ANOVA de otro tratamiento

V. dependiente	F	Sig.	Método contraste	Diferencias de grupos		Diferencia de medias
CV global	2,65	,052	DMS	No otro tto	Radioterapia	-,31*
				Radio	Hormonoterapia	-,51*
Afecto positivo	4,18	,008	DMS	No otro tto	Hormonoterapia	-,56*
				otro tto	Radioterapia	-,72*

Podría aparecer esta afectividad positiva asociada a la idea de la persona con cáncer, percibido este como situación de amenaza de difícil control, la sola introducción de nuevos tratamientos entendidos éstos como nuevas posibilidades del clínico para atajar dicho problema de salud son bien recibidas en aras a una mayor posibilidad de curación o paliación de los síntomas.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN JERÁRQUICA

1. Estudio transversal

Se realizó un análisis de regresión jerárquica teniendo en cuenta el modelo planteado, consistente en una estructura procesual donde se encuentran las variables sociodemográficas (género, edad, nivel educativo, ocupación y convivencia), las variables de laboratorio (leucocitos, hemoglobina, creatinina, glucosa, sodio, potasio, plaquetas, GOT y GPT), las variables clínicas (tiempo desde el diagnóstico, tratamiento principal, otro tratamiento, pronóstico, estadio y situación actual), y variables predictoras (ansiedad, afecto positivo, afecto negativo, esperanza proactiva, apoyo

social, significado vital, optimismo, implicación, benevolencia, Proactividad, esperanza emocional, religiosidad y disfuncionalidad).

El objeto de este análisis es conocer los efectos de las variables sociodemográficas, las variables de laboratorio, las variables clínicas y las variables predictoras sobre las variables criterio (ajuste mental al cáncer, depresión, sintomatología, Karnofsky y calidad de vida global).

El análisis de regresión ha consistido en una regresión múltiple jerárquica, utilizando el método de pasos sucesivos. Para minimizar los efectos de multicolinealidad, se realizaron todos los análisis con las variables predictoras estandarizadas (Cohen, Cohen, West y Aiken, 2003).

1.1. Análisis de regresión del ajuste mental al cáncer.

En este primer análisis de regresión jerárquica, se tomaron como variables predictoras las variables psicológicas, expuestas en el apartado anterior, tenidas en cuenta en este estudio: ansiedad, afecto positivo, afecto negativo, esperanza proactiva, apoyo social, significado vital, optimismo, implicación, benevolencia, proactividad, esperanza emocional, religiosidad y disfuncionalidad.

El análisis se realizó en cuatro pasos sucesivos. En primer lugar, se introdujeron las variables sociodemográficas (género, edad, nivel educativo, ocupación y convivencia), En el segundo paso, se introdujeron las variables de laboratorio (leucocitos, hemoglobina, creatinina, glucosa, sodio, potasio, plaquetas, GOT y GPT). En el paso tres, se incluyeron las variables clínicas (tiempo desde el diagnóstico, tratamiento principal, otro tratamiento, pronóstico, estadio y situación actual).

En el cuarto paso, se introdujeron las variables psicológicas predictoras.

Tabla 3.55. Regresión múltiple tomando como variable criterio ajuste mental al cáncer

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2	β Paso 3	β Paso 4
<i>Paso 1</i>				
Género	-,114	-,027	,000	-,071
Edad	-,279+	-,207	-,200	-,134
Nivel educativo	-,120	-,089	-,037	-,090
Ocupación	-,199	-,321+	-,332	,037
Convivencia	,028	,111	,107	,009
<i>Paso 2</i>				
Leucocitos		,199	,224	,057
Hemoglobina		-,005	,005	-,003
Creatinina		,067	,069	,163
Glucosa		,035	,062	-,039
Sodio		,039	,042	,190
Potasio		-,231+	-,204	-,163
Plaquetas		,026	,032	,026
GOT		,141	,146	,106
GPT		,247	,280	,096
<i>Paso 3</i>				
Tiempo desde diagnóstico			,005	-,397*
Otro tratamiento			,059	-,183
Tratamiento principal			,098	,153
Pronóstico			,016	-,126
Estadio			,046	,063
Situación actual			,001	,046
<i>Paso 4</i>				
Ansiedad				-,109
Afecto positivo				,353+
Afecto negativo				-,120
Esperanza proactiva				-,286
Apoyo social				,016
Significado vital				,219
Optimismo				-,111
Implicación				,284
Benevolencia				-,291*
Proactividad				,416*
Esperanza emocional				,095
Religiosidad				,030
Disfuncionalidad				-,308+
R cuadrado	,162	,361	,371	,823
Variación R cuadrado	,162	,199	,010	,452
F	1,932	1,655	1,031	3,094
Sig. Cambio en F	,105	,212	,997	,001***

^aNota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.
+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En el primer paso, como se observa en la 3.55, la variable control convivencia ($\beta = -.199$; $p < .1$) tiene un efecto principal negativo sobre el ajuste mental al cáncer; específicamente, las personas que viven en pareja tienen un mejor ajuste mental al cáncer que las que los hacen en una institución, con compañeros y/o solas. Estas variables explican el 16% de la varianza total del ajuste mental al cáncer

En el segundo paso, las variables sociodemográficas y de laboratorio explican un 36% de la varianza total; ocupación ($\beta = -.32$; $p < .1$) y potasio ($\beta = -.23$; $p < .1$) tienen un efecto principal negativo sobre ajuste mental al cáncer.

Finalmente, en el cuarto paso, la inclusión las interacciones entre la variable criterio ajuste mental al cáncer y las variables predictoras permite explicar un 82% de la varianza total; se encuentran interacciones significativas negativa entre ajuste mental al cáncer y benevolencia ($\beta = -.29$; $p < .05$); y positiva entre ajuste mental al cáncer y proactividad ($\beta = .41$; $p < .05$). Teniendo en cuenta que el concepto de bondad utilizado en nuestro estudio entronca con la aceptación del mundo tal y como está; podríamos decir que sería contraria a la idea de espíritu de lucha que se incluye en la variable de ajuste mental al cáncer. Y por esto mismo la Proactividad se relacionaría de forma directa mediante la vivencia del día a día, los motivos de lucha, ocuparse en ser feliz y mantenerse activo para evitar los pensamientos negativos.

1.2. Análisis de regresión de la depresión.

En este análisis se incluyen las mismas variables y se aplican los mismos pasos que en la regresión jerárquica previa; siendo la variable criterio depresión e incluyéndose en el cuarto paso la variable criterio ajuste mental al cáncer.

En el primer paso, como se observa en la 3.56, no hay variables sociodemográficas con una beta significativa. Dichas variables explican el 17% de la varianza total de la depresión.

En el segundo paso, las variables sociodemográficas y de laboratorio explican un 24% de la varianza total; la ocupación ($\beta = .34$; $p < .1$) tiene un efecto principal positivo sobre la depresión.

En el tercer paso, la inclusión de las variables clínicas no resulta significativa, explicando solamente un 3% de la varianza. No presentando ninguna variable una beta significativa.

Finalmente, en el cuarto paso, la inclusión las interacciones entre la variable criterio depresión y las variables predictoras permite explicar un 86% de la varianza total; se encuentran interacciones significativas negativas entre depresión y esperanza proactiva ($\beta = -.45$; $p < .05$), depresión y ajuste mental al cáncer ($\beta = -.40$; $p < .05$). Encontrando que las variables más importantes para determinar la depresión son la esperanza proactiva y el ajuste mental al cáncer; ambas en sentido inverso. Determinado este hecho por la inclusión en la esperanza proactiva de aspectos tales como la posibilidad de enfrentar y resolver los problemas, búsqueda enérgica de las metas, pensamiento sobre la consecución de las mismas y las múltiples maneras de conseguir las. Y la mayor valoración de la vida desde el diagnóstico, la importancia del estado mental, el sentido del humor, estar ocupado y vivir la enfermedad como un reto para luchar contra ella desde la subescala de espíritu de lucha en el ajuste mental al cáncer.

Tabla 3.56. Regresión múltiple tomando como variable criterio la depresión

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2	β Paso 3	β Paso 4
<i>Paso 1</i>				
Género	,060	,042	-,011	-,024
Edad	,203	,118	,173	-,145
Nivel educativo	,073	,007	-,038	-,063
Ocupación	,261	,346+	,325	-,149
Convivencia	-,156	-,152	-,142	-,110
<i>Paso 2</i>				
Leucocitos		-,091	-,137	,031
Hemoglobina		,160	,122	,020
Creatinina		-,015	,004	,073
Glucosa		-,016	-,040	,115
Sodio		,078	,058	-,063
Potasio		,059	,028	-,117
Plaquetas		-,102	-,085	,103
GOT		-,051	,004	,201
GPT		-,149	-,237	-,214
<i>Paso 3</i>				
Tiempo desde el diagnóstico			,001	,017
Otro tratamiento			-,121	,101
Tratamiento principal			-,059	-,048
Pronóstico			-,036	,227
Estadio			-,192	,104
Situación actual			,094	,063
<i>Paso 4</i>				
Ansiedad				,060
Afecto positivo				,055
Afecto negativo				,151
Esperanza proactiva				-,453*
Apoyo social				-,083
Significado vital				,258
Optimismo				,256+
Implicación				-,118
Benevolencia				-,175
Proactividad				,001
Esperanza emocional				-,118
Religiosidad				,101
Disfuncionalidad				,112
Ajuste mental al cáncer				-,403*
R cuadrado	,171	,249	,283	,860
Variación R cuadrado	,171	,078	,034	,576
F	2,056	,971	,692	3,780
Sig. Cambio en F	,087+	,883	,943	,000***

^a Nota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.

+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1.3. Análisis de regresión de la sintomatología física:

En el primer paso, como se observa en la 3.57, no hay variables sociodemográficas con una beta significativa. Dichas variables explican el 7% de la varianza total de la sintomatología.

En el segundo paso, las variables sociodemográficas y de laboratorio explican un 20% de la varianza total; la glucosa ($\beta = -.34$; $p < .1$) tiene un efecto principal negativo sobre la sintomatología.

En el tercer paso, la inclusión de las variables clínicas no resulta significativa, explicando solamente un 9% de la varianza.

Finalmente, en el cuarto paso, la inclusión de las interacciones entre la variable criterio sintomatología y el resto de las variables permite explicar el 80% de la varianza total. El significado vital ($\beta = -.46$; $p < .05$) tienen un efecto principal negativo sobre la sintomatología. Y la GPT ($\beta = .77$; $p < .01$) y la disfuncionalidad ($\beta = .55$; $p < .01$) tienen un efecto principal positivo. La GPT elevada como encima hepática puede asimilarse a una evolución tórpida de la enfermedad y por tanto de la sintomatología asociada a la misma, así como a los tratamientos asociados como puede ser la quimioterapia y la polifarmacia. En el caso de la disfuncionalidad parece a nivel teórico claro su asociación directa con la sintomatología que provoca limitaciones en aspectos del trabajo, actividades cotidianas, el tiempo libre, la memoria, la vida familiar e incluso en el estado financiero de la persona.

Tabla 3.57. Regresión múltiple tomando como variable criterio sintomatología

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2	β Paso 3	β Paso 4
<i>Paso 1</i>				
Género	-,008	,116	,132	,203
Edad	,127	,032	-,053	,232
Nivel educativo	,071	,120	,096	,175
Ocupación	,151	,268	,195	-,160
Convivencia	-,151	-,055	-,153	,253
<i>Paso 2</i>				
Leucocitos		,239	,094	0,53
Hemoglobina		,015	,051	-,040
Creatinina		,194	,187	-,002
Glucosa		-,342+	-,209	-,333+
Sodio		-,130	-,036	-,088
Potasio		,065	,078	,190
Plaquetas		-,239	-,179	-,153
GOT		,002	-,116	-,146
GPT		,341	,370	,775**
<i>Paso 3</i>				
Tiempo desde el diagnóstico			-,029	,085
Otro tratamiento			-,079	-,098
Tratamiento principal			,159	-,038
Pronóstico			-,179	-,040
Estadio			,185	,111
Situación actual			,207	,252
<i>Paso 4</i>				
Ansiedad				,107
Afecto positivo				,163
Afecto negativo				,213
Esperanza proactiva				-,243
Apoyo social				,150
Significado vital				-,461*
Optimismo				-,179
Implicación				,134
Benevolencia				-,021
Proactividad				-,041
Esperanza emocional				,170
Religiosidad				-,014
Disfuncionalidad				,556**
Ajuste mental al cáncer				-,006
Depresión				,374
R cuadrado	,070	,275	,367	,802
Variación R cuadrado	,070	,205	,092	,435
F	,755	1,110	1,014	2,314
Sig. Cambio en F	,586	,274	,542	,013**

^aNota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.

+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1.4. Análisis de regresión del Karnofsky:

Incluyéndose en el cuarto paso las variables criterio ajuste mental al cáncer, depresión y sintomatología física.

En el primer paso, como se observa en la 3.58, no hay variables con una beta significativa. Dichas variables explican el 16% de la varianza total de la sintomatología siendo su introducción en el modelo significativo.

En el segundo paso, las variables sociodemográficas y de laboratorio explican un 28% de la varianza total; no encontrándose variables con una beta significativa.

En el tercer paso, la inclusión de las variables clínicas no resulta significativa, explicando solamente un 18% de la varianza. El tiempo desde el diagnóstico ($\beta = -.31$; $p < .1$) tiene un efecto principal negativo sobre la funcionalidad (Karnofsky) del paciente.

Finalmente, en el cuarto paso las variables permiten explicar el 77% de la varianza total; la depresión ($\beta = .68$; $p < .05$), y la religiosidad ($\beta = .37$; $p < .05$) tienen un efecto principal positivo sobre el Karnofsky. En la valoración clínica de la funcionalidad puede percibir éste el hecho de que la persona se encuentre más animada a pesar de las dificultades y una mayor iniciativa y/o voluntad por poner todo de su parte con respecto a las indicaciones médicas provocando una mejor adherencia terapéutica fruto de una mayor adaptabilidad. La depresión por su parte como variable negativa y de consecuencia al denotar tristeza, desdicha, fracaso, pérdida de interés e imposibilidad de la capacidad de tomar decisiones puede agravar la sintomatología asociada a la enfermedad.

Tabla 3.58. Regresión múltiple tomando como variable criterio Karnofsky

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2	β Paso 3	β Paso 4
<i>Paso 1</i>				
Género	,141	,065	,048	,110
Edad	-,240	-,097	-,155	-,369
Nivel educativo	-,087	-,105	-,040	,056
Ocupación	-,194	-,253	-,152	-,174
Convivencia	,004	-,034	-,008	-,257
<i>Paso 2</i>				
Leucocitos		,110	,108	-,075
Hemoglobina		-,194	-,190	-,107
Creatinina		-,202	-,108	-,062
Glucosa		-,039	-,067	,119
Sodio		-,120	-,050	-,040
Potasio		,031	,129	,080
Plaquetas		,091	,091	,081
GOT		,157	,154	,033
GPT		-,158	-,065	-,024
<i>Paso 3</i>				
Tiempo desde el diagnóstico			-,312+	-,355
Otro tratamiento			,058	,062
Tratamiento principal			,260	,355
Pronóstico			,304	,345
Estadio			,285+	,380+
Situación actual			,050	,140
<i>Paso 4</i>				
Ansiedad				,125
Afecto positivo				-,169
Afecto negativo				,400
Esperanza proactiva				,257
Apoyo social				-,362+
Significado vital				,111
Optimismo				,107
Implicación				-,200
Benevolencia				-,065
Proactividad				-,093
Esperanza emocional				-,161
Religiosidad				,378*
Disfuncionalidad				,056
Ajuste mental al cáncer				-,228
Depresión				-,685*
Sintomatología				-,101
R cuadrado	,169	,286	,467	,770
Variación R cuadrado	,169	,117	,181	,303
F	2,040	1,174	1,534	1,766
Sig. Cambio en F	,089+	,330	,131	,094+

^aNota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.

+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1.5. Análisis de regresión de la calidad de vida global:

En este análisis se incluyen las mismas variables y se aplican los mismos pasos que en la regresión jerárquica previa; siendo la variable criterio Karnofsky e incluyéndose en el cuarto paso las variables criterio ajuste mental al cáncer, depresión y sintomatología física.

En el primer paso, como se observa en la 3.59, la ocupación ($\beta = -.35$; $p < .05$) tiene un efecto principal negativo sobre la calidad de vida global. Es decir, las personas que trabajan tienen una mejor calidad de vida global que las inactivas y/o pensionistas. Las variables sociodemográficas explican el 18% de la varianza total de la sintomatología siendo su introducción en el modelo significativa.

En el segundo paso, las variables sociodemográficas y de laboratorio explican un 14% de la varianza total; reiterándose la ocupación ($\beta = -.46$; $p < .01$) con un efecto principal negativo sobre la calidad de vida global.

En el tercer paso, la inclusión de las variables clínicas no resulta significativa, explicando solamente un 8,5% de la varianza; no encontrándose variables con una beta significativa.

Finalmente, en el cuarto paso, la inclusión las interacciones entre la variable criterio calidad de vida global y las variables predictoras permite en global explicar un 86% de la varianza total; el tratamiento principal ($\beta = .36$; $p < .05$) tiene un efecto principal positivo sobre la calidad de vida. Y la convivencia ($\beta = -.35$; $p < .05$) tienen un efecto principal negativo sobre la calidad de vida global. Siendo clara la influencia del hecho de tener pareja para un mejor compartimiento de las emociones como clave en la calidad de vida global percibida por la persona. Del mismo modo la realización de medidas quirúrgicas como resultado de una localización adecuada del tumor que lo hace reseccionable es el punto de partida para una mejor calidad de vida por parte de las personas con cáncer.

Tabla 3.59. Regresión múltiple variable criterio calidad de vida global

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2	β Paso 3	β Paso 4
<i>Paso 1</i>				
Género	-,082	-,140	-,091	,062
Edad	-,101	,066	,032	-,063
Nivel educativo	-,065	-,151	-,011	,232
Ocupación	-,351*	-,462**	-,332	-,150
Convivencia	-,135	-,204	-,166	-,359*
<i>Paso 2</i>				
Leucocitos		,127	,275	,159
Hemoglobina		-,063	-,010	,052
Creatinina		-,203	-,239	-,100
Glucosa		,138	,168	,206
Sodio		-,024	,021	-,072
Potasio		,001	,050	,067
Plaquetas		,196	,179	,124
GOT		,133	,165	,094
GPT		-,284	-,182	-,122
<i>Paso 3</i>				
Tiempo desde diagnóstico			-,175	-,105
Otro tratamiento			,223	,231
Tratamiento principal			,251	,363*
Pronóstico			,006	,028
Estadio			,034	,241
Situación actual			-,218	-,132
Ansiedad				,105
Afecto positivo				,020
Afecto negativo				,225
Esperanza proactiva				,226
Apoyo social				-,153
Significado vital				,149
Optimismo				,269
Implicación				-,182
Benevolencia				,158
Proactividad				,060
Esperanza emocional				-,095
Religiosidad				,160
Disfuncionalidad				-,155
Ajuste mental al cáncer				,197
Depresión				,013
Sintomatología				-,304
Karnofsky				,021
R cuadrado	,186	,333	,419	,862
Variación R cuadrado	,186	,147	,085	,443
F	2,284	1,464	1,260	3,038
Sig. Cambio en F	,060+	,450	,536	,007**

^aNota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.

+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2. Estudio longitudinal

Se realizó un análisis de regresión jerárquica teniendo en cuenta el efecto de las variables a nivel temporal (esto es, en tiempo 1 y en tiempo 2 después de 3 meses). El modelo planteado, consistente en una estructura procesual, tal como en el estudio transversal, pero en éste caso seleccionaremos de cada uno de los bloques de variables aquellas que han resultado significativas en el T1, debido a que nivel metodológico no era posible considerar un número de variables que sobrepasaría al número de participantes utilizados adecuados para la carga factorial en cada ítem. De esta manera, se procedió en el primer paso de las regresiones jerárquicas a incluir solo unas pocas de las variables inicialmente incluidas y que han mostrado previamente su carácter predictor: la variable de laboratorio (GPT), la variable clínica (tratamiento principal), y variables predictoras (esperanza proactiva, significado vital, benevolencia, proactividad, religiosidad y disfuncionalidad) y ajuste mental al cáncer, todas ellas en el tiempo 1 y en el tiempo 2. El objeto de este análisis es conocer los efectos temporales de dichas variables de laboratorio, clínicas y psicológicas predictoras sobre las variables criterio en el tiempo 2 (ajuste mental al cáncer, depresión, sintomatología, Karnofsky y calidad de vida global).

El análisis de regresión ha consistido en una regresión múltiple jerárquica, utilizando el método de pasos sucesivos, analizando los efectos temporales de las variables predictoras. Para minimizar los efectos de multicolinealidad, se realizaron todos los análisis con las variables predictoras estandarizadas (Cohen, Cohen, West y Aiken, 2003).

2.1 Análisis de regresión del ajuste mental al cáncer en el tiempo.

El análisis se realizó en dos pasos sucesivos. En primer lugar, se introdujeron la variable clínica (tratamiento principal), la variable de laboratorio (GPT), y las variables predictoras, todas en su tiempo 1. En el paso dos, se incluyeron la variable clínica (tiempo principal), la variable de laboratorio (GPT), y las variables predictoras, todas ellas en su tiempo 2.

Tabla 3.60. Regresión longitudinal: variable explicada ajuste mental al cáncer T2

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2
<i>Paso 1</i>		
Tratamiento principal T1	-,117	-,004
GPT T1	-,133	-,261
Esperanza proactiva T1	,143	-,270
Significado vital T1	,062	,150
Benevolencia T1	,195	-,004
Proactividad T1	-,084	,091
Religiosidad T1	-,062	-,170
Disfuncionalidad T1	,018	,063
Ajuste mental al cáncer T1	,722**	,543*
<i>Paso 2</i>		
Tratamiento principal T2		Excluida
GPT T2		-,057
Esperanza proactiva T2		,345+
Significado vital T2		,168
Benevolencia T2		Excluida
Proactividad T2		,185
Religiosidad T2		,039
Disfuncionalidad T2		,329*
R cuadrado	,575	,850
Variación R cuadrado	,575	,275
F	3,008	5,275
Sig. Cambio en F	,019*	,002**

^a Nota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.
+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En el primer paso, como se observa en la 3.60., encontramos un efecto temporal significativo del ajuste mental al cáncer en su tiempo 1 ($\Delta R^2 = .57$; $p < .05$)

En el segundo paso, teniendo en cuenta además los efectos temporales de la introducción de las variables en el tiempo 2, tienen como resultado un efecto significativo sobre el ajuste mental al cáncer en su tiempo 2 ($\Delta R^2=.27$; $p<.01$). Manteniéndose el efecto significativo sobre el ajuste mental al cáncer en el tiempo 1 y apareciendo un efecto también significativo y positivo de la disfuncionalidad en el tiempo 2 ($\beta=.33$; $p<.05$) sobre el ajuste mental al cáncer en el tiempo 2.

2.2. Análisis de regresión de la depresión en el tiempo 2

El análisis se realizó en dos pasos sucesivos como se ha comentado previamente. En primer lugar, se introdujeron la variable clínica (tratamiento principal), la variable de laboratorio (GPT), y las variables predictoras igual que el modelo anterior, todas en su tiempo 1. En el paso dos, se incluyeron la variable clínica (tratamiento principal), la variable de laboratorio (GPT), y las mismas variables predictoras pero en su tiempo 2.

En el primer paso, como se observa en la 3.61, no hay variables significativas, solo se observan tendencias. En el segundo paso, se obtienen efectos temporales significativos sobre la depresión en el tiempo 2 ($\Delta R^2=.34$; $p<.05$). Esto es, los resultados no revelan efectos temporales significativos sobre la depresión en el tiempo 2 de las variables en el tiempo 1. Encontrándose un efecto principal positivo en el caso del significado vital T2 y negativo en el de la disfuncionalidad T2. De manera conjunta, estas variables llegan a explicar un porcentaje significativo de la varianza de la depresión en el tiempo dos.

Tabla 3.61. Regresión longitudinal: variable explicada depresión T2

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2
<i>Paso 1</i>		
Tratamiento principal T1	,128	,153
GPT T1	,124	,257
Esperanza proactiva T1	,117	,327
Significado vital T1	,012	-,144
Benevolencia T1	,149	,019
Proactividad T1	-,296	-,042
Religiosidad T1	-,126	-,152
Disfuncionalidad T1	,041	-,131
Depresión T1	,457	,590+
<i>Paso 2</i>		
Tratamiento principal T2		Excluida
GPT T2		-,282
Esperanza proactiva T2		-,024
Significado vital T2		,460*
Benevolencia T2		Excluida
Proactividad T2		-,339
Religiosidad T2		,032
Disfuncionalidad T2		-,512*
R cuadrado	,387	,729
Variación R cuadrado	,387	,343
F	1,470	2,696
Sig. Cambio en F	,223	,032*

^a Nota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.
+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3. Análisis de regresión de la sintomatología en el tiempo 2.

Se tomaron como variables predictoras el tratamiento principal, GPT, y las variables psicológicas, expuestas en el apartado anterior: esperanza proactiva, significado vital, benevolencia, proactividad, religiosidad y disfuncionalidad. Todas las variables fueron incluidas en el tiempo 1. En el paso dos, se incluyeron la variable tiempo principal y la variable (GPT), y las variables predictoras enumeradas anteriormente en su tiempo 2.

Tabla 3.62. Regresión longitudinal: variable explicada sintomatología T2

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2
<i>Paso 1</i>		
Tratamiento principal T1	,118	,085
GPT T1	-,227	-,205
Esperanza proactiva T1	-,924+	-,489
Significado vital T1	,486	,476
Benevolencia T1	,147	,058
Proactividad T1	,361	,270
Religiosidad T1	-,031	,146
Disfuncionalidad T1	-,270	-,252
Sintomatología T1	,235	,467
<i>Paso 2</i>		
Tratamiento principal T2		Excluida
GPT T2		-,075
Esperanza proactiva T2		,106
Significado vital T2		-,060
Benevolencia T2		Excluida
Proactividad T2		,147
Religiosidad T2		-,224
Disfuncionalidad T2		-,636*
R cuadrado	,353	,649
Variación R cuadrado	,353	,297
F	1,089	1,482
Sig. Cambio en F	,416	,249

^a Nota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.

+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En el primer paso, como se observa en la 3.62, no hay variables significativas.

En el segundo paso, se encuentra un efecto principal negativo en el caso de la disfuncionalidad T2 ($\beta = -.63$; $p < .05$). Sin embargo, éste no supone un incremento significativo.

2.4. Análisis de regresión del Karnofsky en el tiempo 2.

El análisis se realizó en dos pasos sucesivos. En primer lugar, se introdujeron la variable clínica (tratamiento principal), la variable de laboratorio (GPT), y las variables predictoras psicológicas como en los modelos anteriores, todas en su tiempo 1. En el paso dos, se incluyeron la variable tiempo principal y la variable GPT, y las variables predictoras habituales en su tiempo 2.

Tabla 3.63. Regresión longitudinal: variable explicada Karnofsky T2

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2
<i>Paso 1</i>		
Tratamiento principal T1	-,084	-,190
GPT T1	-,055	,170
Esperanza proactiva T1	,024	-,001
Significado vital T1	-,027	-,135
Benevolencia T1	-,010	,135
Proactividad T1	-,270	-,459
Religiosidad T1	-,257+	-,144
Disfuncionalidad T1	-,169	-,171
Karnofsky T1	,742***	,758***
<i>Paso 2</i>		
Tratamiento principal T2		Excluida
GPT T2		-,130
Esperanza proactiva T2		-,223
Significado vital T2		-,296
Benevolencia T2		Excluida
Proactividad T2		,075
Religiosidad T2		-,055
Disfuncionalidad T2		,442*
R cuadrado	,647	,794
Variación R cuadrado	,647	,147
F	4,274	3,844
Sig. Cambio en F	,003**	,007**

^a Nota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.
+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En el primer paso, como se observa en la 3.63., encontramos un efecto temporal significativo del Karnofsky en su tiempo 1 ($\Delta R^2 = .65$; $p < .01$). En el segundo paso, los efectos temporales de la introducción de las variables en el tiempo 2, tienen como resultado un efecto significativo sobre el Karnofsky en su tiempo 2 ($\Delta R^2 = .15$; $p < .01$). Manteniéndose el efecto significativo sobre el Karnofsky en el tiempo 1 y apareciendo un efecto también positivo de la disfuncionalidad en el tiempo 2 ($\beta = .44$; $p < .05$).

2.5. Análisis de regresión de la calidad de vida global tiempo 2

El análisis se realizó en dos pasos sucesivos. En primer lugar, se introdujeron la variable clínica (tratamiento principal), la variable de laboratorio (GPT), y las variables predictoras comentadas en los otros modelos, todas en su tiempo 1. En el paso dos, se

incluyeron la variable clínica (tiempo principal), la variable de laboratorio (GPT), y las variables predictoras en su tiempo 2.

Tabla 3.64. Regresión longitudinal: variable explicada calidad de vida global T2

Pasos del modelo y variables ^a	β Paso 1	β Paso 2
Paso 1		
Tratamiento principal T1	,019	,207
GPT T1	-,380	-,532
Esperanza proactiva T1	-,821*	-,806*
Significado vital T1	,316	,551*
Benevolencia T1	,172	,087
Proactividad T1	,408	,620*
Religiosidad T1	-,169	,095
Disfuncionalidad T1	,026	,098
Calidad vida global T1	-,249	-,055
Paso 2		
Tratamiento principal T2		Excluida
GPT T2		-,012
Esperanza proactiva T2		,255
Significado vital T2		,222
Benevolencia T2		Excluida
Proactividad T2		-,457+
Religiosidad T2		-,467
Disfuncionalidad T2		-,421*
R cuadrado	,443	,756
Variación R cuadrado	,443	,313
F	1,854	3,096
Sig. Cambio en F	,117	,018*

^a Nota. Los valores β corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados.

+ $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En el primer paso, como se observa en la 3.64., encontramos un efecto temporal significativo y negativo de la esperanza proactiva en su tiempo 1 sobre la Calidad de vida global en su tiempo 2. No obstante este primer paso no resulta significativo.

En el segundo paso, los efectos temporales de las variables predictoras en el tiempo 2, tienen como resultado un efecto significativo de la varianza explicada sobre la calidad de vida global en su tiempo 2 ($\Delta R^2 = .31$; $p < .05$). Manteniéndose el efecto significativo de la esperanza proactiva en el tiempo 1 ($\beta = -.81$; $p < .05$) y apareciendo un efecto positivo de la proactividad en el tiempo 1 ($\beta = .51$; $p < .05$) y el significado vital en

el tiempo 1($\beta=.62$; $p<.05$). Y negativo de la disfuncionalidad en el tiempo 2($\beta=-.42$; $p<.05$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

A partir de los resultados expuestos en el apartado correspondiente, se ha comprobado que las dos escalas elaboradas para este estudio específico, la escala de proactividad y la escala de esperanza emocional, reúnen las características psicométricas necesarias y pueden ser utilizadas en estudios posteriores que sirvan para complementar los aquí presentados. Los estudios de validación convergente y divergente comprueban la validez de constructo de una y otra. Ambas escalas, a nuestro parecer complementan un vacío anterior. Ambas escalas tienen igualmente la ventaja de ser cortas y de fácil aplicación.

De igual manera, se ha dedicado una atención especial al análisis de las variables y cuestionarios utilizados en esta investigación de forma que además de incluir en todos los casos, como es preceptivo, la consistencia alfa de Crombach, se ha incluido una sección denominada análisis correlacional que sirve para una primera comprobación de la red de asociaciones, positivas y negativas, que cada variable tiene con algunas de las más relevantes del conjunto de variables utilizadas. Sólo en el caso de la variable optimismo se ha encontrado una consistencia de .63, ligeramente inferior a lo recomendado. De esta forma se comprueba la funcionalidad específica de cada variable y la red nomológica propia del estudio. Este análisis ha permitido comprobar que todas y cada una de las variables utilizadas cumplen la función teórica inicialmente asignada.

Explorada y analizada cada variable de forma singular se procedió a establecer los parámetros centrales de todas las variables utilizadas, tal como aparece en la tabla

3.37 incluyendo las tendencias centrales de asimetría y curtosis. La tabla permite una primera aproximación global a las características psicológicas de la muestra. Una primera observación que se desprende de la tabla es que, utilizando los rangos escalares, la distribución de las puntuaciones se asemejan en gran manera a la distribución de una población normal a pesar de ser una población de enfermos de cáncer. Consultados los especialistas clínicos al respecto, comentaron el resultado aduciendo que actualmente los enfermos de cáncer, excepto en las fases terminales, tienen muy reguladas las variables biomédicas y clínicas, lo que puede ser un factor de influencia para una distribución normal también de las variables estrictamente psicológicas. Solo una de las variables criterio utilizadas en el estudio, la depresión, alcanza una asimetría superior a la esperada.

Uno de los primeros datos, no esperados a priori, es haber encontrado que de los nueve parámetros de las variables de laboratorio, tan solo en el caso de los valores serológicos de GPT la media de la muestra se sitúa por encima de los estándares considerados como normales en dicha determinación (0.0- 41.0).

En un nivel descriptivo, el estudio reveló que los pacientes de nuestra muestra tienen altas valoraciones en la escala funcional de Karnofsky (el 59% se sitúan por encima del 80) y calidad de vida global (media de 5 sobre 7). Siendo relativamente bajos con respecto a estudios previos los de síntomas: físicos (media de 4 sobre 10), ansiedad (media de 2.7 sobre 5) y depresión (media de 1.4 sobre 4). Lo cual indica que, en términos generales, la muestra estudiada percibe una favorable calidad de vida, situándose por encima de lo encontrado en estudios previos (Vinaccia, Quiceno, 2005; Lostaunau & Torrejón 2013). Es importante señalar que la mayoría manifestaba poseer

una vida “normal”, por lo que están satisfechos con su vida, lo que no coincide con lo reportado por Auskiene y Mosher, citado por Lostaunau & Torrejón (2013), resultado que quizás se explique por la marcada afectación en el área rol físico, dimensión que encontró en sus sujetos de estudio. Probablemente, este hallazgo refleje que las pacientes perciben como medianamente comprometido su nivel de funcionalidad al momento de participar en actividades cotidianas, lo cual podría articularse con el hecho de que la estrategia supresión de actividades competentes se correlaciono de manera inversa y significativa con el componente físico, explicando que para ajustarse al proceso de enfermedad, los pacientes deben postergar ciertas ocupaciones. Así mismo, se relacionan estos resultados al hecho de que se trata de pacientes que se encuentran en un periodo activo de tratamiento (Lostanau & Torrejón (2013).

El nivel de calidad de vida percibido por los pacientes de nuestro estudio está acorde con los bajos puntajes obtenidos en los síntomas evaluados, lo que favorece notablemente su estado de bienestar. De igual forma, son personas que informaron no tener dificultades financieras ni padecer en gran medida los efectos secundarios del tratamiento; una gran proporción de la muestra reportó haber tenido poco o ningún efecto, lo que redundaría en dicha percepción de calidad de vida. Al respecto, Svobosnik, Yang, Novotny y cols. (2004) plantearon que la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón, luego del diagnóstico, se correlaciona con los factores pronósticos de base, como estadio de la enfermedad, histología, pérdida de peso y sexo.

La tercera sección corresponde al análisis correlacional global tal como queda recogido en las tablas 3.38, 3.39 y 3.40. Tal como aparece en la tabla 3.38, las correlaciones siguen en su totalidad el marco teórico del cual se ha partido. Debe

hacerse notar que las variables criterio de depresión, calidad de vida global y sintomatología son las que tienen un número mayor de asociaciones significativas, lo que puede estar indicando la relevancia en el conjunto total de la matriz de datos.

La tabla 3.39 muestra la matriz de correlaciones entre las variables psicológicas y las variables clínicas y biomédicas. En primer lugar es necesario hacer notar que, en conjunto, el número de correlaciones significativas no es alto, lo que parece indicar, en nuestra muestra, que la asociación entre las variables clínicas y biomédicas en principio no es alta de forma directa. Solo una de las variables incluidas en esta sección, la variable Karnofsky, alcanza un número alto de correlaciones significativas, lo que indica que esta variable que indica la funcionalidad positiva estimada según los parámetros del médico clínico, está muy próxima de una variable de tipo psicológico.

En la tabla 3.40 se puede observar que el número de correlaciones significativas es muy puntual. Sobresalen dos correlaciones, la que se establece entre el tratamiento principal y el tiempo de diagnóstico en el sentido que el tiempo de diagnóstico suele derivar hacia la intervención quirúrgica. Y la segunda correlación marca la asociación entre la creatinina y el Karnofsky indicando que mayor creatinina menor funcionalidad, algo muy establecido a nivel clínico.

La cuarta sección de la tesis analiza las correlaciones de las variables criterio entre sí. Todas ellas correlacionan significativamente entre sí con signo positivo o negativo en función de la naturaleza de cada variable de forma que las dos negativas depresión y sintomatología correlacionan positivamente entre sí y las tres positivas lo hacen entre ellas y con valencia negativa entre un grupo y otro. Este conjunto doble de

variables es sensible de forma directa a la mejora o empeoramiento en el proceso de la enfermedad.

La quinta sección del análisis de resultados se dedica a estudiar las asociaciones específicas entre las variables predictoras y las variables criterio. Este análisis se desprende directamente de la matriz de correlaciones. Puede establecerse en este apartado que las variables predictoras más asociadas al conjunto de las variables criterio son. Esperanza proactiva, proactividad, esperanza emocional implicación y disfuncionalidad. En este conjunto de variables predictoras se incluyen dos de las variables elaboradas específicamente para el desarrollo de este estudio, esperanza emocional y proactividad. Sin embargo, a pesar de la literatura previa, el apoyo social no parece ser una variable relevante en la asociación con las variables criterio. En el mismo sentido, tampoco parecen funcionar, en nuestra muestra, las variables optimismo y significado vital. Tampoco ha funcionado en nuestra muestra la variable religiosidad, lo que puede ser debido a que la religiosidad en estudios realizados en Sudamérica viene conceptualizada y vivida de forma diferente.

Una correlación a destacar en el caso de las interrelaciones entre las variables predictoras sería la de la esperanza proactiva y el optimismo. Cuyos resultados en nuestro estudio se corresponden con los de Mera y Ortiz en el año 2012 que reportaron que las mujeres con cáncer de mama evaluadas, presentaban una mejor calidad de vida y ésta se asoció con un mayor optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo. Lo anterior es consistente con los resultados de otros estudios, donde aparece el optimismo como predictor de salud, bienestar y ajuste frente a situaciones estresantes (Carver, Pozo, Harris, et al., 1993; Peterson, Seligman y

Vaillant, 1988), y el afrontamiento activo como una variable asociada a una buena calidad de vida en personas que padecen enfermedades graves (Fawzy, F., Fawzy, N., & Hyun, 1993). Este resultado podría explicarse tomando en consideración que las personas optimistas tienen la creencia estable de que ocurrirán cosas positivas (Scheier, et al., 1986) y son precisamente esas expectativas las que, a la hora de tener que enfrentar contratiempos, se traducen en esfuerzos por enfrentar el problema de modo activo y persistente (Ferrando et al., 2002). Al mismo tiempo, esto podría ayudar a minimizar el miedo y ansiedad asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer, con lo cual se favorece el logro de un ajuste exitoso a la enfermedad. Otra característica de las personas optimistas es que atribuyen las causas de los eventos negativos que les ocurren a causas externas, inestables en el tiempo y relacionadas a un ámbito concreto (Seligman, 1988). A partir de esto, se puede concluir que esta forma de explicarse lo que les sucede alejaría de ellos los sentimientos de culpa por estar enfermos y el miedo a experimentar una eventual reaparición de la enfermedad. Por su parte, la relación del afrontamiento activo con la calidad de vida, se explicaría gracias a que el afrontamiento activo ayuda a los pacientes a reducir la tensión psicológica (Fawzy et al., 1993), al sentir que tienen el control sobre la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifield, 1987; Taylor, Hegelson, Reed & Skokan, 1991) y su tratamiento (Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Thompson, Nanni & Levine, 1994).

Asimismo la correlación significativa de la religiosidad con el ajuste mental al cáncer se posiciona en la línea de estudios previos como el de pacientes con cáncer que recibieron quimioterapia en la ciudad de Cartagena la cual se encuentra elevada con una puntuación de 53.3, evidenciando la necesidad de estos pacientes de estar en armonía consigo mismo, con los demás o un ser superior, lo que les proporciona una fuerza

interna de motivación, fe y esperanza para enfrentar la enfermedad y continuar hasta el final de su tratamiento; esta dimensión se encuentra enriquecida con las prácticas espirituales que van desde mencionar asuntos espirituales con su familia o amistades, leer material espiritual, hasta rezar en privado; y las creencias espirituales como el perdón, la espiritualidad como guía para tomar decisiones, la cercanía con Dios, entre otras, lo que le genera al paciente alivio, paz tranquilidad y esperanza de sanación llevándolos no solo a trascender en sus límites conceptuales sino con ello a alcanzar un bienestar espiritual. La religión permitió el enriquecimiento de la dimensión espiritual, debido a que, al profesar una religión los pacientes están más sujetos a llevar a cabo prácticas y creencias espirituales de manera constante (Landaverde, Santos & Tejeda, 2015). Otro estudio de Avelino en el año 2013 concluye que el **coping** religioso/espiritual es una importante estrategia de enfrentamiento del cáncer. Los resultados también indican que los pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico son religiosos, consideran importante la espiritualidad/religión en sus vidas y les gustaría que los profesionales de salud trataran tal cuestión mediante la oferta del cuidado espiritual. Estos resultados coinciden con lo reportado en las investigaciones de Lostaunau & Torrejón (2013), Alcántara (2012), Baiocchi, Lugo, Palomino & Tam (2012) y la de Pérez (2008); todos ellos refieren que el acudir a la religión supone la posibilidad de adjudicarle un significado a la enfermedad y al tratamiento.

La variable predictora implicación tiene relaciones significativas con casi todas las criterio y resto de predictoras. Lo cual se pone de manifiesto en la definición de Oscar Chapital (2010) sobre la *resiliencia* desde la Psicología Positiva, entendiéndola como la capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido; se trataría pues de personas que tiene mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés y mayor

percepción de control frente a los acontecimientos. Así, define la resiliencia como *la capacidad que tiene un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse, ante un medio de riesgo, generando éxito individual, social y moral*. Un estudio sobre la evaluación de la personalidad resistente, en el que se hallaron puntuaciones medias en las tres dimensiones, siendo ligeramente mayor la que corresponde a la dimensión de reto. De estos resultados se infiere que la muestra exhibe rasgos de personalidad resistente en un nivel medio en la dimensión de implicación y control, y en un nivel medio-alto en la dimensión de reto. De acuerdo con los referentes conceptuales, podría inferirse que estas personas, con un patrón de personalidad resistente débilmente definido, utilizarían estrategias de afrontamiento poco adaptativas; no obstante, según los resultados obtenidos en este estudio, buscan apoyo social, acuden a otras personas para buscar consejo, asesoramiento, información, asistencia y comprensión, lo que constituiría una estrategia de afrontamiento adaptativa (Kobasa y cols., 1981); siendo personas que buscan activamente información por parte del personal de salud, independientemente de la personalidad resistente.

Una de las variables predictoras que menores resultados significativos nos reporta en nuestro estudio, no coincidiendo con estudios previos es el apoyo social. Acorde con lo anterior, los participantes en un estudio de Sandín en el año 2003 los pacientes manifestaron que, aunque el apoyo social recibido lo hallaban con mayor frecuencia en la familia, la calidad de dicho apoyo se percibía como pobre. Por el contrario, los pacientes señalaron estar más satisfechos con el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal de salud en cuanto que informa, y con los amigos en razón de que escuchan, acompañan y distraen. Estos resultados confirman la

importancia del apoyo social percibido sobre el estrés (Sandín, 2003) y destacan el importante papel que ejerce este último sobre la adaptación emocional del paciente (Barra, 2003), lo que ha sido ampliamente documentado. La satisfacción con el apoyo social percibido por parte del personal de salud y amigos podría también explicar el nivel de calidad de vida encontrado en esta investigación, confirmando que dicho concepto no hace referencia únicamente a la cantidad de actividades sociales que puede realizar una persona, sino a la calidad de las relaciones que establece con su entorno para generar bienestar y satisfacción en las distintas dimensiones de vida.

Uno de los posibles puntos fuerte de esta tesis es la inclusión de variables clínicas médicas y variables biomédicas recogidas del historial clínico del enfermo con las autorizaciones debidas. Los datos significativos recogidos son escasos, pero la práctica inexistencia de este tipo de datos en la totalidad de los estudios hace más importante los pocos datos obtenidos. Así se ha encontrado que el ajuste mental al cáncer está relacionado con el potasio de forma negativa y con las enzimas hepáticas de forma positiva, lo que resulta llamativo en el último caso. Igualmente se ha encontrado que el estadio está asociado mayor sintomatología física ya que supone un progreso en la enfermedad. En el mismo sentido, la calidad de vida se asocia a la aplicación de otros tratamientos, lo que es un indicador de una probabilidad de mejora de la enfermedad con la aplicación de otro tratamiento.

La siguiente sección que se desarrolla en los resultados obtenidos trata de la asociación entre las variables sociodemográficas y los diferentes tipos de variables utilizadas en la tesis. En género sólo se advierte de forma relevante mayor funcionalidad evaluada por el Karnofsky en las mujeres. Lo mismo ocurre con la ocupación, en la que

como se esperaba, quienes están activos gozan de mayor funcionalidad evaluada según el Karnofsky.

Entre las cientocuatro personas hay una mayor proporción de personas con estudios medios que no tienen otros tratamientos y de estudios elementales que tienen tratamiento con hormonoterapia y radioterapia; hay una mayor proporción de personas con estudios elementales con cirugía y quimioterapia; y de estudios medios con quimioterapia. Los datos encontrados siguiendo el estudio previo, el nivel de Estudios guardó una relación negativa con el factor Distanciamiento-Huida, es decir, los enfermos que utilizan la estrategia de afrontamiento de retirada-avoidación son los que presentan un nivel de estudios más bajo (Bárez, 2003). A mayores estudios, mayor asertividad que define a los universitarios como más dominantes, socialmente destacados y a veces líderes (FP más que primarios, universitarios más que primarios, FP más que enseñanza obligatoria y universitarios más que enseñanza obligatoria), también mayor extraversión en general, con mayor vinculación con la gente, necesitan más la excitación y la estimulación y suelen ser más animosos, enérgicos y optimistas. También encontramos diferencias en la dimensión de personalidad de apertura a la experiencia, mostrándose más abiertos a la experiencia los que tienen más estudios. Así a mayores estudios mayor sensibilidad estética, curiosidad intelectual, independencia en su juicio, con mayor imaginación (García-Conde, 2014).

Encontrándose en nuestra muestra una mayor proporción de personas con pronóstico de curación en estadios primarios. Los pacientes con estadios iniciales consideran que la enfermedad está teniendo menos consecuencias graves sobre sus vidas. Esto puede deberse a que al tratarse de estadios tempranos es muy probable que

no tengan que someterse a tratamientos muy agresivos, quizás únicamente a cirugía o como mucho a la combinación de ésta con quimioterapia. A su vez, los enfermos con estadios iniciales presentan mejores expectativas de buen pronóstico y confianza en el tratamiento que los de estadios más avanzados (Bárez, 2003).

Las mujeres tienen mayor apoyo social percibido; lo cual se corresponde con un estudio de García Conde en 2014 que nos reporta el apoyo social aparejado con la dimensión de personalidad de extraversión; con lo cual las mujeres son más cordiales y gregarias, y esto nos indicaría que prefieren estar en compañía de los otros durante el proceso de la enfermedad. También en la dimensión de personalidad de amabilidad encontramos muchas diferencias entre los hombres y las mujeres. En este sentido, las mujeres son más confiadas, altruistas, modestas y con una mayor sensibilidad a los demás (García-Conde, 2014).

Las mujeres tienen una mayor religiosidad que los hombres, lo cual constatan estudios previos: Lostaunau & Torrejón (2013), Alcántara (2012), Baiocchi, Lugo, Palomino & Tam (2012) y la de Pérez (2008).

Pudiendo afirmar en nuestra muestra que las personas trabajadoras tienen menores niveles de depresión que los pensionistas lo cual sugiere factores que confieren el riesgo de síntomas depresivos para aquellos que afrontan un empeoramiento del pronóstico del cáncer (Johansson, 2011) con una pérdida de la funcionalidad y abandono del trabajo activo.

Las personas con trabajo tienen un mejor ajuste mental al cáncer que los pensionistas.

Lo cual viene explicado como se ha dicho previamente por una mejor proactividad y esperanza proactiva de la persona que fomentan el espíritu de lucha en la misma. Todo ello debido al hecho de poder desempeñar su labor y poder desarrollarse además de mantener las relaciones sociales unidas al desempeño.

En nuestra muestra tienen una mayor esperanza proactiva los trabajadores que los pensionistas debido al hecho de poder desempeñar su labor y poder desarrollarse además de mantener las relaciones sociales unidas al desempeño con lo cual presentarían un mejor apoyo social percibido.

Las personas con más edad tienen mayores niveles de depresión y menores de esperanza emocional. Es decir, conforme aumenta la edad de los enfermos, éstos presentan menos optimismo acerca de su pronóstico (Bárez, 2003).

Por otra parte, también los jóvenes tienden a buscar más apoyo social como estrategia de afrontamiento. Cronológicamente y de forma natural, las relaciones con el entorno social disminuyen con la edad, no siendo menos importante en edades más maduras, por este motivo puede ser por el que los jóvenes recurren más a otras personas buscando ayuda, entretenimiento, etc., que los mayores, que asumen más su situación y su soledad. Tan solo dimensión de apertura nos indicaría que los jóvenes están más atentos a sus sentimientos interiores, que prefieren la variedad y que tratan de enriquecer más sus vidas con la experiencia teniendo en cuenta nuevas ideas (García-Conde, 2014).

Los resultados recogen un apartado dedicado a las relaciones encontradas entre las variables clínicas. Únicamente puede destacarse en esta sección que el estadio indica el pronóstico.

En la tesis se dedica un apartado amplio al análisis de contraste entre las variables sociodemográficas y clínicas con las de laboratorio y psicológicas. Los resultados indican diferencias en función del género tanto para algunas variables biológicas como psicológicas tal como se recoge en la tabla 3.46, lo que está indicando una influencia del género aunque no parece sustantiva. Bastante más importancia aparece en la variable ocupación tal como se expone en la tabla 3.47. El resultado fundamental establece que quienes están en una situación activa como trabajadores tienen los mejores indicadores en todos los aspectos, lo que concuerda con los marcos teóricos y la práctica clínica. La edad agrupada, tal como se expone en la tabla 3.48, tiene también efectos sobre las variables psicológicas y de laboratorio. El resultado global indica que los grupos de edad más jóvenes son quienes detectan los mejores indicadores tanto en las variables psicológicas como el ajuste mental y la depresión como en las variables biológicas como la creatinina y la hemoglobina. La convivencia es otra de las variables sociodemográficas que más parece asociarse al conjunto de datos (cf. Tabla 3.49), tanto psicológicos como biológicos. En principio los resultados parecen estar indicando que la convivencia con pareja y en compañía de hijos constituye un factor de protección. No obstante los resultados no son suficientemente sólidos.

El último apartado de resultados de los análisis de contraste corresponde al contraste de variables clínicas, un apartado que tampoco suele recogerse en la mayoría de exposiciones y resultados debido a la dificultad de acceder a los datos del historial

clínico. En la tabla 3.50 se puede observar la importancia de la hemoglobina y las plaquetas tanto para la intervención quirúrgica como para la aplicación de quimioterapia. En el apartado de la ansiedad se puede comprobar como la quimioterapia y la cirugía generan ansiedad. Un dato relevante que aparece en la tabla 3.52 aparece que la esperanza proactiva se asocia al pronóstico, lo que probablemente funciona en ambas direcciones. Finalmente dentro de esta sección. La tabla 3.54 muestra que contra lo que puede ser intuitivo la aplicación de radioterapia está asociada a mayor calidad de vida, lo que indica que solo se aplica a quienes tienen mejores condiciones globales. Igualmente, la aplicación de radioterapia está asociada al afecto positivo.

La última sección está dedicada al análisis de regresión, tanto en el estudio transversal como en otro longitudinal con dos o tres meses de intervalo entre la primera y la segunda aplicación. En todos los casos las variables criterios son las que han sido consideradas como tales en la regresión.

En los análisis de regresión transversal se ha procedido según un orden lógico progresivo de forma que la primera regresión analiza el ajuste mental al cáncer, en segundo lugar depresión, en tercer lugar sintomatología, Karnofsky y calidad de vida global de forma que se van incluyendo progresivamente en los respectivos análisis.

La primera regresión con la variable Ajuste mental al cáncer como variable criterio indica que el conjunto de variables incluidas a lo largo de los cuatro pasos explica un 82% de la varianza siendo las variables con una beta significativa en el cuarto paso el tiempo de diagnóstico con signo negativo, benevolencia con beta igualmente negativa y la proactividad con una beta positiva significativa. Este resultado

final (tabla 3.55) indica que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico empeora el ajuste mental al cáncer de forma clara y que una actitud proactiva mejora igualmente el ajuste mental. La función negativa de la benevolencia parece estar indicando un componente de resignación.

El ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer para obtener el dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección. Asimismo, las autoras Raymundo y Ayala (2010) resaltan la importancia de la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas por las que atraviesa el paciente con cáncer, sustentando que existe una correlación positiva y directa entre estas dos variables, lo cual implica que en cuanto mayores sean los efectos secundarios al tratamiento brindado, mayor repercusión tendrán a nivel familiar, emocional y capacidad de funcionamiento personal, con el deterioro notable de la calidad de vida del ser humano.

La regresión con la variable criterio depresión muestra en su cuarto paso que explica una varianza de 86%, lo que resulta un porcentaje alto atendiendo a otros estudios con esta población. Las dos variables con betas significativas más importantes, ambas con signo negativo son la esperanza proactiva y el ajuste mental al cáncer, lo que está indicando que el afrontamiento activo, centrado en los problemas es la variable predictora más eficaz para la disminución de la depresión subsiguiente al cáncer.

Como en estudios previos encontramos que las personas con mayores niveles de depresión tienen un peor ajuste mental al cáncer. Este estudio tuvo como objetivo

investigar la relación entre el ajuste Mental al cáncer. En un estudio de pacientes con cáncer de laringe (Johansson, Ryden, & Finizia, 2011) encontraron que la ansiedad y la depresión correlacionaron de manera positiva con las respuestas de ajuste Desamparado-desesperado; Ansioso-Preocupado y Ansiedad. Y la depresión, asociaciones negativas con el espíritu de lucha. Encontrándose también correlaciones positivas entre las estrategias activas y la calidad de vida relacionada con la salud. Resultados que se corresponden con la utilización de estrategias de afrontamiento del tipo de búsqueda de ayuda profesional que viene a apoyar la idea defendida por Kyngas y cols. (2000) y Kyngas y cols. (2001) de que los pacientes con cáncer suelen utilizar con mayor frecuencia estrategias adaptativas.

En el estudio de Yepes (2011) mencionado en la introducción las estrategias de aproximación al problema o activas, si bien no fueron empleadas para afrontar la enfermedad en la presente muestra, es interesante resaltar, que la estrategia de Reevaluación Positiva (activa pasiva) fue la que mayor puntuación tuvo dentro del paquete de estrategias activas, correlacionando positivamente con Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Físico y con el síntoma Fatiga. La relación entre las variables también siguen un comportamiento homogéneo, ya que al reevaluar la situación estresante que están atravesando, le dan un nuevo sentido teñido de positividad y enseñanza de vida, fortaleciendo la percepción de Calidad de Vida. Estos resultados serían congruentes con Espantoso (2007), quien descubrió que el recurso de afrontamiento más utilizado en pacientes oncológicos es la “Reevaluación Positiva”, por lo que no interfiere y correlaciona positivamente con la evaluación que hacen en torno a su estado físico general de salud y calidad de vida. Coincidiendo con las estrategias utilizadas por los pacientes con cáncer de pulmón en un estudio en el que se encontraron

en primer lugar el fatalismo (71,67%) seguido del espíritu de lucha (70,49%). Lo cual nos lleva a destacar la importancia medir las estrategias de afrontamiento ya que se asociaron con las escalas funcionales y sintomáticas de calidad de vida y estado emocional (Rodríguez-Quintana, Hernando-Trancho, Cruzado, Olivares, Jamal y Laserna, 2012).

La regresión con la variable criterio sintomatología en su cuarto paso explica un porcentaje de 80% lo que es también un porcentaje alto. En este caso, es una variable biológica, la GPT, la que tiene la beta significativa más alta de todo el cuadro con .77. A ella la acompañan con beta negativa la variable psicológica significado vital y con beta positiva la disfuncionalidad. Este resultado muestra la interacción intensa que en el conjunto de las variables criterio se establece entre las variables biomédicas y las variables psicológicas siendo la sintomatología un campo en el que la interacción puede aparecer de forma más clara y difícil de diferenciar.

Entre los síntomas, la pérdida del apetito, el dolor y la fatiga en la línea de base fueron los más importantes o más fuertes predictores independientes de supervivencia en muchos de los estudios sobre diferentes poblaciones de cáncer. Una posible explicación es que estos síntomas son marcadores muy sensibles del bienestar del paciente. Además, como explicaron Efficace, Biganzoli, & Picart (2004), tales hallazgos podrían surgir porque las medidas de calidad de vida se enmascaran en efecto en los análisis multivariados, por lo que las variables como la pérdida del apetito o el dolor o la fatiga parecen ser los predictores más importantes o más fuertes del tiempo de supervivencia. Otra posible explicación es que tales síntomas podrían reflejar, por ejemplo, la pérdida de peso, que en sí mismo es un indicador pronóstico importante. El

dolor, como síntoma más relevante, ha sido ampliamente documentado, lo mismo que sus repercusiones (Wall y Melzack, 1984). El dolor incluye también el temor a sentirlo, lo que suele llevar a los pacientes a evitar todas aquellas actividades que potencialmente pueden producirlo (Funk, Tornquist y Champagne, 1989). En este estudio, el dolor podría afectar indirectamente la dimensión social a través de su relación con la fatiga, otro de los síntomas relevantes en los pacientes (Miaskowski y Portenoy, 1998; Morrow, Andrews y Hickok, 2003), lo que fomentaría con el paso del tiempo, y en virtud de mecanismos operantes, una limitación y reducción de las actividades físicas, frecuentemente observadas en los pacientes con dolor crónico, constituyendo así un cuadro complejo caracterizado por el exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados con el dolor (Chen y Niza, 2011; Melzack y Wall, 1965; Sternbach, 1989), lo que afectaría todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente. Otro efecto del dolor que podría formar parte de esta cadena de síntomas y afectar posteriormente la calidad de vida del paciente en el nivel emocional son los estados depresivos, los que, junto con menores niveles de actividad, pueden incidir en la intensidad de dolor crónico percibido (Aaronson y cols., 1995; Schipper, Clinch, McMurray y Levitt, 1984; Sirgo & Gil, 2004).

La variable criterio Karnofsky, (tabla 3.58) variable que evalúa la funcionalidad evaluada por el clínico tiene una varianza explicada del 77%. Las variables con mayor peso predictor son religiosidad (.38), depresión (-.68). En este caso, la religiosidad que otros análisis no ha aparecido como una variable relevante cuando se atiende al conjunto de todas ellas y su interacción parece tener una función predictora propia.

En la muestra hay una mayor proporción de mujeres con Karnofsky elevados, es decir con niveles altos de funcionalidad. El hecho de que las mujeres hayan presentado puntuaciones más altas en Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento, puede deberse a que la muestra estaba compuesta por un número relativamente importante de cáncer de mama (32%). En este sentido, siguiendo el estudio previo de Bárez en 2003 los mensajes que se han lanzado a las mujeres con cáncer de mama desde hace más de 2 décadas han ido siempre en esta dirección, gracias a los programas de voluntariado “Vivir Como Antes” en el ámbito nacional, así como las campañas de detección precoz por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer; no olvidando los testimonios de muchas artistas o famosas de la televisión. Se ha ido consiguiendo, por tanto, que las enfermas diagnosticadas de cáncer de mama, vivan su enfermedad con mucha más normalidad y con un gran optimismo respecto a la curación (Bárez, 2003). Siguiendo con lo anterior tan solo encontramos mujeres en tratamiento con hormonoterapia debido a que su localización es cáncer de mama y no se encuentran hombres con cáncer de próstata (siendo éstos los dos grandes grupos que reciben dicho tratamiento).

Encontramos una mayor proporción de trabajadores con Karnofsky alto, es decir con alta funcionalidad. Es posible que los enfermos que todavía se encuentran en activo se muestren más optimistas respecto a la enfermedad que los jubilados debido a que consideran que todavía les quedan muchas cosas por hacer y, de no confiar en el tratamiento y apostar por su curación, las perderían. Las personas jubiladas, sin embargo, pueden pensar que tienen todo hecho, lo que no significa que por ello presenten una actitud resignada sino que tendrían otras prioridades, como la autoconfianza y la búsqueda de apoyo emocional. Lamentablemente no hemos podido

demostrarlo. Las personas dedicadas a sus labores también presentaban puntuaciones más altas en Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento que las jubiladas y esto puede ser debido a que en general suelen ser mujeres las que se dedican a las tareas domésticas. El papel que todavía ejercen muchas mujeres en casa, de sostener y responsabilizarse del bienestar del resto de la familia puede hacer que se sientan más optimistas y confiadas en el tratamiento porque necesitan estar sanas para seguir cuidando de todos. Sin embargo, los jubilados en su mayoría hombres, se encuentran en una situación en la que su preocupación suele estar más centrada en su propia recuperación (Bárez, 2003).

Finalmente, en el cuarto paso las variables depresión y religiosidad tienen un efecto principal positivo sobre el Karnofsky. Teniendo en cuenta las aportaciones previas sobre religiosidad y ajuste mental al cáncer, estudios a nivel internacional, también revelan la mayor preponderancia en esta estrategia de la práctica de las creencias religiosas considerándola como una de las más efectivas para enfrentar la enfermedad (Loayza & Sophie. (2013), Flórez González & Klimenko, (2011), y Torres (2003). Lo cual facilita la posibilidad de reinterpretar y re-focalizar el sentido de la enfermedad, lo que explica a su vez, la presencia y alto porcentaje de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento; y en consecuencia la no aparición de sintomatología depresiva.

Finalmente la variable criterio de calidad global, que engloba de forma conjunta la totalidad de las variables incluidas en la tesis, tanto sociodemográficas, clínicas y biomédicas como las predictoras y las criterio tienen una varianza explicada de 86% lo que resulta una varianza explicada muy alta especialmente cuando las variables con

betas significativas es reducida pues solo aparecen dos, la convivencia y el tratamiento principal, lo que indica la importancia del acompañamiento en la convivencia y de la aplicación de la cirugía como índice de mayor probabilidad de mejora con la intervención. En esta regresión aparece de nuevo la importancia de la interacción de las variables clínicas y psicológicas. Es importante hacer notar que en la calidad de vida global, variable final no aparece ninguna variable estrictamente psicológica sino que es una sociodemográfica y otra clínica las variables decisivas con mayor significación.

En lo que respecta a la relación entre calidad de vida y las diferentes estrategias de afrontamiento, en un estudio los resultados muestran que en las mujeres evaluadas, enfrentan los estresores mediante la búsqueda activa de apoyo social y/o mediante la reestructuración cognitiva, entendida como cambiar el significado de la situación estresante, y esto se asoció a una buena calidad de vida. Por otra parte, el enfrentar los estresores recurriendo a la autocrítica y/o a la retirada social aislándose de familiares y amigos, se asoció a una baja calidad de vida. Esto apoya la evidencia aportada por estudios realizados en personas que padecen enfermedades graves, según la cual el uso de estrategias activas permite el logro de una mejor calidad de vida, al actuar reduciendo la tensión psicológica que experimentan (Fawzy, F.; Fawzy, N. & Hyun, 1993). Ello podría explicar en parte el puntaje más bajo (aunque sigue siendo alto) en la escala emocional y la percepción de dolor como el síntoma más significativo encontrado en el estudio. Las relaciones entre dolor y estado emocional han sido objeto de numerosas investigaciones, siendo comúnmente aceptada una interacción entre ambos fenómenos (Graff, 2001). Todo lo anterior se corrobora mediante las correlaciones halladas, todas ellas positivas entre las escalas funcionales, y de éstas con la global, y

negativas e inversas entre las escalas funcionales con los síntomas. En general, las escalas funcionales correlacionan entre sí, con excepción de las escalas cognitiva y social. La alta correlación entre escalas, y el que unas dimensiones afecten a otras e incidan en el concepto global e integral de calidad de vida, reafirma lo que plantea Schwartzmann (2003); en cuanto que este concepto abarca las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo, debe asumirse por tanto desde una perspectiva multidimensional.

En cuanto a la calidad de vida en pacientes sometidos a quimioterapia, ésta disminuye a medida que aumenta el número de ciclos de tratamiento, y que esta disminución es mayor en las mujeres que en los hombres. La segunda es que la adaptación a la enfermedad durante el tratamiento de quimioterapia es algo que no parece depender de variables como el sexo y la edad, o el tipo y número de ciclos de quimioterapia que ha recibido el/la paciente (Blasco & Ingles, 1997). Por lo tanto, para determinar las características que definirían el perfil de un paciente adaptado al cáncer es necesario recurrir a la valoración de otros aspectos como las reacciones emocionales (Behen y Rodrigue, 1994), las actitudes (Carver *et al.* 1994), el apoyo familiar (Aymanns, Filipp y Klauer, 1995), u otras que se consideren adecuadas (Rodrigue, Behen y Tumlin, 1994).

En los análisis de regresión longitudinal también se ha procedido con el orden lógico progresivo previo, de forma que la primera regresión analiza el ajuste mental al cáncer, la segunda la depresión, tercera la sintomatología, Karnofsky y calidad de vida global, todas ellas en su tiempo² de forma que se van incluyendo progresivamente en los respectivos análisis teniendo en cuenta que en todas las regresiones se incluye la

variable criterio en su tiempo 1, así como las variables clínicas, de laboratorio y predictoras que han sido significativas en los análisis de correlación y regresión múltiple previos. Los resultados encontrados en las cinco regresiones longitudinales no mantienen el modelo teórico encontrado de forma general tanto en los análisis bivariados como en los multivariados, como en la regresión transversal utilizada (tablas 3.55; 3.56; 3.57; 3.58; 3.59) lo cual es probablemente debido al número de sujetos (37) de la regresión longitudinal, lo que puede alterar los resultados. Una segunda explicación posible después del análisis de las cinco regresiones longitudinales efectuadas es que la variable disfuncionalidad en cuatro de ellas funciona de forma inversa al modelo teórico esperado, de forma que adquiere un beta positiva con ajuste mental al cáncer y negativa con depresión, cuando se espera lo inverso. Es probable que, analizando los ítems de la escala, en esta variable como en otras, se haya producido un sesgo de cambio de sentido de forma que la disfuncionalidad se transforma en habituación, lo que hace que la habituación a la disfuncionalidad se convierta en un valor positivo para el ajuste mental al cáncer y negativo para la depresión en tiempo. Este argumento puede quedar reforzado por el escaso tiempo, tres meses entre la primera aplicación y la segunda. En este sentido, un estudio afirma que los pacientes con cáncer necesitan adaptarse a los cambios relacionados con las limitaciones de capacidad funcional, implicaciones médicas y reacciones psicológicas (Antoni, 2013) para afrontar de forma efectiva todo el proceso de la enfermedad y el tratamiento.

Por estas razones, puede parecer excesivo las interpretaciones tanto psicométricas como psicológicas de los resultados. No obstante cabe recoger que la varianza explicada en estas regresiones longitudinales tienden a ser altas, 85% para el

juste mental al cáncer, 73% para la depresión, 65% para sintomatología 79% para Karnofsky y 75% para calidad de vida global.

Me gustaría comentar que existe un bajo porcentaje (5%) de pacientes oncológicos del estudio que acuden a la Unidad de Psicooncología durante el desarrollo del estudio; presentando principalmente trastornos adaptativos del estado de ánimo.

Limitaciones

Las limitaciones que deben ser tomadas en consideración son las siguientes:

1. El hecho de que todas las medidas empleadas provienen de auto-reportes y son por lo tanto susceptibles a la influencia de sesgos de desabilidad social. Esto además se puede ver exacerbado al tomar en cuenta que los pacientes respondieron a los instrumentos en dependencias del Hospital que les brinda apoyo para enfrentar la enfermedad, a partir de lo cual se puede asumir que algunas participantes pudieron responder de modo complaciente los instrumentos, con un afán de demostrar una adaptación mayor a la real.
2. La moderada confiabilidad obtenida para el LOT-R, PIL, y la escala de Benevolencia hacia los demás.
3. La muestra de pacientes en tratamiento con quimioterapia, a pesar de la dilatación en la recogida de datos, no es la suficiente para un estudio transversal.
4. El número de sujetos del análisis longitudinal es bajo para poder establecer conclusiones con un nivel suficiente de seguridad. Igualmente el

tiempo de 3 meses no es suficientemente amplio para poder hablar estrictamente de estudio longitudinal.

Líneas futuras de investigación

Durante la recogida de datos en la sala de espera, en la cual el investigador principal hizo “observación participante”. Se detectó la importancia que dan los pacientes que se encuentran en la sala de espera de quimioterapia ambulatoria a la comunicación de sus experiencias y emociones debido a la gran necesidad de compartirlas. Pues se identificaban unos con otros y confiaban en lo que se comunican, de esta forma los comentarios que se escuchan en ese lugar pueden ser más significativos que los que haya hecho al personal de salud. Lo cual hizo que se elaborará un cuestionario de compartimiento social de las emociones en la sala de espera que será motivo de una investigación ulterior conforme se aumente la muestra del mismo.

Otro estudio importante que se realizó, pero cuyos resultados no pudieron concluirse, fue el estudio de diario que se administró a los pacientes para que rellenaran en una semana de descanso de la quimio durante los cinco días laborables en tres momentos del día en el cual estaban recogidos tan solo una parte de las escalas del cuestionario comentado en la tesis.

Para finalizar también se elaboró una entrevista semiestructuradas que tan solo pudo pasarse a una paciente y está en proceso de validación para en un futuro ahondar en los verbatings de las personas en tratamiento con quimioterapia como parte de una investigación cualitativa que ahonde en dicha experiencia vital centrada en su proceso de salud-enfermedad.

Estudios indican que los grupos de apoyo favorecen la adaptación psicológica al cáncer de mama, cuando brindan educación e información (Helgeson & Cohen, 1996) y cuentan con la participación de personas adaptadas que han tenido el mismo trastorno (Stanton, Danoff-Burg & Cameron, 1999).

En este contexto deberíamos plantearnos que podríamos obtener una mejor adaptación de los pacientes a la enfermedad, a los tratamientos y a la vida después de la enfermedad mediante la formación con intervenciones psicoeducativas y programas específicos que fomenten el uso de estrategias de afrontamiento, sabiendo que los que tienen niveles de estudios más altos necesitan unas intervenciones más elaboradas en cuanto a su complejidad de contenido, mientras que las de los que tienen estudios primarios deben ser más sencillas. Por lo tanto, no se deberían utilizar los mismos programas para todos los pacientes. Siempre teniendo en cuenta la inclusión en los mismos de los propios pacientes de forma proactiva para aun mayor empoderamiento; teniendo en cuenta que los mensajes que nos transmiten personas más cercanas a nuestra propia situación, en este caso de salud-enfermedad, son más cercanas y por lo tanto se interioriza mejor que las expuestas tan solo por los profesionales de la salud.

Para finalizar, se sugiere que investigaciones futuras profundicen en el análisis de la relación existente entre las variables optimismo, esperanza proactiva, afecto positivo, esperanza emocional, proactividad y estrategias de afrontamiento, para determinar si alguna de ellas actúa modulando el efecto que tienen sobre la calidad de vida, pues tanto la teoría como la evidencia empírica sugiere que el optimismo favorece el uso de estrategias de afrontamiento activo (Scheier & Carver, 1993). Esto permitirá clarificar cuál es el rol que tiene cada una de estas variables, en relación con la calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se hace necesario continuar investigando acerca de la dimensión espiritual para así fortalecer el conocimiento teórico y la disciplina de enfermería, es evidente la necesidad de llevar a cabo modelos de gestión del cuidado para los pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia, en donde se prioricé en las creencias como en las practicas espirituales de la personas y en el fortalecimiento de la perspectiva espiritual; así se logrará una mejor transcendencia y afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento y finalmente también se logrará la unión de la teoría y la practica asistencial. Sobre todo teniendo en cuenta que en la valoración enfermera la necesidad de trascendencia es una de las menos exploradas.

CONCLUSIONES

El principal aporte de esta investigación radica en demostrar la importante relación que tienen las variables psicológicas esperanza proactiva, afecto positivo, proactividad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida de personas en tratamiento con quimioterapia.

Por otro lado, la ausencia de relación entre las variables sociodemográficas y medicas consideradas en nuestro estudio, y la adaptación a la enfermedad, también constituye una información importante, por cuanto demuestra que este aspecto no puede fundamentarse en variables que, como las utilizadas aquí, no tienen en cuenta las características propias y específicas de cada paciente como individuo que reacciona a una situación. En este sentido, no debe sorprendemos el hecho de que la calidad de vida se relacione con parámetros demográficos y médicos y eso no sea posible al referirnos a la adaptación a la enfermedad. La razón estriba, a nuestro juicio, en que la calidad de

vida es muy sensible a los síntomas físicos, y éstos si dependen de los parámetros de la quimioterapia (a mayor número de tratamientos, mayor toxicidad acumulada y mayor posibilidad de efectos secundarios) o del paciente, pues las mujeres parecen experimentar mayores niveles de náuseas y vómitos como efecto secundario de la quimioterapia (Comis, 1990; Martín y Díaz Rubio, 1988). En cambio, no parece lógico que la adaptación a la enfermedad, concepto que remite a capacidades y recursos de afrontamiento, pueda depender del sexo del paciente o del tipo de quimioterapia que reciba, sino más bien de la propia historia personal del individuo y de su entorno sociofamiliar, aspectos éstos que, evidentemente, poco o nada tienen que ver con el sexo del individuo y con los fármacos antineoplásicos que recibe.

Son muchos los datos que se han manejado en el presente trabajo de investigación de tesis doctoral. Con la intención de proporcionar una visión breve y resumida de los hipótesis del mismo. Partiremos previamente de un marco teórico bien establecido en el que se encuentran como ingredientes principales la enfermedad oncológica, las dimensiones básicas de la personalidad, el ajuste mental al cáncer, la depresión, la sintomatología física, la funcionalidad descrita por el clínico y la calidad de vida global. Como se ha comentado en la justificación de este trabajo se trata de establecer el inicio de una línea de investigación, de forma que podamos ahora dar respuesta a si existen relaciones entre las variables señaladas para poder establecer en el futuro cómo son estas relaciones y de qué manera interactúan.

En cuanto a la hipótesis general 1 se confirma en nuestra muestra que el estado psicológico de los enfermos afectados de cáncer y tratados con quimioterapia está

determinado por el conjunto y la interacción de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas.

También se confirma la hipótesis general 2 en nuestra muestra. Pudiendo decir que las variables psicológicas predictoras tienen mayor capacidad predictora que las variables sociodemográficas y clínicas del estado psicológico determinado por el cuadro de las variables criterio: ajuste mental, depresión, sintomatología, funcionalidad biomédica, y calidad de vida. Obteniéndose correlaciones significativas entre la mayoría de las variables criterio con las predictoras y resaltando especialmente las de signo positivo con proactividad, esperanza proactiva, afectividad positiva e implicación con ajuste mental al cáncer, Karnofsky y calidad de vida. Y positivas también con disfuncionalidad en el caso de los síntomas físicos y la depresión.

Como se ha expuesto en la discusión la edad, el género, el nivel educativo y la ocupación han demostrado capacidad predictiva. Confirmando así la hipótesis específica 1.

Así mismo, las variables clínicas: estadio, y otro tratamiento son las que muestran capacidad predictiva. Con lo que se confirma parcialmente la hipótesis 2.

Las variables de laboratorio con mayor capacidad predictiva son plaquetas y leucocitos. Confirmándose parcialmente la hipótesis 3.

Las hipótesis 4 y 5 se confirman ya que la fiabilidad de los dos cuestionarios específicos creados en el estudio es buena con un alfa de Crombach de .84 y .87 en el estudio transversal; y .81 y .77 en el longitudinal. Ambas escalas correlacionan

significativamente con las variables criterio y una gran cantidad de las variables predictoras.

Se confirma también la hipótesis 6 en la que las variables depresión y ajuste mental al cáncer son las que muestran capacidad explicativa tanto en el estudio transversal como en el longitudinal.

La hipótesis 7 que avanza la unidad y coherencia de las variables clínicas no se mantiene con los resultados encontrados.

Las variables criterio, como se ha comentado brevemente en el apartado de discusión, tienen entre ellas una gran cantidad de correlaciones significativas y siendo algunas de ellas introducidas en el modelo de regresión longitudinal: disfuncionalidad, significado vital y esperanza proactiva con efectos de temporalidad. Confirmando hipótesis 8 y 14.

La hipótesis 9 se confirma puesto que prácticamente todas las variables criterio: ajuste mental al cáncer, depresión, síntomas físicos, Karnofsky y calidad de vida global; tienen correlaciones significativas a nivel $p > .01$. Indicando que el estado psicológico del paciente forma un conjunto homogéneo entre todas ellas.

Las hipótesis 10 y 11 con respecto a los mayores niveles de apoyo social percibido y religiosidad se confirman también en nuestra muestra.

Los datos encontrados mantienen la hipótesis 12. Aunque no hay literatura sobre la asociación de las variables biológicas de laboratorio con las psicológicas, si podemos concluir que en nuestra muestra las personas con mayor Karnofsky tienen menores niveles séricos de creatinina; las personas con menores niveles de leucocitos tienen

mayor benevolencia hacia los demás y proactividad; mayores niveles de creatinina correlacionan negativamente con la afectividad negativa; los mayores niveles de plaquetas correlacionan también negativamente con el significado vital y el optimismo; y por último que la elevación de las enzimas hepáticas correlaciona positivamente con el ajuste mental al cáncer.

No pudiendo confirmarse la hipótesis 13 ya que en nuestra muestra el pronóstico de la enfermedad emitido por el clínico no correlaciona significativamente ni con las variables de síntomas físicos, ansiedad, depresión, ni afectividad negativa; ni con ninguna otra de las variables psicológicas. Ya sean éstas predictoras o criterio.

La hipótesis 15 se confirma ya que en todas las regresiones longitudinales tenemos una relación significativa entre la disfuncionalidad en su tiempo 2 con las variables criterio, también en su tiempo 2.

En cualquier caso, cada paciente en particular constituye algo único, y, por lo tanto, la determinación de sus características psicológicas y del tipo de apoyo que pueda serle más beneficioso es algo que debe llevarse a cabo mediante una valoración clínica completa que integre, junto a los aspectos psicológicos, aquéllos otros derivados directamente de su historia médica como paciente oncológico.

Atender en forma integral a un paciente significa considerarlo como un todo: tratar los síntomas físicos como el dolor, la dificultad respiratoria o la depresión; atender emocionalmente a la familia que también sufre el proceso terminal ayudándole a manejar sus sentimientos, permitirles expresar sus dudas y sus temores; facilitar el mejor entorno social posible, con sensibilidad hacia las necesidades espirituales y la

trascendencia del proceso de enfermedad, sin juzgar, sin prejuicios y sin intentar imponer nuestros valores.

La principal aportación de este estudio es que, aunque el cáncer sea una situación adversa grave, para su correcta explicación es necesario incluir la consideración de variables y recursos positivos de la persona sin los cuales la descripción de la experiencia y afrontamiento de la enfermedad resulta incompleta.

REFERENCIAS

- Aapro, M. S., Kirchner, V., & Terrey, J. P. (1994). The incidence of anticipatory nausea and vomiting after repeat cycle chemotherapy: The effect of granisetron. . *British Journal of Cancer*, *69*, 957-960. doi:10.1038/bjc.1994.185
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergam, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberto, A., Takeda, F. (1993). The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, *85*, 365-376. doi:PMID:8433390
- Aaronson, N. K., Cull, A., Kaasa, S., & Sprangers, M. A. G. (1995). EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology: An update. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd ed.,). New York: Raven Press Ltd.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifield, C. (1987). Appraisals of contextual and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 273-279.
- Ahles, T.A. Silberfarb, P.M., Rundle, A.C., Holland, J.C., Kornblith, A.B., Canellos, G.P., Green, M.R. & Peny, M.C. (1994). Quality of life in patients with limited small-cell carcinoma of the lung receiving chemotherapy with or without radiation therapy for cancer and Leukemia Group B. *Psychotherapy and Psychosomatics*. *62*, 193- 199.
- Alcántara, C. (2012). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con hipertensión* . (Unpublished Tesis) Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Madrid: La Ley.
- Alonso, C. (2006, Febrero 2006). Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención. Retrieved from <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/172/24619/?++interactivo>

- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30(15), 588-598.
- Antoniovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. . In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. New York: John Wiley and Sons.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., Brenner H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*. 22: 4829-4836.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., Brenner, H. (2005). Persistence of restriction in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*: 4945-4953.
- Arrarás, J. I., Arias de la Vega, F., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E., Domínguez, M. A., & Vera, R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de oncología del hospital de navarra: Grupo de calidad de vida de la EORTC. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 34(1), 9-20.
- Arrarás, J. I., Martínez, M., Manterola, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98. ISSN 1696-7240
- Arraras, J. I., Vera, R., Martínez, M., Hernández, B., Laínez, N., & Rico, M. (2009). The EORTC cancer in-patient satisfaction with care questionnaire: EORTC IN-PATSAT32 validation study for Spanish patients. *Clinical Transcultural Oncology*, 11(4), 237-242.
- Arraras, J. I., Villafranca, E., Arias, F., Domínguez, M. A., Laínez, N., & Manterola, A. (2008). The EORTC quality of life questionnaire QLQC30 (version 3.0). Validation study for Spanish prostate cancer patients. *Archivos Españoles De Urología*, 61(8), 949-954. PMID: 19040169

Asociación Chilena de Psicooncología (2002). ¿Qué es la Psicooncología?

Tomado de la fuente <http://www.psicooncologia.cl/disciplina.htm>, el día 1 de septiembre de 2011.

Asociación Española Contra el Cáncer(AECC). (2017). Sobre el cáncer. Cuidados paliativos, síntomas más frecuentes y tratamiento: debilidad y cansancio. Retrieved from <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECUENTESYTRATAMIENTO/Paginas/Dolor.aspx>

Aspinwall, L. G., & Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(10), 993-1003. doi:10.1177/01461672962210002

Avia, D., & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.

Aymanns, P., Filipp, S. H., & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology*, 34, 107-124.

Baker, F., Haffer, S.C., Denniston, M. (2003). Health-related quality of life of cancer and noncancer patients in Medicare managed care. *Cancer*. 97:674-681.

Bárez, M. (2003). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. (Unpublished Universidad de Barcelona,)

Barkwell, D. P. (1991). Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer relating pain. *Journal of Palliative Care*, 7(3), 5-14.

Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60. ISSN-e 0716-6184

Barragán Estrada, A., & Morales Martínez, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 19, 103-118.

- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445. doi:10.1007/BF00922627
- Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 103-118. doi:10.1002/job.4030140202
- Bateman, T., & Crant, J. (1999). Proactive behavior: Meaning, impact, recommendations 42 (3), 63,-74. *Business Horizons*, 42(3), 63-74.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Palyo, S. A., Gudmundsdottir, G., Miller, L. M., & and Colder, C. R. (2004). Psychometric properties of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI): A replication with motor vehicle accident survivors. 16 (3): 289-298. *Journal of Psychology Assessment*, 16(3), 289-298. doi:10.1037/1040-3590.16.3.289
- Behen, J. M., & Rodrigue, J. R. (1994). Predictors of coping strategies among adults with cancer. *Psychological Reports*, 74, 43-48.
- Bell, A., & Staw, J. (1989). People as sculptors versus sculpture: The role of personality and personal control in organizations. In M. B. Arthur, D. T. Hall & B. S. Lawrence (Eds.), *The handbook of career theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Benavent, A., Ferrer, E., & Francisco, C. (2000). Fundamentos de enfermería. *Colección enfermería S21* (). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Blasco, T. (1990). Factores psicológicos en la modulación de respuestas biológicas: El caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra: Barcelona.

- Blasco, T. (1994a). Anticipatory nausea and vomiting: Are psychological factors adequately investigated? *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 85-100.
- Blasco, T. (1994b). La náusea y el vómito asociados a la quimioterapia: una reflexión sobre la investigación básica y aplicada. *Anuario de Psicología*, 61 (2). 51-55.
- Blasco, T. y Bayés, R. (1990). Factores psicológicos en la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia. *Clínica y Salud*, 1 (2). 133-141.
- Blasco, T., & Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario De Psicología*, 72, 81-90.
- Blazeby, J. M., Brookes, S. T., & Alderson, D. (2000). Prognostic value of quality of life scores in patients with esophageal cancer. *Br J Surg*, 87, 362-373. doi:10.1046/j.1365-2168.2000.01383-8.x
- Blazeby, J. M., Brookes, S. T., & Alderson, D. (2001). The prognostic value of quality of life scores during treatment for esophageal cancer. *Gut*, 49, 227-230. doi:10.1136/gut.49.2.227
- Bormann, J. E., Thorp, S., Wetherel, J. L., & Golshan, S. (2008). A spiritually based group intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Holistic Nursing*, 26(2), 109-116. doi:10.1177/0898010107311276
- Bradley, S.L., Lutgendorf, S.K., Rose, S., Costanzo, ES., Anderson, B. (2006). Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic Oncology*. 100:479-486.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Bruera, E., Schmitz, B., & Pither, J. (2000). The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *Pain Symptom Manage*, 19(5), 357-362.

- Cabanes A, Vidal E, Aragonés N et al.(2010). Cancer mortality trends in Spain: 1980-2007. *Annals of Oncology*, 21 (S 3): 14-20.
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., Offord, D.R. (1997). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*.79(5):805-13.
- Cahill, S., & Foa, E. (2007). Psychological theories of PTSD. In M. Friedman, T. Keane & P. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD. Science and practice* (New York ed., pp. 55-77) Guilford Press.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal Medicine*, 343, 654-656.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (2001). Emciones y salud. Ansiedad y estrés. 7(2-3): 111-121. ISSN:1134-7937.
- Carey, C. L., & Harris, L. M. (2005). The origins of blood-injection fear/phobia in cancer patients undergoing intravenous chemotherapy. *Behaviour Change*, 22(4), 212-219.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., & Bruera, E. (2011). A comprehensive study of psychometric properties of the Edmonton symptom assessment system (ESAS) in Spanish advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 47, 1863-1872.
- Carver, C., & Gaines, J. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 449-462.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. , . *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Coping processes and adjustment to chronic illness. In A. J. Christensen, & M. H. Antoni (Eds.), *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective. the blackwell series in health psychology & behavioral medicine* (pp. 47-68). Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- Castiblanco, A., & Delgado, C. (2001). Una buena relación médico-paciente. *Boletín De Psicología*, 4, 2-7.
- Castillo, D. (2012). *Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario* (Unpublished Tesis). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Cayuela, A., Rodríguez-Dominguez, S., & López-Campos, J. L. (2008). Lung cancer mortality trends in Spain between 1980 and 2005 . *Archives Bronconeumology*, 44, 70-74.
- Cayuela, A., Rodríguez-Dominguez, S., Martín, V. E., & Candau, B. R. (2008). Recent changes in prostate cancer mortality in Spain. Trends analysis from 1991 to 2005. *Actas Urológicas Españolas*, 32, 184-189.
- Cella, D. (2003). Métodos de evaluación de la calidad de vida en psico-oncología. In M. Die Trill (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 779-786). Madrid: Ades.
- Chanduvi, 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 2014. *Revista Tzhoecoén*, 7(2) ISSN: 1997-3985
- Chapital, O. C. (2017). Resiliencia. Retrieved from [http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_(psicolog%C3%ADa))
- Chen, C. K., & Nizar, A. J. (2011). Myofascial pain syndrome in chronic back pain patients. *Korean J Pain*, 24(2), 100-104.
- Ciarrochi, J., Heaven, P. C., & Davies, F. (2007). The impact of hope, self-esteem, and attributional style on adolescents' school grades and emotional well-being: A

longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1161-1178.

doi:10.1016/j.jrp.2007.02.001

Ciarrochi, J., Heaven, P. C., & Davies, F. (2007). The impact of hope, self-esteem, and attributional style on adolescents' school grades and emotional well-being: A longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1161-1178. doi:10.1016/j.jrp.2007.02.001

Cleries, R., Ribes, J., & Esteban, L. (2006). Time trends of breast cancer mortality in Spain during the period 1977–2001 and Bayesian approach for projections during 2002–2016. *Ann Oncol*, 17, 1783-1791. doi:10.1093/annonc/mdl303

Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 809-815. doi:10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c

Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. y Aiken, L.S. (2003). Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd Ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Comis, R. L. (1990). Advances in the control of nausea and vomiting: A commentary. *Icsc Reviews*, 1, 3-4.

Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Heal. Psychol. Off. J. Div. Heal. Psychol. Am. Psychol. Assoc.*American Psychological Association; 20(3):176–85.

Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: Una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 2(2), 311-319. ISSN: 1794-9998.

Costa, M., & López, E. (2008). La perspectiva de la potenciación en la intervención psicológica. In C. Vázquez, & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada*. Madrid: Descleé de Brower.

- Costa, M., & López, E. (2008). *Manual para la ayuda psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Cruz, P., Villegas, V., & Ramírez, S. (2008). Fundamento biológico y aplicación clínica de los marcadores tumorales séricos. *Revista Ciencias De La Salud, Universidad Del Rosario*, 6(2), 85-98.
- Cruzado, J. A., & Labrador, F. J. (2000). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. . *Revisiones En Cáncer*, 14(2), 63-82.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper Collins.
- Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 185-199. doi:10.1023/A:1024409732742
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva subjective well-being: Towards a positive psychology. *Revista De Psicología De La Universidad De Chile*, 12(1), 83-96.
- Cunningham, A. J. (2005). Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 4(2), 178-186. doi:101177/1534735405275648
- Cutshall, S. M., Cha, S. S., Ness, S. M., Stan, D. L., Christensen, S. A., Bhagra, A., & Ruddy, K. J. (2015). Symptom burden and integrative medicine in cancer survivorship. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(10), 2989-2994. doi:10.1007/s00520-015-2666-0
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Review*, 130, 228-260. doi:10.1037/0033-2909.130.2.228

- Dalmida, S. G. (2006). Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: Integrating spirituality into mental health care. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(2), 185-198. doi:10.1080/01612840500436958
- Daniels, J., & Kissane, D. W. (2008). Psychosocial interventions for cancer patients. *Current Opinion in Oncology, 20*, 367-371. doi:10.1097/CCO.0b013e3283021658
- Davidson, J., Norman, A., Uuchler, T. K., Cunningham, D., & y Watson, M. (2003). Development of a disease specific questionnaire to supplement a generic tool for QOL in colorectal cancer. *Psychooncology, 12*, 675-685. doi:10.1002/pon.684
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(2), 561-574. doi:10.2215/CJN.01890310
- Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2010). Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *The Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 5*(11), 1969-1976.
- De la Fuente, R. (1998). *Psicología médica*. México D.F.: FCE.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology, 49*(1), 14-23. doi:10.1037/0708-5591.49.1.14
- Derogatis, D., L.R., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Carnicke, M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama, 249*(6), 751-757. doi:10.1001/jama.1983.03330300035030
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., & Schmale, A. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama, 249*, 751-757. doi:10.4103/0973-1482.27590.

- Díaz, I., Velásquez, D. B., Rodríguez, K. C., Ortiz, Y. G., Jerez, J. A., Buitrago, L. A., & Moreno, Y. D. (2010). Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos. *Ciencia y Cuidado*, 7(1), 61-70. ISSN 1794-9831
- Die, M. (2003). *Psicooncología*. Madrid: Ades.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Crosscultural Psychology*, 31(4), 419-436. doi:10.1177/00220221000310004001
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*. 16:487-494.
- Duggleby, W., Bally, J., Cooper, D., Doell, H., & Thomas, R. (2012). Engaging hope: The experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 39(4), 400-406.
- Durá, E., & Hernández, S. (2003). Los grupos de autoayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín De Psicología*, 78, 21-39.
- ECO. (2014). Generalidades en oncología. Retrieved from <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
- Efficace, F., Biganzoli, L., Piccart, M., Coens, C., Van Steen, K., Cufer, T. Bottomley, A. (2004). Baseline health-related quality of life data as prognostic factors in a phase III multicenter study of women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*, 40, 1021-1030. doi:10.1016/j.ejca
- Elías, A. C., Giglio, J., Pimenta, C. A., & El-Dash, L. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapéutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME)

- para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. . *Revista De Psiquiatria Clínica*, 34(1), 60-72. doi:10.1590/S0101-60832007000700009
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., & Primo, K. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. . *Health Psychology*, 18, 315-326. PMID:10431932
- Epstein, S. (1991). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In A. Ellis, & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational emotive therapy*. (pp. 3-34). Nueva York: Springer.
- Espantoso, R., Fernández, C., Padierna, C., Amigo, I., Villoria, E., Gracia, J. M., Peláez, I. (2007). Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncología*, 4(1), 43-58.
- Etzioni, R., Penson, D. F., Legler, J. M., di Tommaso, D., Boe, R., & Gann, P. H. (2002). Over diagnosis due to prostate-specific antigen screening: Lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. *Journal National Cancer Institute*, 94, 981-990. doi:10.1016/j.juro.2008.01.222
- Falkum, E., Olff, M., & Aasland, O. G. (1997). Revisiting the factor structure of the ways of coping checklist: A three-dimensional view of the problem-focused coping scale: A study among Norwegian physicians. *Personal Individual Difference*; 22(2), 257-267.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., & Morton, D. (1993). Malignant melanoma: Effects on early structure psychiatric intervention coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Ferrando, P., Chico, E., & Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation test. . *Psicothema*, 14, 673-680.

- Ferrero, J., Toledo, M., & Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 27, 87-102. ISSN: 0120-0534
- Fierro, A. (2006). La inteligencia emocional ¿Se asocia a la felicidad? Un apunte provinciano. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 241-249.
- Fife, B. L. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Social science & medicine. Journal of Social Science & Medicine*, 38(2), 309-316. PMID:8140457
- Flórez González, J., & Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia paliativa de la corporación FORMAR. *Revista Virtual De Ciencias Sociales y Humanas PSICOESPACIOS*, 5(7), 18-42. ISSN: 2145-2776.
- Flyn, P., Betancourt, H., Tucjer, J., Garberoglio, C. & Riggs, M. (2007). Culture, emotions, and self-breast examinations among culturally diverse women. Retrieved from <http://64.233.163.132/search?q=cache:H1f8JS0bScYJ:www.cultureandbehavior.org/file/s/APACultureEmotionsSBE.pdf+%22hector+betancourt%22+%2B+%22breast+cancer%22ycd=2yhl=esyct=clnkygl=cl>
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D., & Orsillo, S. (1999). The post-traumatic cognition inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E., & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42. ISSN 1696-7240
- Forero, F., Bernal, G., & Restrepo, M. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances En Medición*, 3, 135-152.

- Frankl, V. E. (1988). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1990a). *Psicoanálisis y existencialismo: De la psicoterapia a la logoterapia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. E. (1990b). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Journal of American Psychologist*, *56*, 218-226. PMID:3122271
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. 330-335. *Journal of American Scientist*, *91*(4), 330-335. doi:10.1511/2003.4.330
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Association for Psychological Science*, *13*(2), 172-175. doi:10.1111/1467-9280.00431
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on September 11th, 2001. *84*(2), 365. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(2), 365-376. doi:10.1037//0022-3514.84.2.365
- Funk, S. G., Tornquist, E. M., & Champagne, M. T. (1989). *Key aspects of comfort: Management of pain, fatigue and nausea*. New York: Springer Publishing.
- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K., Meyerowitz, B.E., Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*. *16*:501-514.
- García Roca, F. (1998). *Contracultura de la solidaridad y exclusión social: Prácticas, discursos y narraciones*. Madrid: HOAC.

- García, I. (2002). Valor terapéutico de la enfermería. *Enfermería Oncológica*, 7(1), 13-25.
- García, J., & Sisón, K. (2013). Locus of hope and subjective wellbeing. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 1(3), 53-58. doi:10.5861/ijrsp.2012.297
- García-Camba, E. (1999). *Manual de psicooncología*. Madrid: Biblioteca Aula Médica.
- García-Conde, A. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos. Tesis doctoral*. (Unpublished Universidad de Valencia, Valencia).
- García-Esquinas, E., Perez-Gomez, B., Pollan, M., Boldo, E., Fernández-Navarro, P., & Lope, V. (2009). Gastric cancer mortality trends in Spain, 1975–2005: Differences by autonomous region and sex. *BMC Cancer*; 9: 346. doi:10.1186/1471-2407-9-346
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico *Psicología Desde El Caribe*, 2, 50-75. ISSN: 0123-417X
- Gilbar, O. (1991). The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Social Sciences and Medicine*. 32 (1-2). 1337- 1340.
- Gil, F., Costa, G., Hiljer, I., & Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: Psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress & Health*, 28(5), 362-367. doi:10.1002/smi.2445
- Gil, F. L., Costa, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2007). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 0, 1-3.
- Gill, M., & Roca, M. (1996). Trastornos afectivos en oncología. In M. Roca, & M. Bernardo (Eds.), *Trastornos depresivos en patologías médicas* (pp. 64-80). Barcelona: Masson.

- Gispert, R., Cleries, R., & Puigdefabregas, A. (2008). Cancer mortality trends in Catalonia. *Medicina Clínica*, 1(131 Suplemento), 25-31.
- Gómez, M. (2003). Enfermedad terminal y medicina paliativa. In M. Gómez (Ed.), *Avances en cuidados paliativos* (pp. 93-112). Las Palmas: Gafos.
- Gómez, S. M. (1998). Algunas consideraciones al respecto arán ediciones: 51. *Cómo dar malas noticias en medicina* (2ª ed., pp. 51). Madrid: Arán Ediciones.
- González, A., & González, M. J. (2007). Los programas de detección precoz del cáncer de mama en España. *Revista De Psicooncología*, 4(2-3), 249-264.
- Goodheart, C. D., & Lansing, M. H. (1997). *Treating people with chronic disease*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Graft, A. (2001). El dolor en psiquiatría: Causa frecuente de atención. *Salud Mental*, 24, 1-3.
- Grau, J. (1998). La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. In M. Gómez- Sancho (Ed.), *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales* (). La Habana: ICEPSS.
- Grau, J., & González, U. (1997). *Ética, calidad de vida y psicología de la salud*. . IV Congreso Nacional De Psicología, , Santiago de Chile, Chile.
- Greer, S. & Síberfarb, P.M. (1982): Psychological concomitants of cancer. Current state of research. *Psychological Medicine*, 12, 563-573.
- Grinberg, L., Langer, M., & Rodriugué, E. (1977a). Cap. 6. Mecanismos de curación en el grupo. *Psicoterapia de grupo, su enfoque psicoanalítico* (5ª ed., pp. 140-166). Barcelona: Paidós.
- Grinberg, L., Langer, M., & Rodriugué, E. (1977b). Cap. 7. Grupos especiales. *Psicoterapia de grupo, su enfoque psicoanalítico* (5ª ed., pp. 167-203). Barcelona: Paidós.

- Greer, S. & Síberfarb, P.M. (1982): Psychological concomitants of cancer. Current state of research. *Psychological Medicine*, 12, 563-573.
- Grotberg, E. (1997). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
- Guinot, J. L. (2004). *Entre el miedo y la esperanza la experiencia de afrontar un cáncer*. Madrid: Alianza.
- Gullo, L., Tomassetti, P., Migliori, M., Casadei, R., & Marrano, D. (2001). Do early symptoms of pancreatic cancer exist that can allow an earlier diagnosis? *Pancreas*, 22(2), 210-213. PMID:11249079
- Gutiérrez, F., Peri, J. M., Torres, X., Caseras, X., & Valdés, M. (2007). Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *Journal of Research Studies in Personality*, 41(5), 1032-1053.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., & et al. (2001). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 279-286. doi:10.1016/S0022-3999(01)00235-5
- Hartley, S. M., Vance, D. E., Elliott, T. R., Cuckler, J. M., & Berry, J. W. (2008). Hope, self-efficacy, and functional recovery after knee and hip replacement surgery. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 53(4), 521. doi:10.1037/a0013121
- Helgeson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 134-148.
- Helgeson, V.S., Tomich, P.L. (2005). Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*. 14:307-317.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., & Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: Dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1), 179-191.

- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. A., & Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Herrera, G. A., Granados, G. M., & De la Garza, J. S. (2006). El cáncer . In G. A. Herrera, G. M. Granados & B. M. González (Eds.), *Manual de oncología procedimientos médico quirúrgicos* (3ª ed., pp. 1-7). Madrid: Mc Graw Hill.
- Herrmann, E., Gerss, J., Bierer, S., Kopke, T., Bolenz, C., Hertle, L., & Wulfing, C. (2009). Pre-treatment global quality of health predicts progression free survival in metastatic kidney cancer patients treated with sorafenib or sunitinib. *J Cancer Res Clin Oncol*, 135, 61-67. doi:10.1007/s00432-008-0438-7
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 66, 23-42. ISSN:0213-8646
- Hewitt M, Greenfield S, Stovall E (2006). (eds). *From Cancer Patient to Cancer Survivors: Lost in Transition*. Washington, DC: The National Academies Press. 2006.
- Ho, S. M., Chan, C. L. W., & Ho, R. T. H. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 377-389.
- Holland, J., & Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J. C. (1991). Progress and challenges in psychosocial and behavioral research in cancer in the twentieth century. . *Journal of Cancer*, 67(3, supplement), 767-773.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197. PMID: 11166145
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221-225.

- Ibáñez, T. (1988). Ideologías de la vida cotidiana. *Psicología de las representaciones sociales*. Barcelona: Sendai.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, T., Priestman, T., & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: The effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30A, 37-40.
- INE (2009). Cifras INE. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad y cáncer. www.ine.es
- Irvine D, Vincent L, Graydon J, Bubela N. (1998). Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*; 21: 127-35.
- James, W. (1986). Las Variedades De La Experiencia Religiosa: Estudio de la Naturaleza Humana. 1ª ed. Barcelona: Península, 1986 [1902].
- Instituto de Salud Carlos III. (2005). La situación del cáncer en España. *Área de epidemiología ambiental y cáncer. Centro nacional de epidemiología. Instituto de Salud Carlos III* (pp. 23-59). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 195-214. doi:10.1111/1467-6494.00009
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. . New York: Basic Books.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

- Johansson, M., Ryden, A., & Finizia, C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer. A longitudinal study. *BMC Cancer*, *11*, 283-292. doi:10.1186/1471-2407-11-283
- Kangas, M., Henry, J. L. y Bryant, R. A. (2005). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73* (2), 360-364.
- Karnofsky, D. A., & Burchenal, J. H. (1949). In Macleod C. M. (Ed.), *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press.
- Kennedy, J. E., Abbott, R. A., & Rosenberg, B. S. (2002). Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. . *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *8*(4), 64-73. PMID: 12126175
- K erouac, S., Pepin, J., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero.*; 23-58. Barcelona: Masson.
- Keyes, C. L., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In N. J. Mahwah (Ed.), (XV ed., pp. 601). US: Lawrence: Erlbaum Associates Publishers.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder with early state and advanced breast cancer: A comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(5)
- Kobasa, S., Maddi, S., & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health & Social Behavior*, *22*, 368-378.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In G. S. Sanders, & J. Sals (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Goldberg, R. L., Ursula, D. V. (1993). Professionally led support groups for cancer patients: An intervention in search of a model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25(3), 275-294. doi:10.2190/QPYE-WGR5-QWQK-FU7F
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88(12), 2817-2823.
- Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, R., & Jamsa, T. (2001). Coping with the onset of cancer: Coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care (England)*, 10, 6-11. ISSN 1365-2354
- Kyngas, H. A., Kroll, T., & Duffy, M. E. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review. *Journal of Adolescent Health*, 26, 379-388. ISSN 1054-139X
- Laidlaw, T. M., Booth, R. J., Large, R. G. (1996). Reduction in skin reactions to histamine after a hypnotic procedure. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 242-248. PMID: 8771624
- Landaverde, S. Y., Santos, G. M., & Tejada, C. M. (2015). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con diagnostico oncológico que reciben cuidados paliativos en el hospital divina providencia del departamento de san salvador durante el año 2014*. . . . (Unpublished Tesis).Universidad de El Salvador, Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciatura en Psicología. . Facultad de Ciencias y Humanidades. Departamento de Psicología.
- Lazarus, R. S. (2001). Estrés y salud. In J. Buendía, & F. (. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (). Madrid: Pirámide.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). Coping as mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(3), 466-475. PMID: 3361419
- Levin, T. T., & Alici, Y. (2010). Anxiety disorders. In J. C. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 324-331). New York - Oxford: Oxford University Press.
- Lewis, F. M. (1989). Attributions of control, experienced meaning and psychosocial wellbeing in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *7*, 105-119. doi:10.1177/089801019901700103
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 11-21. doi:10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Lipowski, Z. J. (1988). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, *1*(3), 91-102. PMID: 4257952
- Llopis, D., Pons, J., Berjano, E. (1996). Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas .. *Psicothema*, *8*(3), 465-474. ISSN: 0214-9915
- Llull, D., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. un estudio de pacientes con cáncer, *8*(2), 175-182. *Psico-USF*, *2*, 175-182.
- Loayza, I., & Sophie, F. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. . recuperado de: . (Unpublished Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- López, S. J., Snyder, C. R., & Pedrotti, J. T. (2003). Hope: Many definitions, many measures In J. López-Shane, & C. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 91-106). Washington: American Psychological Association.

- Lopez-Abente, G., Pollan, M., & Aragonés, N. (2005). In Ministerio Sanidad y Consumo de España (Ed.), *La situación del cáncer en España*
- López-Ibor, J. J., & Valdés, M. (Eds.). (2002). *American Psychiatric Association. Diagnosis Classification DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición. Texto revisado ed.). Barcelona: Masson.
- Lostanau, V. A., & Torrejón, C. S. (2013). *Afrontamiento y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama* . (Unpublished Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2003). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. . *Child Development, 71*(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164.
- Luthar, S.S. & Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience. An integrative review. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la salud. *Revista De Psicología, 111*(1)
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success. *Psychological Bulletin, 131*(6), 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Magaletta, P. R., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology, 55*(5), 539-551.
- Martín, M., & Díaz Rubio, E. (1988). Toxicidad gastrointestinal de la quimioterapia antineoplásica . In E. Díaz Rubio (Ed.), ***Efectos secundarios de la quimioterapia antineoplásica*** (pp. 27-41). Barcelona: Doyma.

- Martínez, C., Peris, R., & Sánchez, M. J. (2001). Epidemiología descriptiva del cáncer en España. In Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO) (Ed.), *Tercer libro blanco de la oncología en España*. (pp. 1-32). Madrid: Ergón.
- Martínez, M., Dolz, M., Alonso, J., Luque, I., Palacín, C., & Bernal, M. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMed-España: European study of the epidemiology of mental disorders-España. *Medicina Clínica*, 12(126), 445-451.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Massi, M. J., Lloyd-Williams, M., Irving, G., & Miller, K. (2010). The prevalence of depression in people with cancer. In D. Kissane, M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depression and cancer*. (pp. 136). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Massie, M. J., & Shakin, E. J. (1993). Management of depression and anxiety in cancer patients In W. Breitbart, & J. C. Holland (Eds.), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients* (pp. 1-22). New York: American Psychiatric Press Inc.
- Maté, M. J., Gil, M. F., & Lluch, S. P. (2003). Quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia. In T. M. Die (Ed.), *Psicooncología* (1ª ed., pp. 283-289). Sevilla: ADES.
- McCann, I., & Perlman, L. (1990). *Psychological trauma and the adult survivors: Theory, therapy, and transformation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 197-210.
doi:10.1126/science.150.3699.971

- Mera, P. C., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica, 30*(3), 69-78. ISSN 0718-4808
- Mesquita, A. C., Chaves, E. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & Carvalho, E. C. (2013). La utilización del enfrentamiento religioso/ espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 21*(2)
- Miaskowski, C., & Portenoy, R. K. (1998). Update on the assessment and management of cancer-related fatigue. *Principles and Practice of Supportive Oncology Updates, 1*, 1-10. PMID: 26389484.
- Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D. & Murray, G.D. (2005). A one year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal Psychosomatic Research, 58* (4), 335-342
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). *Plan nacional de cuidados paliativos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. ISBN 84-7670-604-9
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud . Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Consejo de Europa, 25 de junio de 1999 U.S.C. núm. 128 de 29 de mayo de 2003.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. BOE, núm. 102 de 29 de abril de 1986. General de Sanidad. U.S.C. núm. 102 de 29 de abril de 1986 (1986).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre de la autonomía del paciente y de derechos y

obligaciones en materia de información y documentación clínica, Básica reguladora U.S.C. núm. 274 de 15 de noviembre de 2002 (2002).

Miralles, L., Otin, R., & Rojo, J. E. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, 8(103), 5654-5664.

Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. In E. Martz, & H. Livneh (Eds.), *Coping with chronic illness and disability* (pp. 107-126). New York: Springer-Verlag.

Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness: New perspectives* (). New York: Plenum Press.

Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crisis: A conceptual overview. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.

Mor, V., Laliberte, L., Morris, J. N., & Wiemann, M. (1984). The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 53, 2002-2007. PMID:6704925

Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Madrid: Editorial Atenea Digital.

Moreira-Almeida, A., Lotufo, F., & Koenig, G. H. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 28(3), 242-250.

Moreira-Almeida, A., Lotufo, F., & Koenig, G. H. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 28(3), 242-250. doi:10.1590/S1516-44462006005000006

- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. In G. Buela-Casal, V. E. Caballo & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B. (2011). Los recursos de la personalidad. In M. G. Herrer, & B. M. Jiménez (Eds.), *Marco contextual: La perspectiva salutogénica y la psicología positiva*.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & Gálvez, J. (2005). Personalidad positiva y salud. (pp.59-76). In M. Flores-Alarcón, M. Botero & B. Moreno-Jiménez (Eds.), *Psicología de la salud. temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59-76). Bogotá: Alapsa.
- Morrow, G. R., Andrews, P. L., & Hickok, J. T. (2003). Fatigue associated with cancer and its treatment. *Support Care Cancer*, 10(5), 389-398. doi:10.1007/s005200100293
- Muriel, C. (2006). *Fundación Grunthal. Dolor Oncológico. Reunión De Expertos*, Salamanca.
- Myers, D. G. (1994). Interview on happiness. *Psychology Today*, 35-37.
- Nagy, S., y Nix, CL. (1989). Relations between preventive health behavior and hardiness. *Psychological Reports*, 65, 339-345.
- Newacheck, P., McManus, M.A., Fox, H.B. (1991), Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *Am J Dis Child*.145(12):1367-73.
- Nezu, A. M. (1998). *Helping cancer patients cope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Noguchi, W.; Morita, S.; Ohno, T.; Aihara, O.; Tsujii, H.; Shimosuma, K.; Matsushima, E. (2006). Spiritual needs in cancer patients and spiritual care base on logotherapy. *Support Care Cancer*, 14(1), 65-70. doi:10.1007/s00520-005-0827-2
- Noyes, R. J.; Holt, C,S.; Massie, M. J. (1998). Anxiety disorders. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 548-563). New York, Oxford: Oxford University Press.

- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Connor, A. P.; Whicker, C. A.; Germino, B. B. (1999). Understanding the cancer patient's search for meaning. ; 13:167-175. *Cancer Nursing.*, 13, 167-175. ISSN: 0162-220X
- Olmo, M., & Cobos, F. (1999). Recursos para el afrontamiento emocional en el paciente oncológico. *Enfermería Universitaria De Albacete*, 10, 10-16.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf,
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Cuidados paliativos guía para el manejo clínico . Retrieved from <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/palliative-care.pdf>
- Pachman, D. R., Barton, D. L., & Swetz, K. M. (2012). Troublesome symptoms in cancer survivors: Fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. 30 (30): 3687-96, 2012. *Journal Clinical Oncology*, 30(30), 3687-3696.
- Padilla, G. V. (2005). Calidad de vida: Panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana De Psicología*, 13, 80-88.
- Padrós, F., Fernández-Castro, J. A. (2008). Proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment: The gaudiebility scale. 8(3), 413-430. *Internacional J Psychological Therapy*, 8(3), 413-430.
- Padrós, F.; Fernández Castro, J. (2001). Escala de gaudibilidad de Padrós. Una propuesta para medir la disposición a experimentar bienestar. *Boletín De Psicología (Spain)*,
- Page, D. L.; Dupont, W. D. (1990). Premalignant conditions and marks of elevated risk in the breast and their management. *Surgeon Clinical North American*, 70, 831-851. doi:10.1016/S0039-6109(16)45184-4

- Pardo, A., Ruiz, M.A: (2002). SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Capítulo 12. Análisis de variables categóricas. Madrid:McGraw-Hill. 236
- Park, N., Peterson, C., Seligman, M. (2004). Strengths of character and wellbeing. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 603-619. doi:10.1521/jscp.23.5.603.50748
- Pascau, L.; Pérez, L.; Piret, T.; Viada, C.; Ramos, M.; Silveira, J. y Cols. (2006). Una propuesta de programa de capacitación educativo, preventivo para la educación de la sexualidad de las pacientes operadas de cáncer de mama y útero. *Psicología y Humanidades, 3*.
- Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998). El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología, 58*, pp. 61-96.
- Peres, M., Arantes, A. C., Lessa, P., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. . *Revista De Psiquiatria Clínica, 34*(1), 82-87. doi:10.1590/S0101-60832007000700011
- Pérez de Abajo, J. A. (2006). Repercusiones psicológicas del cáncer. In J. A. Álvarez (Ed.), *El cáncer, proceso oncológico integral* (pp. 195-203). León: Gráficas Alse.
- Pérez, A. (2007). La teoría de las representaciones sociales. psicologíaonline.com; (revista online). . *Psicologíaonline.Com; (Revista Online)*.
- Pérez, S. (2008). *Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo*. (Unpublished Tesis).Universitat de Valencia, Valencia (España).
- Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health. In J. E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of martin E.P. Seligman. Laws of life symposia series* (pp. 145-161). West Conshohocken, PA, US: Templeton Foundation Press.

- Peterson, C.; Park, N.; Seligman, M. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology, 1*(1), 17-26. doi:10.1080/17439760500372739
- Peterson, C.; Seligman, M.; Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(23), 27.
- Peterson, S. J.; Gerhardt, M. W.; Rode, J. C. (2006). Hope, learning goals, and task performance. *Personality and Individual Differences, 40*(6), 1099-1109. doi:10.1016/j.paid.2005.11.005
- Pfeifer, K. A. (1999). Fisiopatología. In S. E. Otto (Ed.), *Enfermería oncológica* (pp. 3-21). Barcelona: Ediciones Harcourt Brace.
- Pless, I. B., & Nolan, T. (1991). Revision, replication and neglect--research on maladjustment in chronic illness. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines, 32*(2), 347-365.
- Popper, K. R. (1994). *La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento*. . Buenos Aires.: Ediciones Piados Ibérica, S.A.
- Prada, E. (2017). Psicología positiva y emociones positivas. Retrieved from www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? , 131(6), 925. . *Psychological Bulletin, 131*(6), 925-971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Lozano, I. C., Castaño, Z., & Fernández, H. (2008). Estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de personas con VIH. . In J. J. Sánchez-Sosa, J. A. Piña & B. M. Rivera (Eds.), *En eds.). Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: Investigación e intervención*. (Primera ed., pp. 161-184). México D.F: editorial@plazayvaldes.com. ISBN: 978-970-722-XXX-X

- Rand, K. L. (2009). Hope and optimism: Latent structures and influences on grade expectancy and academic performance. , 77(1), 231-260. *Journal of Personality*, 77(1), 231-260. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00544.x
- Raymundo, O.; Ayala, I. (2011). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista De Psicología Trujillo*, 13(1), 59-73.
- Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*, 40(1), 5-11. doi:10.1177/01939450122045492
- Rehmann-Sutter, C.; Müller, H. (2009). *Disclosure dilemmas ethics of genetic prognosis after the 'right to know not to know' debate*. Farnham, Surrey, England: Ashgate.
- Reich, M.; Lesur, A.; Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research Treatment*, 110(1), 9-17.
- Rémor, E.; Amorós Gómez, M.; Carrobles, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos . *Anales De Psicología*, 26(1), 49-57. ISSN: 0212-9728.
- Rhodewait, F., Austsdottir, S. (1984). On the relationship of hardiness to the Type A behavior pattern: Perception of live events versus coping with life event. *Journal of Research in Personality*, 18, 212-223.
- Rodrigue, J. R., Behen, J. M., & Turnlin, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 205-214.
- Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I., & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 9(1), 95-112. doi:10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39140
- Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I., & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de

afrentamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar.

Psicooncología, 9(1), 95-112. doi:10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39140

Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. . 17(4): 194-97. www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864006320867_S300_es. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 17(4), 194-197.

Romero, R. (2008). La relajación para tolerar mejor la quimioterapia. *GEYSALUS Mujer y Salud*, 12, 11-15. doi:M-7045-2005

Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Hickok, J. T., & Stern, R. M. (2000). Nausea and vomiting remain a significant clinical problem: Trends over time in controlling chemotherapy-induced nausea and vomiting in 1413 patients treated in community clinical practices. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(2), 113-121. PMID: 10989249

Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad* (Traducción de 1973). Buenos Aires: Paidós.

Ruiz-Ramos, M.; Expósito, H. (2007). Cancer mortality trends in Andalusia (Spain) between 1975 and 2003. 128: 448-452. *Medicina Clínica*, 128, 448-452.

Rabin, C., Rogers, M.L., Pinto, B.M, Nash, J.M., Frierson, G.M., Trask, P.C. (2007), Effect of personal cancer history and family cancer history on levels of psychological distress. *Social Science and Medicine*. 64:411-416.

Rhodewait, F., Austsdottir, S. (1984). On the relationship of hardiness to the Type A behavior pattern: Perception of live events versus coping with life event. *Journal of Research in Personality*, 18, 212-223.

Ries, L. (eds). SEER cancer statistics review, 1975-2001 [Monograph on the Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2004. Available from: <http://seer.cancer.gov/csr/1975-2001/>

- Ringdal, G.T., Ringdal, K., Kuinnsland, S. & Gotestam, K.G. (1994). Quality of cancer patients with different prognoses. *Quality of Life Research*, 3, 143-154
- Rogers, C. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. México, Editorial Paidós.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57,316-331.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. PMID: 7473027
- Salanova, M. (2008). La psicología de la salud ocupacional positiva. , 32-41. *Infocop Online*, 32-41.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, F. (2003).El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional De Psicología Clínica y De La Salud*, 3, 141-157. ISSN: 1697-2600
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología Y psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12. ISSN 1696-7240
- Scheier, M.F.; Weintraub, J.K.; Carver, C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264. PMID:3806361
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients. The functional living index-cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483. doi:10.1200/JCO.1984.2.5.472
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index-cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.

- Schroevers, M.J.; Ranchor, A.V.; Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science Medicine*, 57(2), 375-385. PMID: 12765715
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09-21.
- Schwarzer, R. (Ed.). (1997). *Health psychology: A textbook*. :(2nd rev. ed.). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2001). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161. ISSN: 1135-0806
- Seegerstrom, S. C. (2000). Personality and the immune system: Models, methods, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 24(6), 671-688. PMID: 11126462
- Seibert, S.E.; Crant, J. M.; Kraimer, M. L. (1999). Proactive personality and career success , 84(3), pp: 416-427. *Journal of Applied Psychology*, 84(3), 416-427. doi:0021-9010/99
- Seligman, M. (1988). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. . Barcelona, España: Grijalbo.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness*. : . New York: Free Press / Simonard Schuster.
- Seligman, M. E. (2007). Coaching and positive psychology. *Australian Psychologist*, 42(4), 266-267. doi:10.1080/00050060701648233
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. Applied psychology: an international review. *Applied Psychology: An International Review*, 57(S1), 3-18. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x

- Seligman, M. E.; Steen, T. A.; Park, N.; Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi:10.1037//0003-066X.55.1.5.
- SEOM. (2009). *Mitos y realidades de la quimioterapia: Náuseas y vómitos tras la quimioterapia. Manual de preguntas y respuestas*. Madrid: MSD Oncología.
- Sharma, A., Walker, A. A., Sharp, D. M., Monson, J. R., & Walker, L. G. (2007). Psychosocial factors and quality of life in colorectal cancer. *Surgeon*, 5(6), 344-354. PMID:18080609
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi:10.1037/0003-066X.56.3.216
- Shorey, H. S., Snyder, C., Rand, K. L., Hockemeyer, J. R., & Feldman, D. B. (2002). Somewhere over the rainbow: Hope theory weathers its first decade. *Psychological Inquiry*, 13(4), 322-331.
- Shukla, P., & Rishi, P. (2014). A correlational study of psychosocial & spiritual well being and death anxiety among advanced stage cancer patients. *American Journal of Applied Psychology*, 2(3), 59-65. doi:10.12691/ajap-2-3-1
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M. B., García-Gómez, R., Guevara-Méndez, S., López-Criado, P., López-López, C.; Pérez-Manga, G. (2000). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón *Psicología.Com*, 3(2) ISSN 1137-8492
- Snyder, C. R. (1994). In Simon J., Schuster L. (Eds.), *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.

- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. New York: Academic press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*(4), 249-275. PMID: 1448867
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570-585. PMID: 2037968
- Snyder, C. R., LaPointe, A. B., Jeffrey Crowson, J., & Early, S. (1998). Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition & Emotion, 12*(6), 807-823. doi:10.1080/026999398379448
- Soler, M. D., Garcés, V., & Zorrilla, I. (2007). *Cáncer y cuidados enfermeros*. :. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Soriano J, M. V. (2002).CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista De La Sociedad Española Del Dolor, 9*(1), 13-22.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento ante el dolor crónico. *Boletín De Psicología, 84*, 91-107.
- Spencer, S. T., Carver, C. S., & Price, A. A. (1998). Psychological and social factors in adaptation; 211-22. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 211-222). Nueva York: Oxford University Press.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Snider, P., & Kirk, S. (1999). Social comparison and adjustment to breast cancer: An experimental examination of upward affiliation and downward evaluation. *Health Psychology, 18*, 151-158.
- Stanton, A. L., & Reed, G. M. (2003). *The breast cancer notebook* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Stearns, N. M., Lauria, M. M., Hermann, J. F., & Fogelberg, P. R. (1993). *Oncology social work: A clinician's guide*. Atlanta: Editorial GA.
- Steeves, R. H. (1992). Patients who have undergone bone marrow transplantation: Their quest for meaning . *Oncology Nursing Forum*, *19*(6), 899-905. PMID:1635871
- Sternbach, R. A. (1989). Clinical aspects of pain. *Pain*, *18*, 254-261.
- Suárez, A., Baquero, L., Londoño, C. & Low, C. (2017). Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Retrieved from <http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf>
- Sultan, S., Fisher, D. A., Voils, C. I., Kinney, A. Y., Sandler, R. S., & Provenzale, D. (2004). Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Cancer*, *101*(12), 2737-2743. doi:10.1002/cncr.20699
- SvoSvobodnik, A., Yang, P., Novotny, P. J., Bass, E., Garces, Y., Jett, J.R., Bonner, J. A., & Sloan, J. A. (2004). Quality of life in 650 lung cancer survivors 6 months to 4 years after diagnosis. *Mayo Clinic Proceedings*, *79*, 1024-1030. doi:10.4065/79.8.1024
- Swanston, H., Williams, K. & Nunn, K. (2000). The psychological adjustment of children with chronic conditions. Vol. 5 in R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin & C. Davis (Series Eds.), *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health*. Adelaide: Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.
- Szramka-Pawlak, B., Hornowska, E., Walkowiak, H., & Żaba, R. (2014). Hope as a psychological factor affecting quality of life in patients with psoriasis. *Applied Research in Quality of Life*, *9*(2), 273-283. doi:10.1007/s11482-013-9222-1
- Taylor, S., Hegelson, V., Reed, G., & Skokan, L. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, *47*, 91-109.
- Taylor, S., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 489-502.

- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. . *American Psychologist*, 38, 1161-1173. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502. PMID: 6707865
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Martín-Aragón, M., & Leyda-Menéndez, J. I. (2001). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia 16(2): 111-122. *Anales De Psicología*, 16(2), 111-122. ISSN 0212-9728
- Thompson, C., Nanni, C., & Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 540-547.
- Torrecilla, M., Martín, L., Rivas, & J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 8(3), 1-15. doi:10.5872/psiencia/8.3.21
- Torres, A. M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5(3), 563-574. ISSN 1657-9267
- Torres, E. (2003). *Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas*. (Unpublished Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Vallejo, M. A., & Ortega, J. (2007). La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4(1), 35-41.

- Van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvo, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280-293.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.). (2008). *Psicología positiva aplicada*. Barcelona: Desclée de Brower.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vera, B., & Carbelo, B. & Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles Del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
ISSN: 0214-7823
- Verdecchia, A., Francisci, S., Brenner, H., Gatta, G., Micheli, A., Mangone, L., & Kunkler, I. (2008). Recent cancer survival in Europe: A 2000-02 period analysis of EUROCORE-4 data. EUROCORE-4 working group. *Lancet Oncology*, 9(5), 416. doi:10.1016/S1470-2045(07)70246-2
- Vidal, F. (2009). *Pan y rosas. Fundamentos de exclusión social y empoderamiento*. Madrid: Caritas. Fundación FOESSA.
- Vidal, F., Mota, R., Lázaro, S., Rubio, E., & Iglesias, J. (2006). Ensayo de sistema de indicadores sobre exclusión social. In F. Vidal (DIR.) (Ed.), *La exclusión social y el estado de bienestar en España*. Barcelona: Icaria.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 32, 161-168. ISSN: 0034-7450
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M., & Tobón, S. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221. ISSN 1405-1109

- Wall, D.; Melzack, R. (1984). *Textbook of pain*. London: Churchill Livingstone.
- Wan, G.; Counte, M.; Cella, D. (1997). The influence of personal expectations on cancer patients. Reports of health-related quality of life. *Psychooncology*, 6, 1-11. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199703)6
- Wanberg, C. R., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2000). Predictors and outcomes of proactivity in the socialization process. 85(3), 373-385. *Journal of Applied Psychology*, 85(3), 373-385. doi:85/3/373
- Wang, H. M., Beyer, M., Gensichen, J., & Gerlach, F. M. (2008). Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *BMC Public Health*, 8, 246-258.
- Wani, A. L., Ara, A., & Bhat, S. A. (2014). Blood injury and injection phobia: The neglected one. *Behavioral neurology. Behavioral Neurology*, doi:10.1155/2014/471340
- Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, M.J., Cella, D., Garrett, K.M., Klushman, B.C., et al. (1999). Age-related differences in quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*. 86:1768-1774.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. (Ithaca, NY ed.) Cornell University Press.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review*, 66, 297-333.
- White, V. M., English, D. R., Coates, H., Lagerlund, M., Borland, R., & Giles, G. G. (2007). Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 667-674. doi:10.1038/bjc.2014.58

- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., Fields, K.K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychol*; 24 (3):266- 73. Doi: 10.1037/0278-6133.24.3.266.
- Wiebe, D.J. y McCallum, D.M. (1986). Health Practices and Hardiness as Mediators in the Stress Illness Relationship. *Health Psychology*, 5 (5), 425-438.
- Winkeler, M., Sigrun-Heide, S., & Aymanns, P. (2006). Direct and indirect strategies of mobilization as determinants of social support provided for cancer patients. *Applied Social Psychology*, 36(1), 248-267.
- World Health Organization. (2017). Las diez causas de muerte, Ficha nº 310. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
- Yates, J. W., Chalmer, B., & McKegney, F. P. (1980). Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*, 45, 2220-2224. PMID:7370963
- Yates, J. W., Chalmer, B., & McKegney, F. P. (1980). Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*, 45, 2220-2224.
- Yépes Ch., M. C., Cerón S., E., Hidalgo Troya, A., & Cerón S., C. (2011). Supervivencia de mujeres con cáncer de cuello uterino, Municipio de Pasto. Colombia. *Universidad y Salud*, 13(2), 7-18.
- Zabel, C. (2000). Predictores de morbilidad psicológica en pacientes con cáncer 2. 12-15. *Boletín De Psicología*, 2, 12-15.

ANEXO 1. CUESTIONARIO GENERAL DE

EXPERIENCIA Y AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER

Desde la Universidad Autónoma de Madrid estamos realizando un estudio sobre los factores que influyen sobre la experiencia y el afrontamiento del diagnóstico de cáncer en personas en tratamiento con quimioterapia. La finalidad de esta investigación es el conocimiento de las circunstancias que rodean a su vivencia de la enfermedad y el afrontamiento de la misma para el establecimiento de líneas preventivas e interventivas, como el programa de apoyo al paciente en tratamiento quimioterápico, para la mejoría de su calidad de vida. De su participación depende en gran medida el éxito de este tipo de acciones y por ello le pedimos su colaboración en la cumplimentación de las escalas que presentamos.

Aspectos a tener en cuenta:

- Utilice lápiz o bolígrafo. En caso de equivocación, borre o tache la respuesta no deseada con el fin de que quede clara la respuesta final.
- Conteste de la forma más sincera posible, recuerde que sus datos son totalmente anónimos. En cualquier caso, se proporcionará una copia de este documento si se solicita a los responsables de esta investigación (Bernardo Moreno Jiménez: bernardo.moreno@uam.es; Jesús Olea Ferreras: jesus.oleas@salud.madrid.org. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid).
- No existen respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que su respuesta refleje su experiencia personal.
- Responda a todas las cuestiones, aunque no esté totalmente seguro/a.
- Es posible que exista repetición y semejanza en algunas de las preguntas, su respuesta a cada una de ellas es de gran valor, aunque parezca ya contestada.
- No hay límite de tiempo, aunque lo mejor es que conteste con rapidez.

IMPORTANTE: Por favor, rellene los siguientes campos con los que se pretende generar un código personal que solo usted conocerá. Es **fundamental** que lo rellene para unirlo posteriormente con el estudio de diario, dado que ambos cuestionarios son anónimos. Además, si posteriormente quiere conocer sus resultados, puede hacerlo indicando este código a los responsables de la investigación.

Escriba la primera letra del nombre de su madre

Escriba la primera letra del nombre de su padre

Escriba el día en el que nació

Escriba las dos últimas cifras del año en el que nació

CUESTIONARIO GENERAL

Información sociodemográfica

1	Género		Hombre Mujer
2	Edad	Años
3	Estado civil		Viviendo con pareja o casado/a, sin hijos en casa Viviendo con pareja o casado/a, con hijos en casa Sin pareja y sin hijos Sin pareja, viviendo con hijos Otra situación (indicar).....
4	Hijos (indicar cuántos de cada edad)	De 0 a 3 años De 4 a 12 años De 13 años o más
5	Nivel educativo		Estudios elementales Estudios medios Estudios superiores
6	Ocupación		Inactivo Estudiante Trabajador/a Pensionista
7	¿Con quién vive?		Sólo/a Padres Pareja Compañero/a de piso Institución

VARIABLES PERSONALES

	Por favor, señale en qué proporción las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo
8	Me siento calmado	1	2	3
9	Tengo miedo	1	2	3
10	Me encuentro descansado	1	2	3
11	Me siento molesto	1	2	3
12	Estoy relajado	1	2	3
13	Me encuentro confuso	1	2	3
14	Me siento angustiado	1	2	3

	Por favor, señale en qué proporción las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal	Nada	Algo	Bastante	Mucho
15	Me siento tan triste y desdichado que no puedo soportarlo	1	2	3	4
16	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar	1	2	3	4
17	Siento que como persona soy un fracaso completo	1	2	3	4
18	He perdido todo interés en los demás	1	2	3	4
19	Ya no puedo tomar ninguna decisión	1	2	3	4
20	Creo que me veo horrible	1	2	3	4

	Por favor, indique hasta que punto suele sentirse...	Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
21	Motivado	1	2	3	4	5
22	Molesto	1	2	3	4	5
23	Orgullosa	1	2	3	4	5
24	Agresivo	1	2	3	4	5
25	Activo	1	2	3	4	5
26	Avergonzado	1	2	3	4	5
27	Firme	1	2	3	4	5
28	Culpable	1	2	3	4	5
29	Alerta	1	2	3	4	5
30	Irritable	1	2	3	4	5
31	Inspirado	1	2	3	4	5
32	Inseguro	1	2	3	4	5

	Por favor, señale en qué proporción las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal	Muy poco o nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
33	Si me encontrara en un problema, podría pensar muchas maneras de resolverlo	1	2	3	4	5
34	En el presente, estoy persiguiendo enérgicamente mis metas	1	2	3	4	5
35	Hay muchas maneras de enfrentar cualquier problema que me afecte	1	2	3	4	5
36	Ahora mismo, me veo "pleno"	1	2	3	4	5
37	Puedo pensar en muchas maneras de conseguir mis metas actuales	1	2	3	4	5
38	En este momento, estoy consiguiendo metas que me había propuesto	1	2	3	4	5

	¿Con qué frecuencia dispone Ud. de ayuda en cada una de las siguientes actividades?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
39	Cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
40	Cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
41	Para entender una situación	1	2	3	4	5
42	Para hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
43	Para relajarse	1	2	3	4	5
44	Para divertirse	1	2	3	4	5

	A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones. En cada una, rodee con un círculo el número que estaría más cerca de la verdad para usted	Nada	Muy poco	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho	Siempre
45	Tengo unas metas y objetivos muy claros	1	2	3	4	5	6	7
46	Cada día es exactamente igual al anterior	1	2	3	4	5	6	7
47	Al pensar en mi vida a menudo me cuestiono el por qué de mi existencia	1	2	3	4	5	6	7
48	En cuanto a la libertad que tiene la persona de elegir, creo que la persona está totalmente preso de las limitaciones	1	2	3	4	5	6	7
49	Considero que mi capacidad de encontrar un sentido, propósito, o misión en la vida es muy grande	1	2	3	4	5	6	7
50	Yo no he descubierto ninguna misión o propósito en la vida	1	2	3	4	5	6	7

	A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones. En cada una, rodee con un círculo el número que estaría más cerca de la verdad para usted	Muy en des-acuerdo	Bastante en des-acuerdo	Neutral	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
51	Siempre soy optimista acerca de mi futuro	1	2	3	4	5
52	En general espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5
53	Casi nunca espero que las cosas me sean favorables	1	2	3	4	5
54	Rara vez confío en que las cosas buenas me sucedan a mí	1	2	3	4	5
55	En momentos de incertidumbre suelo esperar que ocurra lo mejor	1	2	3	4	5
56	Las cosas nunca ocurren como yo quiero	1	2	3	4	5

	Expresar el nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes expresiones:	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
57	Me implico seriamente en lo que hago, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas.	1	2	3	4
58	Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos.	1	2	3	4
59	Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo	1	2	3	4
60	Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.	1	2	3	4
61	Me gusta comprometerme personalmente en los objetivos del grupo o de la colectividad.	1	2	3	4

	A continuación, encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad. Escoja la opción con la que usted se identifica.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
62	Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
63	Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	1	2	3	4
64	Trato de tomármelo con sentido del humor	1	2	3	4
65	Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	1	2	3	4
66	Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
67	Intento luchar contra la enfermedad.	1	2	3	4

	A continuación, encontrará usted una serie de creencias o convicciones personales. Por favor, rodee con un círculo el número que mejor corresponda con su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Neutral	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
68	Por naturaleza, la gente es antipática y desagradable	1	2	3	4	5	6
69	La naturaleza del ser humano es básicamente buena	1	2	3	4	5	6
70	Las cosas buenas que ocurren en este mundo sobrepasan con creces las malas	1	2	3	4	5	6
71	En este mundo existe más bondad que maldad	1	2	3	4	5	6
72	El mundo actual en el que vivimos es un buen lugar	1	2	3	4	5	6
73	Si se analiza detenidamente, se puede ver que el mundo es un lugar lleno de bondad.	1	2	3	4	5	6

	Por favor, señale en qué proporción las siguientes capacidades interpersonales se ajustan o no a su situación personal	Muy poco o nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
74	Vivo cada día con la mayor energía posible, como si fuera el último día	1	2	3	4	5
75	Me he acostumbrado a vivir con la enfermedad, estar entretenido, ocupado, dedicándome a los míos	1	2	3	4	5
76	Tengo muchos motivos para luchar y dejarme la piel en el empeño de curar mi enfermedad	1	2	3	4	5
77	En cuanto aflojan las secuelas de la quimioterapia, cojo fuerzas y vivo a tope hasta el próximo ciclo	1	2	3	4	5
78	Ocuparme en ser feliz entre los ciclos me sirve para recordarlo cuando sufro los efectos secundarios y las recaídas	1	2	3	4	5
79	Mantenerme activo, no solo en el trabajo, me ayuda a evitar los pensamientos negativos con respecto a la enfermedad.	1	2	3	4	5

	Por favor, señale en qué proporción las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal	Muy poco o nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
80	Espero que mis problemas se solucionen, aunque mi capacidad de acción es pequeña	1	2	3	4	5
81	Mantengo la ilusión de que mis problemas importantes vayan a mejor	1	2	3	4	5
82	A pesar de que los indicadores reales no son buenos creo que al final todo irá bien	1	2	3	4	5
83	Mis dificultades actuales son graves, pero espero que las cosas van a cambiar en el futuro	1	2	3	4	5
84	Mantengo la ilusión y la esperanza en el futuro, aunque lo que me dicen no es bueno	1	2	3	4	5
85	Mis emociones de que el futuro será mucho mejor que ahora son muy grandes	1	2	3	4	5

CALIDAD DE VIDA

Durante la pasada semana		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho			
86	¿Estuvo usted limitado en hacer bien su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4			
87	¿Se ve limitado para practicar sus aficiones u otras actividades de tiempo libre?	1	2	3	4			
88	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en las cosas, como leer un periódico o ver la televisión?	1	2	3	4			
89	¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4			
90	¿Han interferido su condición física o el tratamiento médico con su vida familiar?	1	2	3	4			
91	¿Su condición física o tratamiento médico le causó dificultades financieras?	1	2	3	4			
En las siguientes preguntas por favor rodee el número entre 1 y 7 que mejor se adapte a usted								
92	¿Cómo calificaría su salud en general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
93	¿Cómo calificaría la calidad de vida en general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
		Muy pobre		Excelente				

Señale la presencia de los siguientes síntomas en la semana previa		Nada										Lo peor
94	Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
95	Agotamiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
96	Náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
97	Somnolencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
98	Dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Mejor										Nada
99	Apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO

Este estudio está incluido en un proyecto titulado: “**Experiencia y afrontamiento en pacientes en tratamiento con quimioterapia desde la psicología positiva**” en el Hospital de Día médico del Hospital Universitario Infanta Cristina en la Comunidad de Madrid.”

Dicho proyecto está siendo presentado como Proyecto de Tesis Doctoral en el Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid.

Yo,

(Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el formulario.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el investigador principal D. Jesús Olea Ferreras sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto libremente mi conformidad para que se me incluya en el estudio propuesto.

Fecha Firma del paciente

Fecha Firma del investigador
responsable

ANEXO 3. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Experiencia y afrontamiento en pacientes en tratamiento con quimioterapia desde la psicología positiva.

Unidad de Hospital de Día Médico del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Investigador principal: Jesús Olea Ferreras.

Antecedentes:

El objetivo de esta investigación es la realización de un estudio con el fin de determinar los niveles de calidad de vida y el estado emocional de los pacientes en tratamiento quimioterápico en Hospital de Día médico para pacientes con diagnóstico de cáncer en el Hospital Universitario Infanta Cristina de la Comunidad Autónoma de Madrid. El motivo que la hace necesaria es la evaluación de los niveles de calidad de vida, la experiencia y el afrontamiento ante la enfermedad y las necesidades psicológicas y sociales de las personas con cáncer que están comenzando con el tratamiento quimioterápico. Ello es preciso para determinar en qué medida es necesaria la aplicación de intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida, para cuántas personas es necesario y sobre qué tipo de problemas.

La investigación se llevará a cabo mediante un formulario y una entrevista estructurada, ambas actuaciones aumentarán, un corto espacio de tiempo, las diferentes visitas de revisión programadas para su patología. La encuesta se realizará en la sala de espera/ hospital de día médico y la entrevista, realizada por un enfermero especialista en Salud Mental con la suficiencia investigadora en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. Los resultados globales de todas las encuestas realizadas en los diferentes momentos temporales de la aplicación, así como de todos los formularios rellenados serán valorados por el investigador principal junto con el Director de la Tesis el Dr. Bernardo Moreno (Catedrático de la UAM) para obtener conclusiones del programa.

En todo momento se mantendrá su confidencialidad por parte de todo el equipo investigador.

Procedimientos durante el tratamiento:

Se contactará con los pacientes en las consultas de acogida de enfermería previas al inicio del tratamiento de quimioterapia y a los que cumplan los criterios de inclusión/exclusión, la enfermera les ofrecerá la participación en el mismo y les entregará la encuesta previamente a su intervención, para que la cumplimente en el acto. Esta encuesta consistirá en una primera parte de recogida de datos sociodemográficos, y una segunda parte de cumplimentación del siguiente cuestionario: ansiedad, depresión, desesperanza, afectividad, esperanza, apoyo social percibido, significado vital, optimismo, personalidad resistente, creencias, proactividad, calidad de vida y cuestionario de síntomas.

La información que se obtendrá en la entrevista es estrictamente confidencial y únicamente será facilitada a la persona partícipe del estudio y sólo los investigadores implicados podrán correlacionar sus datos personales con el código que se le asigne para este estudio. Estos datos codificados quedarán bajo la custodia del investigador principal, sin que conste en su historial clínico y no podrán ser cedidos a ninguna entidad o persona sin su autorización expresa.

Participación:

Su participación en este estudio es voluntaria y usted renuncia a cualquier beneficio económico que se pueda obtener de él. Si decide tomar parte en él, pero cambia más tarde de opinión, es libre de hacerlo aunque deberá firmar la renuncia en el apartado correspondiente. Los cuidados que usted pudiera recibir posteriormente de su equipo de enfermería y médico no se verán afectados.

Confidencialidad:

Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos durante este estudio y de acuerdo con la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, su identidad no será revelada a persona alguna, salvo para cubrir los objetivos del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias, y eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones científicas, manteniendo siempre su identidad anónima.

Información adicional:

Si tiene alguna pregunta acerca de asuntos médicos relacionados con este procedimiento, debe contactar con:

Nombre del personal responsable: Jesús Olea Ferreras

Número de teléfono:

ANEXO 4. DOCUMENTO DE APROBACIÓN.



DE: COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA

A: Jesús Olea Ferreras

La Comisión de Investigación del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, en su reunión del día 14 de marzo de 2012, Acta nº 16, acordó:

APROBAR RECHAZAR PROVISIONALMENTE

SOLICITAR LAS SIGUIENTES ACLARACIONES:

(La respuesta a esta información deberá remitirse a investigacion.hsur@salud.madrid.org en un plazo máximo de 30 días. De no recibir contestación en el plazo señalado, se emitirá un informe de rechazo.)

El estudio titulado: 54/2012. Experiencia y afrontamiento en pacientes en tratamiento con quimioterapia desde la psicología positiva.

Parla, a 15 de marzo de 2012

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Enrique Cerdá Cerdá'.

Firmado: Dr. Enrique Cerdá Cerdá
Presidente Comisión Investigación
Hospital Universitario Infanta Cristina

Tú semilla seguirá creciendo

