



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER
GASTROINTESTINAL”**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica que presenta la Bachillera:

REYNA LISSET ROJAS ANAMPA

ASESORA:

NATALIE MEZA

LIMA – PERÚ

2016

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecer a Dios y a mis padres, por el apoyo incondicional y la motivación que me brindaron y me brindan en cada uno de los pasos que elijo seguir en mi vida. Gracias por cada una de sus enseñanzas y por siempre ser esos dos grandes pilares y ejemplos. Asimismo, a mi familia y a mi madrina Paquita, gracias por enseñarme el significado de la unión y la superación.

A mi asesora, Natalie Meza, gracias por su paciencia, dedicación, disposición y por sus valiosos comentarios que hicieron de esta investigación un proceso agradable. Asimismo, agradezco a Mónica Casaretto, quien me orientó y ayudó en el inicio de este proyecto, gracias por la experiencia y los aportes brindados.

A grandes personas, quienes compartieron diversos momentos, en distintos escenarios a lo largo de esta carrera. A Juanita, Alejandra, Anna Kare, Carina e Isabel, mil gracias por estar presentes en mi vida, me han acompañado, enseñado y ayudado en diversas situaciones.

A Marilyn Toledo, gracias por haberme inspirado en el tema de la psicooncología y ayudado a manejar momentos difíciles, estaré eternamente agradecida con usted, es una gran psicóloga y una gran persona.

Finalmente, un agradecimiento muy especial a los pacientes que aceptaron participar voluntariamente de esta investigación. Sin ustedes esto no hubiera sido posible, gracias por enseñarme que a pesar de las dificultades que uno pueda estar atravesando, la actitud con la que se lucha para contrarrestar las consecuencias de los tratamientos es de vital importancia. Dios los cuide siempre.

Resumen

Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal

La presente investigación tiene como objetivo conocer la relación existente entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer gastrointestinal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes, entre 31 y 70 años ($M=56.16$, $DS=10.60$), que asisten a tres hospitales de Lima. Para ello, se utilizó la adaptación española del cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud (SF-36) (Alonso, Prieto & Antó, 1995) y el inventario de estimación de afrontamiento COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Se hallaron relaciones significativas e inversas entre la dimensión de salud mental con el estilo evitativo y la estrategia desentendimiento conductual. Respecto a las dimensiones de calidad de vida, salud mental y salud general estuvieron asociadas a las estrategias de planificación y acudir a la religión. La mayoría de participantes presentan niveles promedio y alto en las dimensiones de CVRS, lo que nos indica que la calidad de vida se encuentra preservada, a excepción del rol físico y componente físico. Además, respecto al afrontamiento se observó que la muestra hace un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de la estrategia acudir a la religión. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la CVRS según antecedentes de enfermedad y en afrontamiento con las variables de sexo, estado civil y nivel de instrucción.

Palabras claves: *Calidad de vida relacionada a la salud, afrontamiento, cáncer gastrointestinal.*

Abstract

Health-related quality of life and coping in gastrointestinal cancer patients

This research sets out to know the relationship between Health Related Quality of Life (HRQOL) and coping styles and strategies in a group of patients with gastrointestinal cancer. The sample was compounded by 38 patients, between 31 and 70 years old ($M=56.16$, $DS=10.60$) from three hospitals in Lima. To achieve this, The Health Survey Questionnaire (SF-36) version by Alonso, Prieto y Antó (1995) and the COPE inventory (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) were used. Significant and inverse relationships between mental health dimension with avoidant style and behavioral disengagement strategy was found. Regarding the dimensions of quality of life, mental health and general health were associated with planning and turn to religion strategies.

Most participants show medium and high levels of HRQOL dimensions, which indicates that the quality of life is preserved, except for physical role and physical component. Additionally, regarding to coping, it was observed that the sample makes greater use of emotion-focused style and turn to religion strategy. Finally, there was significant differences in HRQOL according to a history of disease and coping with variables of sex, marital status and education level.

Key Words: *Quality of life related to health, coping, gastrointestinal cancer.*

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Procedimiento	18
Análisis de datos	19
Resultados	21
Discusión	27
Referencias	37
Apéndices	
A. Consentimiento informado	45
B. Ficha sociodemográfica	47
C. Confiabilidad de los componentes y dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud (SF-36)	49
D. Confiabilidad de los estilos y estrategias de afrontamiento (COPE)	51

En los últimos años, se han podido observar cambios a nivel mundial en los patrones epidemiológicos de la salud de las personas, así como también en el panorama demográfico. La longevidad se incrementa cada vez más y con ella una probable adquisición de diversas enfermedades crónicas (Dejo, 2005). Estas enfermedades son consideradas como propias de una edad avanzada, de larga evolución, cuya mejoría es lenta y pasajera. Y los tratamientos, más allá de curar, intentan alargar la existencia el mayor tiempo posible, afectando no solo el área física y emocional, sino también, el área laboral, familiar y personal (DiMatteo, 2002).

Una de las enfermedades crónicas con mayor índice de mortalidad, duración, incidencia y de mayor costo personal y social es el cáncer, siendo considerada como una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndose 8,2 millones de muertes en el año 2012 (Contreras, Esguerra & Espinoza, 2007; OMS, 2015). El cáncer se caracteriza por el crecimiento sin control de células defectuosas y la invasión de las mismas hacia otros tejidos, formando nuevos tumores y originando metástasis, poniendo en riesgo la vida de la persona y afectando directamente la salud de la misma (American Cancer Society, 2010; Asociación Española Contra el Cáncer, 2015).

Según las estadísticas, los tipos de cánceres más comunes en los hombres son los relacionados a la próstata, pulmón, colon, recto, estómago e hígado; y en el caso de las mujeres, cáncer de mama, colon, recto, pulmón y cuello uterino. Es importante mencionar que el cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común, en hombres y en mujeres y es la segunda causa más frecuente de mortalidad en Estados Unidos. Por otro lado, el cáncer de estómago se encuentra en el lugar 16 entre los cánceres más comunes en el mismo país. Sin embargo, a pesar de que en la última década los índices de incidencia y mortalidad han disminuido, se estimó que para las próximas dos décadas los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones a 22 millones. (American Cancer Society, 2015; OMS, 2015).

En el Perú, el MINSA reporta que el promedio anual de muerte por cáncer es de 76,419 personas, siendo el cáncer de estómago la neoplasia con mayor estadística de mortalidad, ocupando el primer lugar de frecuencia entre los hombres y el tercer lugar en las mujeres (INEN, 2009; MINSA, 2011). Cabe resaltar que en los últimos años ha disminuido el porcentaje de esta enfermedad crónica, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, los cánceres relacionados a los órganos digestivos están entre las principales causas de mortalidad (MINSA, 2010). Razón por la cual, esta investigación abarcará el

estudio del cáncer gastrointestinal, que engloba al cáncer de colon, recto, estómago, entre otros (American Cancer Society, 2010; Hipólito Unánue, 2010; INEN, 2009).

Los cánceres de tipo gastrointestinal pueden causar diversos síntomas, como cambios en los hábitos de evacuación, cólicos o dolor abdominal, náuseas, debilidad, cansancio, ictericia y la pérdida del apetito y peso (American Cancer Society, 2010; Forga, Hervás, Leyes & Trabal, 2006; Instituto Nacional del Cáncer, 2011). Otra de sus características es que presentan una progresión de gran rapidez, lo que genera un riesgo de mortandad mayor (INEN, 2009).

Los tipos de tratamientos utilizados para el cáncer gastrointestinal son cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia dirigida. Según la etapa en que se encuentre el cáncer, se puede combinar dos o más tipos de tratamiento, uno después de otro o simultáneamente (Instituto Nacional del Cáncer, 2011). Dichos tratamientos generan crisis en los pacientes, que tienen que ver con la dificultad de poder integrar el diagnóstico de cáncer con el impacto que generan los diferentes estadios de dicha enfermedad en la vida de una persona (Pugliese et al., 2006).

La cirugía es a menudo el principal tratamiento para el cáncer, aunque en algunos casos la radiación y la quimioterapia son administradas antes o después de la cirugía. Entre los efectos secundarios de la cirugía se encuentran la acidez frecuente, el dolor abdominal y las deficiencias vitamínicas. Y en cuanto al estilo de vida, principalmente se verán alterados los regímenes alimenticios (American Cancer Society, 2010; Blazeby, Hughes, Lagergren & Rutegard, 2009).

El segundo tipo de tratamiento es la radioterapia, la cual utiliza rayos de alta energía o partículas para destruir las células cancerosas. Por lo general se usa la radiación ya sea antes o después de la cirugía para ayudar a prevenir que el cáncer regrese al área donde comenzó el tumor, con frecuencia se administra junto con la quimioterapia. Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir irritación de la piel, diarrea, náuseas, evacuaciones dolorosas y sangrantes, incontinencia intestinal, irritación de la vejiga, ardor o dolor al orinar o sangre en la orina, fatiga y problemas sexuales, tales como impotencia en los hombres e irritación vaginal en las mujeres (American Cancer Society, 2010; Camidge, Farber & Janne, 2011; Instituto Nacional del Cáncer, 2011).

Otro tipo de tratamiento utilizado para el cáncer gastrointestinal es la quimioterapia. Este tratamiento consiste en medicamentos que se pueden administrar vía oral o

intravenosa, conocida como quimioterapia sistémica, o la que se inyecta directamente a una arteria que llega hasta el tumor, llamada quimioterapia regional. Esta última genera una menor cantidad de efectos secundarios, aunque se pueden mencionar algunos como la caída del cabello, llagas en la boca, falta de apetito, náuseas y vómitos, infecciones, tendencia a desarrollar moretones o presentar sangrados fácilmente y cansancio. Además de estos efectos, ciertas medicinas causan algunos efectos secundarios específicos, por ejemplo, neuropatías y enrojecimiento, dolor e incluso formación de llagas en manos y pies (Brunelli, Caraceni & Pigni, 2010; Camidge et al., 2011; Tofthagen, 2010). Y por último, tenemos a las terapias dirigidas, las cuales suelen ser menos severas y combaten los cambios en la genética de manera más específica y eficaz (American Cancer Society, 2010).

Las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, son consideradas como fuentes de estrés, ya que implican un deterioro constante que afecta la calidad de vida, por ello, es de vital importancia conocer cómo es que las personas afrontan la incidencia, permanencia y los efectos que produce dicha enfermedad en su salud, durante y después del tratamiento (Oblitas, 2004).

De ahí que sea importante estudiar la calidad de vida, que incluye el estilo de vida, la vivienda y la situación económica del paciente. Ésta consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. Es así que se hace referencia a una calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), la cual involucra la percepción de salud y la ausencia de enfermedad de la persona (Figuroa & Velarde, 2002).

Schwartzman (2003) refiere que el concepto de CVRS aporta principalmente la percepción del paciente acerca del estado en el que se encuentra. La aplicación a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de vida, el impacto del diagnóstico y tratamiento pueden generar perturbaciones. Éstas, se observan a nivel afectivo, corporal y psicológico, ya que la enfermedad no sólo amenaza la integridad física, también genera un fuerte sentimiento de vulnerabilidad emocional e incertidumbre debido a la alteración del estado anímico y los cambios en el estilo de vida, social y laboral (Sanhueza & Triviño, 2005).

Vinaccia y Orozco (2005) mencionan que la calidad de vida engloba cuatro áreas, entre ellas el bienestar físico, el cual está referido y determinado por la actividad funcional de la persona, por el sueño, la fatiga, el dolor, entre otros. También se encuentra el bienestar social, que tiene que ver con las relaciones y funciones que realiza el individuo, entre ellas, el afecto, la intimidad, el entretenimiento, el trabajo, etc. Por otro lado se halla el bienestar psicológico, el cual se relaciona con la ansiedad, el temor, la cognición e incluso la depresión que pueda generar la propia enfermedad y su tratamiento. Finalmente, se encuentra el bienestar espiritual, que abarca el significado que el sujeto otorgue a su enfermedad, así como la esperanza, la trascendencia, la fortaleza interior y la religiosidad que genere en él.

En psicooncología se tiene en cuenta, cada vez más, el impacto de los factores psicológicos en el paciente neoplásico. Es por ello que el estudio de los determinantes de la calidad de vida es de gran importancia (Vinaccia & Orozco, 2005). Lo relevante está en reconocer que la subjetividad del paciente influye sobre la valoración que hace de su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual (Sanhueza & Triviño, 2005; Schwartzman, 2003) y que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias.

Diversos estudios muestran que a pesar de encontrarse bajo grandes dosis de estrés, como lo es una enfermedad crónica, la calidad de vida puede mantenerse estable. En nuestro medio se ha encontrado que en mujeres con cáncer los niveles de calidad de vida de las pacientes suelen estar preservados (Laos, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013; Torres, 2011).

Sin embargo, algunas investigaciones acerca de la CVRS en pacientes con cáncer demuestran que una de las funciones más afectadas de la calidad de vida es la función física; es decir, la persona percibe que los problemas de salud limitan su capacidad para realizar algunas actividades físicas que le permiten el autocuidado. También se ve afectado su rol físico o grado en que percibe que su salud física interfiere en la capacidad para trabajar o realizar otras actividades diarias importantes. Finalmente, también se ha encontrado disminuida la función social, ya que estos pacientes perciben que sus problemas físicos o emocionales interfieren en su vida social (Chui et al., 2009; Forga, Hervás, Leyes & Trabal, 2006).

Cabe resaltar que en diversas investigaciones se observa que la dimensión del dolor corporal, que mide la intensidad del dolor y su efecto en las actividades diarias, es una de las áreas que también es constantemente afectada. De ahí que la fatiga, la pérdida de peso y el estreñimiento sean considerados como factores que deterioran la calidad de vida del paciente (Braun, Gupta, Grutsch & Staren, 2011; Forga et al., 2006; Novoa et al., 2010).

Por otro lado, Braun y colaboradores (2011) encontraron, en un estudio realizado con 353 pacientes oncológicos, que la escala de función social era el área más preservada en sobrevivientes de esta enfermedad, observándose en ellos una buena calidad de vida.

De la misma manera, los resultados de un estudio realizado con pacientes de cáncer en un estadio avanzado indicaron que una alta función física podría considerarse como un factor predictor de una mejor calidad de vida (Chui et al., 2009).

Las discrepancias respecto al impacto del cáncer en la CVRS se deben a que se ha encontrado que ciertas variables sociodemográficas y de enfermedad son importantes para determinar el nivel de adaptación a la misma. En esa línea, existen estudios que demuestran que pacientes oncológicos adultos, casados, con un nivel educacional mayor y con un adecuado soporte social presentan una mejor calidad de vida (Baile, Cohen, De Moor & Parker, 2003; Chui et al., 2009).

Con respecto a las investigaciones realizadas acerca de CVRS y el cáncer gastrointestinal, se ha encontrado que la función social, la función física y el rol emocional son las áreas de la calidad de vida más deterioradas, lo cual se asocia principalmente al diagnóstico y al tratamiento invasivo de la enfermedad (Cense et al., 2004; Kato et al., 2008; Matsushita, Matsushima & Maruyama, 2004).

Es así que, según los estudios mencionados, la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes oncológicos generalmente se ve disminuida cuando está afectada el área funcional física de la persona, por la presencia de vómitos, fatiga o cambios a nivel físico que generan posiblemente una autopercepción distorsionada (Kato, et al., 2008).

La función del rol emocional juega un papel importante en la determinación de una adecuada calidad de vida en pacientes con cáncer gastrointestinal. De modo que, estudios realizados en China, Chile y Japón, muestran que las variables psicológicas que tienen un mayor efecto sobre la calidad de vida de estos pacientes son la depresión y ansiedad (Arancibia, et al., 2009; Koeda, Kohno, Maruyama, Matsuoka & Matsushita, 2010; Melyani, Montazeri, Roshan & Tavoli, 2008). Asimismo, se observan niveles altos de

estrés y la presencia de indicadores de estrés post traumático durante y después del tratamiento del cáncer gastrointestinal en pacientes que se encontraban en diferentes estadios de la enfermedad (Kohno et al., 2010).

Es importante mencionar que existen estudios que refieren que una calidad de vida desfavorable podría presentarse cuando el paciente cuenta con un grupo de soporte social restringido, formado exclusivamente por la familia. Es por ello que un estudio realizado con 60 pacientes con cáncer gastrointestinal, propone que las redes sociales sean más extensas para afrontar con éxito la enfermedad oncológica y así mejorar los niveles de calidad de vida de la persona (Chimpen, Diez & Lorca, 2007).

Asimismo, cabe resaltar que, según estudios realizados por el National Cancer Institute, el estrés puede generar una gran cantidad de problemas físicos, emocionales y sociales, mas no es causante necesariamente del inicio del cáncer. Sin embargo, se ha encontrado que el estrés puede afectar el crecimiento y propagación del tumor (metástasis), viéndose disminuida la calidad de vida de la persona (National Cancer Institute, 2012).

Las enfermedades crónicas, como el cáncer, son consideradas fuentes generadoras de estrés, pues implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, lo que afectaría la calidad de vida de la persona. Por ello el afrontamiento que se haga es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar la enfermedad, pues éste puede mediar, aminorar y/o amortiguar el malestar interno y/o externo que genera el evento estresante (Lazarus & Folkman, 1986).

Kleinke (2007) menciona que el afrontamiento es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que surgen con el fin de manejar las demandas internas y externas de una determinada situación de estrés. En el intento de dominar la situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, y posteriormente se genere alguna perturbación en el funcionamiento del individuo, ocasionando enfermedad, dolor emocional y/o finalmente la muerte (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas o mediatizadas por un proceso denominado afrontamiento, el cual es considerado como un proceso dinámico, en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación (Lazarus & Folkman, 1986). Los estilos y estrategias de afrontamiento abarcan un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable

mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas (Contreras, Esguerra & Espinoza, 2007).

En el caso de las enfermedades crónicas, como el cáncer, es importante conocer y reconocer que el afrontamiento que se realice de la condición del enfermo crónico es vital para poder anticipar el impacto que pueda generar en él, para así aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés (Cassaretto & Paredes, 2006).

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional (Aldwin, 2000; Carver & Scheier, 1994; Moos & Schaefer, 1993; Taylor, 2007).

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipular o alterar el problema. El estilo de afrontamiento dirigido a la emoción surge en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y el estilo de afrontamiento dirigido al problema tiene mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Además, algunos autores agregan un tercer estilo llamado centrado en evitar el problema o de evitación, el cual incorpora aquellas estrategias consideradas disfuncionales al momento de lidiar con el estresor (Fickova, 2005).

Lazarus (2000) agrega que el uso de un afrontamiento centrado en la emoción es particularmente útil cuando la situación estresante que enfrenta la persona no puede ser cambiada, ya que ayuda a controlar la angustia y disfunción que podría generarse cuando poco o nada puede hacerse. Esta situación es mucho más clara ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, ya que este afrontamiento podría ayudar a aceptar las nuevas condiciones médicas. La aceptación permite regular el malestar emocional, así como la ansiedad por el sufrimiento que conlleva la enfermedad, el enojo por la misma y la depresión por la pérdida del buen funcionamiento corporal.

Carver, Scheier & Weintraub (1989) mencionan la existencia de 13 estrategias de afrontamiento, las cuales se refieren al conjunto de técnicas o métodos que el individuo elabora en respuesta a una situación estresante considerada como desbordante. Según Carver y colaboradores (1989), el estilo de afrontamiento enfocado en el problema comprende las estrategias de afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades

competentes, postergación del afrontamiento y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. Por otro lado, el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción comprende la búsqueda de apoyo social por motivos emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión y negación. Y por último, los otros estilos o estilos evitativos abarcan el enfocar y liberar emociones, el desentendimiento conductual y el desentendimiento mental. Adicionalmente, Carver y Scheier (1994) identificaron dos nuevas categorías de afrontamiento, las cuales son el uso de alcohol y drogas y recurrir al humor.

Dentro de los estudios que han investigado la relación entre el afrontamiento y el cáncer, el estilo enfocado en la emoción es aquel que más predomina (Christine, Deageset & Underlid, 2009; Gaviria et al, 2007). Sin embargo, algunos autores encuentran que el uso del afrontamiento orientado hacia el problema es el que favorece los mejores resultados clínicos, en contraste al uso del estilo de evitación. El estilo de afrontamiento orientado hacia el problema generalmente suele ir asociado a un menor número de síntomas físicos y un adecuado manejo del estrés y la ansiedad. De forma inversa, los orientados hacia la evitación y el emocional se relacionan en general con un mayor número de afecciones físicas y niveles altos de estrés (Erickson et al, 2004; Gilbar & Zusman, 2007; Kyngas et al., 2000; Van Laarhoven, Schilderman, Bleijenberg, Donders, Vissers, Verhagen & Prins, 2011).

Cabe resaltar que hay estudios en donde el afrontamiento activo es aquel que predomina en la población oncológica. Dichas investigaciones muestran que el uso de esa estrategia generaría un mejor pronóstico ante la enfermedad (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Cheryl, Low & Suarez, 2005).

De ahí que se observen controversias en relación a qué estilo(s) y estrategias son los que favorecen una mejor adaptación a la enfermedad. Cabe resaltar que, el estilo y las estrategias no son determinantes absolutos para dicha adaptación, ésta dependerá de otras variables, tales como el tipo de evaluación, la capacidad de control sobre la situación que el individuo utilice, entre otros. Así, algunos estudios mencionan que los pacientes oncológicos que evalúan su enfermedad como un reto utilizan el afrontamiento centrado en el problema y aquellos que evalúan la enfermedad como un daño o amenaza a su integridad física utilizan generalmente estrategias evitativas. Asimismo, se plantea que los factores considerados como significativos para la decisión de la estrategia a usar son la

edad, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el tipo de cáncer (Bussing & Fischer, 2009; Cassaretto & Paredes, 2006; Franks & Roesch, 2006).

Coincidentemente, diversos estudios plantean que el uso de un estilo pasivo o evitativo tiene un impacto negativo en los pacientes con una enfermedad crónica, específicamente en el cáncer (Cassaretto & Paredes, 2006; Urzua, & Jarne, 2008). Al respecto, Basol, Bilici, Cayir, Kantarci y Karabulutlu (2010), realizaron un estudio con 96 pacientes en el período de diagnóstico, quienes hacen uso del afrontamiento evitativo. Este estilo está estrictamente asociado con el estado psicológico del paciente con cáncer, es así que se encontró en los pacientes altas tasas de depresión y ansiedad.

Por otro lado, diversas investigaciones encuentran que la estrategia de acudir a la religión para el afrontamiento del cáncer es relativamente frecuente, ésta favorecería la adaptación a la enfermedad y el ajuste a la misma, seguida por estrategias que desvían la atención del individuo hacia otras actividades, por ejemplo, realizar ejercicios (Becerra & Otero, 2013; Jagannathan & Juvva, 2009; Laos, 2009; Lavery & O'Hea, 2010).

En el contexto peruano los estudios realizados en este ámbito son limitados, uno de ellos es el de Lostaunau y Torrejón (2013) con 53 pacientes con cáncer, se observó principalmente que dicha muestra hacía un uso mayoritario del estilo enfocado en la emoción. Asimismo, en el Hospital Rebagliati, en una población de 287 personas con cáncer se encontró que las mujeres tienden a usar un afrontamiento centrado en la emoción en mayor medida que los hombres (Díaz & Yaringaño, 2010). Además, se observó que un buen clima familiar favorece el afrontamiento al estrés. Se confirma de este modo que el ajuste familiar frente al cáncer puede percibirse como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro (Díaz & Yaringaño, 2010; Mamani, 2008).

Con respecto al afrontamiento y el cáncer gastrointestinal, es importante mencionar que existen pocas investigaciones. En un estudio realizado con 95 pacientes de Suecia se encontró que el afrontamiento principalmente utilizado por estas personas fue el enfocado en la emoción y en menor medida el enfocado en el problema (Glimelius, Hoffman, Nordin, Sjoden & Wasteson, 2002). De la misma manera, en relación a las variables sociodemográficas, en una investigación realizada con 339 pacientes de cáncer colorrectal, se observó que los pacientes casados muestran un mejor afrontamiento que los solteros

frente al cáncer. A su vez, las mujeres de esta investigación presentan un afrontamiento más adaptativo que los hombres (Andritsch et al., 2009).

Dentro de las investigaciones, se ha encontrado que el afrontamiento que aparece con mayor frecuencia y que está vinculado a una mejor calidad de vida es el estilo centrado en el problema, concretamente la estrategia de afrontamiento activo, la cual le permite al paciente sobrellevar el impacto del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Por otro lado, se halló que aquellos que están relacionados a una baja calidad de vida son el estilo evitativo y el centrado en la emoción (Gaviria et al., 2007; García, Llul & Zanier, 2003; Urzua, & Jarne, 2008).

Por todo lo mencionado se considera importante realizar una investigación que describa el tipo de afrontamiento que las personas con cáncer gastrointestinal utilizan para enfrentar dicha enfermedad. Debido a que el cáncer es una enfermedad que genera un gran impacto negativo y que necesita de una buena calidad de vida por las “implicancias psicológicas y sociales complejas” que engloba; es imprescindible poder investigar cómo es que se afronta dicha situación y qué mecanismos se utilizan frente a la misma (Vinaccia, 2005).

En Perú se han realizado investigaciones sobre la CVRS, afrontamiento y cáncer, sin embargo, el trabajo con cáncer gastrointestinal es limitado, a pesar de que es una enfermedad que presenta una alta tasa de mortalidad y que se ha demostrado que el tipo de afrontamiento que se utilice tiene una amplia relación con la calidad de vida que presente el paciente (Alberca, 2012; Lostaunau & Torrejón, 2013).

Es por ello que, este estudio busca analizar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer gastrointestinal. Asimismo, se realizaron comparaciones en función a los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de educación y tipo de familia) y de enfermedad (tipo de cáncer, tiempo transcurrido desde diagnóstico, estadio, antecedentes de enfermedad, tipo de tratamiento y sintomatología asociada a enfermedad). Dichas comparaciones permiten observar si es que existen diferencias en el tipo de afrontamiento y en la calidad de vida según las características mencionadas.

Para lograr los objetivos mencionados, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en un único momento, a manera de entrevista y en forma individual en un

CVRS y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal

11

grupo de pacientes con cáncer gastrointestinal, quienes asisten a tres hospitales de Lima Metropolitana.

Método

Participantes

La muestra quedó conformada por 38 pacientes adultos, 22 hombres (57,9%) y 16 mujeres (42,1%), diagnosticados con cáncer gastrointestinal, con un rango de edad que osciló entre los 31 y 70 años ($M= 56.16$, $DS=10.60$). Los pacientes fueron contactados desde tres centros hospitalarios de Lima Metropolitana mientras recibían su tratamiento de quimioterapia ambulatoria. En dos de las instituciones, se llegó a los pacientes a través de las psicólogas encargadas del área de psicooncología y en el otro centro hospitalario, por intermedio de las licenciadas de enfermería; habiendo obtenido, en los tres casos, los permisos correspondientes por parte del área administrativa.

La mayoría de ellos eran casados o convivientes (73,7%), y solo el 26,3% no se encontraba en una relación (solteros, divorciados, viudos). Respecto al nivel de instrucción, el 57,9% de los participantes contaba con estudios superiores; además el 57,9% de los mismos presentaba un trabajo estable, mientras el 42,1% se encontraba desempleado (jubilado, ama de casa, sin trabajo). El 76% profesa la religión católica, y más de la mitad de los participantes han nacido en Lima (57%), frente al 42% que proviene de provincias. De todos ellos, el 92% reside actualmente en Lima y el 68% vive en una familia nuclear.

Respecto a los datos de enfermedad, se observa que un 50% presenta cáncer al colon, el 28,9% cáncer al estómago y 21,1%, cáncer colorrectal. Asimismo, en relación al tiempo transcurrido desde el diagnóstico, hay pacientes que presentan la enfermedad hace 6 meses (24%), entre 6 meses y 1 año (50%) y de un año a más (26%). El cáncer del 15,8% de ellos se encuentra en estadio I, del 39,5% se encuentra en estadio II y del 44,7%, en estadio III.

El 50% de los pacientes tiene antecedentes de esta enfermedad dentro de su familia y con respecto al tratamiento actual que reciben, el 92,1% recibe solo quimioterapia y el 7,9% quimioterapia y radioterapia. Otro tratamiento recibido por los participantes fue cirugía (63,2%). Finalmente, dentro de la sintomatología asociada a la enfermedad se encontró que un 28,9% presentaba anemia.

La participación en el presente estudio fue de manera voluntaria y se dio mediante la firma del consentimiento informado (ver Apéndice A). Cabe mencionar que luego de cada una de las entrevistas realizadas se determinó un tiempo adicional para el soporte

emocional del paciente, debido a la condición de salud en la que se hallaba. Se excluyó aquellos que se encontraban en el estadio IV de la enfermedad y los que presentaban metástasis o alguna condición psiquiátrica. Finalmente, se tomó como criterio de inclusión a aquellos que presentaban la mayoría de edad y a los que se encontraban en adecuadas condiciones para poder responder las preguntas de ambos cuestionarios y la ficha sociodemográfica.

Medición

La CVRS fue evaluada a través del cuestionario SF-36, desarrollado en Estados Unidos por Ware y Sherbourne en 1992, para su uso en el Medical Outcomes Study (MOS) con la finalidad de proporcionar un perfil del estado de salud de las personas, permitiendo detectar los estados positivos y negativos del mismo. El SF-36 es una escala genérica que está dirigida a personas entre los 14 y 65 años y es aplicable tanto a pacientes como a población general. Es un instrumento psicométricamente sólido y ha sido útil para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en cuanto a su funcionamiento físico y psicológico. Asimismo, detecta el impacto de diversas enfermedades, así como los beneficios en la salud que producen los tratamientos y la valoración del estado de salud de pacientes (Vilagut et al., 2005).

El SF-36 es un cuestionario auto aplicado, consta de 36 ítems con una escala tipo likert de cinco puntos, y evalúa la calidad de vida mediante la exploración de 8 dimensiones del estado de salud: función física (grado en el que la salud limita las actividades físicas correspondientes al autocuidado), rol físico (grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias), dolor corporal (mide la intensidad del dolor y su efecto en las actividades diarias), salud general (valoración personal de la salud), vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento), función social (grado en que los problemas físicos o emocionales interfieren en la vida social habitual), rol emocional (grado en que los problemas emocionales como ansiedad y depresión interfieren en las actividades diarias), y salud mental (mide la salud mental general, considerando la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional) (Instituto Municipal de Investigación Médica, 2007; Vilagut et al., 2005).

Es importante mencionar que Ware et al. (1993) agruparon las 8 dimensiones ya mencionadas en dos componentes generales: componente físico y componente emocional. Aquellas dimensiones que conforman el componente físico son la función física, el rol físico, el dolor corporal y la salud general. Y el componente emocional se obtiene a partir de los puntajes en las dimensiones de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Este cuestionario ha sido traducido, adaptado y validado a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA), el cual estuvo a cargo de Alonso, Prieto y Anto (1995), para ser utilizado en diversos países. Sus puntuaciones se encuentran entre un valor de 0 (mínimo bienestar) y un puntaje máximo de 100 (mayor bienestar), y se considera como el promedio un puntaje de 50 (Vilagut, et al., 2005).

Para la adaptación española se realizaron diversos estudios en los cuales se halló que el coeficiente de consistencia interna, Alpha de Cronbach, superaba el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupo (.70) en todas las escalas, excepto en la función social. Luego de realizarse una estimación conjunta de confiabilidad de cada escala, se encontró que las escalas de rol físico, función física y rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad, superando el valor límite recomendado para las comparaciones individuales (.90). Es así que dichos resultados confirman el alto índice de confiabilidad del SF-36 (Alonso et al., 1995; Vilagut et al., 2005).

A nivel latinoamericano, los estudios acerca de la CVRS se han ido incrementando, tomando cada vez una mayor relevancia en la actualidad. Es así que, se han realizado investigaciones en Colombia, Chile y México mostrando una confiabilidad mayor a .70 y una validez adecuada (Arancibia, et al., 2009; García, Gómez & Lugo, 2006; Figueroa y Velarde, 2002).

En Perú, para evaluar las propiedades psicométricas del SF-36, Salazar y Bernabé (2012) realizaron un estudio con 4344 personas provenientes de Huancayo, Lima, Piura y Trujillo, cuyas edades fluctuaban entre 15 y 64 años. Se halló un alfa de cronbach global de .82, mientras que por escalas fluctuó en un rango de .66 (función social) hasta .92 (rol físico). Por otro lado, para evaluar la validez de constructo, se realizó un análisis en donde se observó la capacidad del cuestionario para medir las diferencias entre subgrupos a través de las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico). De la misma manera, la validez factorial se obtuvo a través de un análisis en el que se halló que el

modelo de estructura factorial que mejor ajuste presentó fue el de las 8 escalas y los dos componentes ($CFI = .96$ y $RMSEA = .05$), con lo que se demostró las adecuadas propiedades psicométricas del SF-36 en nuestro contexto.

Es importante mencionar que, diversas investigaciones realizadas con el Cuestionario SF-36 (Laos, 2010; Salas, 2009; Torres, 2011; Alfaro, 2011, Lostaunau y Torrejón, 2013) en Perú, han utilizado una división de rangos para la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud. Es así que, teniendo un puntaje de 0 a 19 se considerará como una calidad de vida muy baja, de 20 a 39 como Relativamente Baja, de 40 a 50 como Promedio, de 60 a 79 como Relativamente Alta y finalmente, un puntaje de 80 a 100 será considerado como una calidad de vida Muy Alta.

En nuestro medio existen pocas investigaciones en enfermedades crónicas con el SF-36, entre ellas tenemos los estudios realizados por Alfaro (2011) en insuficiencia renal, Laos (2009), Lostaunau y Torrejón (2013) y Torres (2011) en cáncer, Romero (2015) en diabetes y Salas (2009) en dolor crónico, observándose índices adecuados de confiabilidad. Es así que en los estudios de Salas (2009), Laos (2009), Torres (2009) y Romero (2015) se hallaron coeficientes mayores a .70 en todas sus dimensiones, Alfaro (2011) también encontró coeficientes por encima de .70 excepto en función social y Lostaunau y Torrejón (2013) mostraron coeficientes desde .62 hasta .88.

En el presente estudio se utilizó la versión española de Alonso, Prieto y Anto (1995) y se encontró que el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach para cada dimensión de la calidad de vida relacionada a la salud oscila entre .74 y .98, siendo rol emocional el de mayor coeficiente, en contraste a salud general que obtuvo la menor consistencia.

Para la medición del afrontamiento se utilizó el Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE), creado por Carver, Scheier y Weintraub en 1989, con el título original de Coping Estimation Test, tomando como base la teoría de Lazarus y el modelo de autorregulación conductual. La finalidad de este cuestionario fue conocer aquellas diferencias emocionales, cognitivas y conductuales que las personas muestran cuando se enfrentan a distintas situaciones estresantes (Carver et al., 1989).

Está conformado por 52 ítems, en los que las opciones de respuesta se muestran bajo un formato Likert de 4 escalas de frecuencia, que indican si la persona adopta el tipo de afrontamiento propuesto casi nunca, pocas veces, muchas veces o casi siempre. Es así

que el puntaje obtenido por cada escala se encuentra entre los 4 y los 16 puntos. Cada escala está conformada por 4 ítems y para la obtención de los 13 puntajes que permiten caracterizar un perfil de afronte, se suman los puntajes obtenidos en cada ítem con los correspondientes a cada escala.

El cuestionario se encuentra distribuido en tres áreas (estilo de afrontamiento enfocado en el problema, estilo de afrontamiento enfocado en la emoción, y otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo) que incluyen los trece factores que corresponden a las trece estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento cognitivo) propuestas por Carver et al. (1989).

El COPE presenta dos formatos en los que se evalúa el afrontamiento situacional y el afrontamiento disposicional.

El estudio de validez fue realizado por Paredes (2005) en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, donde se realizó un análisis factorial de rotación oblicua, el cual determinó la existencia de 12 factores con eigenvalues mayores a 1.0. Se encontró que 11 de ellos eran interpretables y uno de carga factorial inferior a .30, el cual no se incluyó en su resultado final. De los 11 factores, aquellos ítems de las escalas búsqueda de soporte social, afrontamiento activo y planificación no coincidieron con la asignación original, sin embargo, se mantuvieron como factores independientes dado los criterios teóricos del constructo. La confiabilidad se halló con el coeficiente de consistencia interna de Cronbach, y se encontró un rango de .45 a .92.

En nuestro medio, el COPE fue adaptado por Casuso (1996) en 817 estudiantes de segundo año de una universidad privada de Lima. Se calculó la confiabilidad de la prueba mediante el Alfa de Cronbach, encontrándose que la adaptación obtuvo puntajes que fluctuaron entre .40 y .86.

Finalmente, cabe resaltar que este cuestionario también fue utilizado en pacientes con bulimia nerviosa (Romero, 2009), en cuidadores de pacientes con esquizofrenia (Guardia, 2010) y en pacientes con cáncer (Becerra y Otero, 2013; Lostaunau y Torrejón, 2013), los cuales confirman la confiabilidad de la prueba. En el primer estudio, se halló

que todas las sub-escalas tenían una confiabilidad significativa, excepto la sub-escala desentendimiento cognitivo, la cual obtuvo .45. En el segundo estudio, la confiabilidad fluctuó entre .61 y .91, exceptuando las sub-escalas de postergación (.35) y desentendimiento cognitivo (.37). En el tercer estudio, se encontró una confiabilidad significativa en los estilos y estrategias excepto en el afrontamiento activo (.23), postergación del afrontamiento (.49), desentendimiento mental (.38), afrontamiento religioso (.23) y uso de alcohol/drogas (.00). Finalmente, respecto al cuarto estudio, la confiabilidad osciló entre .54 y .80, a excepción de las estrategias de afrontamiento activo (.46) y postergación (.41).

En el presente estudio se utilizó la versión original del cuestionario en su forma disposicional, con la adaptación lingüística de Casuso, y se obtuvo un Alfa de Cronbach de .77 para el afrontamiento centrado en el problema, .80 para el afrontamiento centrado en la emoción y .56 en el afrontamiento evitativo. En cuanto a las estrategias, el Alfa de Cronbach osciló entre .56 y .94, a excepción de las estrategias de postergación (.28) y desentendimiento mental (.17), las cuales fueron excluidas de posteriores análisis.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio, en primer lugar, se contó con la autorización de los directores de los centros hospitalarios. En dos de ellos, el primer contacto fue con las psicólogas que trabajaban en el área de oncología, mientras que en el otro centro, el contacto se realizó directamente con las licenciadas de enfermería, quienes se encontraban dentro del área de quimioterapia ambulatoria. Seguidamente, en los tres centros de salud, se observó el libro donde se hallaba el nombre, edad y el diagnóstico de los pacientes, luego de ello se procedió a la elección de los participantes.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo mientras los pacientes recibían su tratamiento de quimioterapia ambulatoria, previa aceptación de los mismos para participar voluntariamente en el estudio. La aplicación de los instrumentos y la obtención de los datos demográficos y de enfermedad se realizaron mediante entrevistas individuales conducidas por la investigadora.

Análisis de datos

Una vez finalizada la aplicación de los cuestionarios y la ficha demográfica, se procedió a crear una base de datos con el programa SPSS versión 19. En primer lugar, se obtuvo los coeficientes alpha de Cronbach de los instrumentos para constatar la confiabilidad de los mismos. Seguidamente, se hallaron los resultados de la prueba de normalidad para cada variable según el estadístico de Kolmogorov Smirnov, ya que se contó con 38 participantes.

En el caso del SF-36, se halló una distribución paramétrica en las áreas de función física, vitalidad, salud mental, salud general y componente físico. En el caso de las áreas del COPE, se observó una distribución normal en postergación del afrontamiento, afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento evitativo. El resto de las áreas de ambas pruebas presentaron una distribución no paramétrica.

Con el fin de responder al objetivo principal del presente estudio, se realizó un análisis de correlación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos y estrategias de afrontamiento, tomando en cuenta los criterios de Cohen para la valoración del grado de correlación entre las variables. Asimismo, se realizaron comparaciones de medias y medianas en función a los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de educación y tipo de familia) y de enfermedad (tipo de cáncer, tiempo transcurrido desde diagnóstico, estadio, antecedentes de enfermedad, tipo de tratamiento y sintomatología asociada a enfermedad). Para las áreas con distribución paramétrica, se empleó el estadístico T-Student, y U de Mann-Whitney para los no paramétricas.

Resultados

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de salud (SF-36), que evalúa la calidad de vida, y el cuestionario COPE, que evalúa los estilos y estrategias de afrontamiento. En primer lugar, se presentan los valores descriptivos de calidad de vida, la distribución por percentiles de la misma y la comparación de las medias y medianas significativas en base a las variables sociodemográficas y de enfermedad. De manera similar, se procede a presentar los resultados relacionados a los estilos y estrategias de afrontamiento. Finalmente, se realiza el análisis de la correlación entre las variables de calidad de vida (SF-36) y afrontamiento (COPE).

Teniendo en cuenta que los puntajes de la prueba SF-36 se ubican en un rango de 0 a 100, siendo 50 el promedio de la escala; al observar los puntajes promedio para las ocho dimensiones y los dos componentes (Ver Tabla 1), se muestra que, a excepción de rol físico y del componente físico, todas las dimensiones presentan medias por encima del puntaje promedio. Esto nos indica que hay una tendencia positiva en lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes, presentando mayores puntajes en las dimensiones de dolor ($M=65.53$; $DE=27.39$) y salud mental ($M=63.47$; $DE=14.32$).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de calidad de vida

	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Función física	50.66	22.63	0	100
Rol físico	18.42	36.15	0	100
Rol emocional	59.65	49.11	0	100
Vitalidad	53.68	14.91	20	90
Salud Mental	63.47	14.32	40	96
Función Social	53.29	24.94	13	100
Dolor	65.53	27.39	20	100
Salud General	54.61	16.41	20	80
Componente Emocional	57.52	21.05	21	92
Componente Físico	47.3	19.07	16	93
N=38				

En la distribución por quintiles se puede observar que las dimensiones de salud mental, rol emocional, dolor y el componente emocional presentan puntajes relativamente altos y muy altos, a diferencia de la dimensión de rol físico, que presenta de manera predominante un puntaje muy bajo, siendo esta la más deteriorada de las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes.

Así mismo, se observa que en la dimensión de función social hay gran dispersión entre los puntajes, obteniendo un 45% para muy bajo y relativamente bajo y 45% para muy alto y relativamente alto. Esto indica que dentro de la población existen pacientes que presentan esta función moderadamente conservada mientras otros la presentan deteriorada (Ver Tabla 2).

Tabla 2
Porcentaje por quintiles

	<i>Muy baja</i>	<i>Relativamente baja</i>	<i>Promedio</i>	<i>Relativamente alta</i>	<i>Muy alta</i>
Función Física	8%	21%	29%	34%	8%
Rol físico	76%	3%	5%	3%	13%
Rol emocional	39%	-	-	3%	58%
Vitalidad	-	13%	47%	32%	8%
Salud mental	-	-	40%	47%	13%
Función social	3%	42%	10%	29%	16%
Dolor	-	21%	21%	26%	32%
Salud general	-	13%	40%	42%	5%
Componente emocional	-	29%	13%	42%	16%
Componente físico	3%	34%	37%	24%	2%

N=38

Al comparar las dimensiones de calidad de vida en función a las variables sociodemográficas no se encontró ninguna diferencia estadística significativa. Sin embargo, al comparar las mismas según las variables de enfermedad, se encontraron diferencias significativas en la dimensión de función física y en el componente físico respecto a los antecedentes de enfermedad.

De esta manera, se encontró que aquellas personas que sí tenían antecedentes de enfermedad presentaban una mejor función física que aquellos que no tenían antecedentes de cáncer dentro de la familia. Asimismo, aquellos que tenían antecedentes de enfermedad

puntuaron más alto en la dimensión del componente físico, a diferencia de los que no presentaban antecedentes (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Comparación de medias de calidad de vida según antecedentes de enfermedad

	<i>Sí</i> (N=19)		<i>No</i> (N=19)		<i>T</i>	<i>Sig.</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>			
Función física	57.89	20.02	43.42	23.27	2.055	0.04	0.66
Componente físico	54.07	21.11	40.52	14.31	2.316	0.02	0.75

N=38

Seguidamente, se obtuvieron los estadísticos descriptivos del afrontamiento. En la distribución por quintiles se observa que el estilo de afrontamiento centrado en el problema muestra puntajes relativamente altos y muy altos, sin embargo, el estilo centrado en la emoción presenta de manera predominante un puntaje muy alto a diferencia del estilo evitativo que presenta puntajes relativamente bajos (Ver Tabla 4)

Tabla 4

Porcentaje por quintiles

	<i>Muy baja</i>	<i>Relativamente baja</i>	<i>Promedio</i>	<i>Relativamente alta</i>	<i>Muy alta</i>
Afrontamiento centrado en el problema	-	-	-	47.4%	52.6%
Afrontamiento centrado en la emoción	-	-	2.6%	18.4%	78.8%
Afrontamiento evitativo	-	89.5%	10.6%	-	-

N=38

Respecto al uso de las estrategias de afrontamiento, se encontró que acudir a la religión y reinterpretación positiva fueron aquellas que mostraron un mayor puntaje, ambas pertenecientes al estilo centrado en la emoción. Por otro lado, la estrategia que obtuvo un menor puntaje fue desentendimiento conductual, la cual pertenece al estilo evitativo (Ver Tabla 5).

Tabla 5
Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento

	<i>ME</i>	<i>M</i>	<i>D.E</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Afrontamiento activo	12	11.79	1.64	9	16
Planificación	11	10.97	1.65	8	14
Supresión de actividades competentes	9	9.42	1.98	6	14
Búsqueda apoyo social por razones instrumentales	14	13.08	2.76	4	16
Búsqueda apoyo social por razones emocionales	13	12.55	3.06	4	16
Reinterpretación positiva	14.5	14.13	2.09	8	16
Aceptación	13	12.61	2.11	8	16
Acudir a la religión	15	14.32	1.87	10	16
Negación	6.5	6.5	2.57	4	14
Enfocar y liberar emociones	8	8.34	1.72	6	12
Desentendimiento conductual	5	5.76	1.56	4	9

N=38

Se continuó con la comparación de medianas de los estilos y estrategias de afrontamiento según las variables sociodemográficas. En cuanto a la variable sexo, se encontró que las mujeres hacen un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de las estrategias de búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y acudir a la religión (Ver Tabla 6).

Tabla 6
Comparación de medianas de afrontamiento según sexo

	<i>Masculino</i> (N=22)		<i>Femenino</i> (N=16)		<i>U</i>	<i>Sig.</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>Me</i>	<i>DS</i>	<i>Me</i>	<i>DS</i>			
Búsqueda apoyo social por razones emocionales	12	3.36	14	1.86	95	0.01	0.39
Reinterpretación positiva	14	2.26	16	1.56	108	0.03	0.33
Acudir a la religión	14.5	2.15	15	0.77	101.5	0.02	0.37
Afrontamiento centrado en la emoción	58	7.32	63	4.17	91.5	0.01	0.40

N=38

Asimismo, se observa que los que no se encuentran en una relación actualmente, ya sean solteros, divorciados o viudos, utilizan en mayor medida las estrategias de acudir a la

religión y búsqueda de apoyo social por razones emocionales. En relación a los estilos, hacen un mayor uso del afrontamiento centrado en la emoción (Ver Tabla 7).

Tabla 7
Comparación de medianas de afrontamiento según estado Civil

	<i>Soltero/Divorciado/ Viudo</i>		<i>Casado/ Conviviente</i>		<i>U</i>	<i>Sig.</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>(N=10)</i>		<i>(N=28)</i>				
	<i>Me</i>	<i>DS</i>	<i>Me</i>	<i>DS</i>			
Búsqueda apoyo social por razones emocionales	15	1.95	12	3.14	70	0.01	0.37
Acudir a la religión	16	1.66	15	1.89	74	0.02	0.36
Afrontamiento centrado en la emoción	65	5.5	59.5	6.76	76.5	0.03	0.34

N=38

Respecto a la comparación de medianas de afrontamiento según el nivel de instrucción, se observa que aquellos que lograron acceder a una educación superior ($Me=9$, $DS=1.85$) utilizan con mayor frecuencia la estrategia enfocar y liberar emociones ($U=109$, $p=0.04$) en comparación a los que no contaban con estudios superiores ($Me=8$, $DS=1.25$).

Finalmente, en respuesta al objetivo general de la investigación, se realizaron las correlaciones entre la calidad de vida y los estilos y estrategias de afrontamiento. En primer lugar, se correlacionaron las dimensiones del SF-36 con los estilos de afrontamiento, y se encontró que existe una correlación directa y mediana entre afrontamiento centrado en la emoción con vitalidad y salud general. Asimismo, se observa que existe una correlación mediana e inversa entre el afrontamiento evitativo y salud mental (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Correlación entre las variables de calidad de vida y los estilos de afrontamiento

	<i>Vitalidad</i>	<i>Salud Mental</i>	<i>Salud General</i>
Estilo centrado en la emoción	.42**		.42**
Estilo evitativo		-.43**	

N=38, **p<0.01

Con respecto a los componentes del SF-36 y las estrategias de afrontamiento, se halló que existe una correlación directa y mediana entre las estrategias de planificación y acudir a la religión con salud mental y salud general. Finalmente, la estrategia enfocar y liberar emociones muestra una correlación mediana y directa con dolor, y la estrategia desentendimiento conductual muestra una correlación inversa y mediana con la dimensión salud mental (Ver Tabla 9).

Tabla 9
Correlación entre las variables de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento

	<i>Salud mental</i>	<i>Dolor</i>	<i>Salud general</i>
Planificación	.39*		.36*
Acudir a la religión	.43**		.37*
Enfocar y liberar emociones		.32*	
Desentendimiento conductual	-.64**		

N=38, *p<0.05, **p<0.01

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la presente investigación. En primer lugar, se analizan las principales características de los participantes respecto a la calidad de vida relacionada a la salud y el afrontamiento, según las variables sociodemográficas y de enfermedad más saltantes. Seguidamente, se discutirá la relación entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud y los estilos y estrategias de afrontamiento, lo cual responde al objetivo principal del presente estudio.

Cabe mencionar que la calidad de vida engloba diversos factores socioculturales, políticos, emocionales, físicos y espirituales, es así que la apreciación del individuo incluye el elemento subjetivo en la valoración de la misma (Padilla, 2005). En la presente investigación, se observa que la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida se encuentran por encima del promedio, a excepción de rol físico. Dichas puntuaciones altas en las dimensiones pueden ser debido a que, en los últimos años, la ciencia y los profesionales de la salud se han especializado y ahora los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer son cada vez menos limitantes y dañinos para los pacientes (Rodríguez et al., 2009; Zanapaloğlu et al., 2009). Es por ello que en este estudio se encuentra que los pacientes habrían logrado adaptarse satisfactoriamente a la enfermedad, lo cual se ve reflejado en los niveles de calidad de vida favorables.

La dimensión dolor fue una de las que se encontró más preservada. Respecto a ello, Arbeláez y Velásquez (2009) refieren que el dolor es una experiencia aversiva, compleja, subjetiva y personal, y que la percepción que uno tenga acerca del dolor es aquello que determinará en mayor o menor medida la calidad de vida de la persona. Se ha encontrado que en diversos estudios la dimensión de dolor, que mide la intensidad del dolor y el efecto que éste causa en las actividades diarias de la persona, es una de las áreas constantemente más afectada. De ahí que algunos síntomas como la fatiga, la pérdida de peso, entre otros, sean considerados causa del deterioro de la calidad de vida del paciente (Braun, Gupta, Grutsch & Staren, 2011; Forga et al., 2006; Novoa et al., 2010).

Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, la dimensión dolor en esta investigación ha sido aquella función mejor conservada. Esto podría deberse a que en la actualidad la quimioterapia y los tratamientos utilizados para contrarrestar el cáncer son más tolerados que antes, debido a los avances en medicina y a la dosificación de los

mismos. En consecuencia, el malestar físico disminuye, lo que se reflejaría en la conservación de esta dimensión.

Es importante mencionar que, así como la dimensión dolor se encuentra preservada en los participantes, la salud mental alcanzó un puntaje muy similar, lo que implica que también se encontraría en buen estado. En nuestro medio, Laos (2010), Lostaunau y Torrejón (2013) y Salas (2009), quienes trabajaron con pacientes oncológicos, encontraron altos puntajes en esta dimensión. Esto indica que los pacientes se encontrarían tranquilos y con escasos niveles de ansiedad, lo cual se refleja en el control emocional que presentan a pesar de la enfermedad que atraviesan.

Por otro lado, aquella dimensión que presenta mayor dificultad en la calidad de vida de los pacientes, así como se observa en los estudios de Laos (2010), Lostaunau y Torrejón (2013), Salas (2009) y Torres (2011), realizados con población oncológica en nuestro país, es el rol físico, referido a la disminución de la salud física y su interferencia en las actividades cotidianas y en el trabajo. El haber obtenido en esta dimensión una puntuación muy por debajo del promedio podría darse debido a que, a pesar de que en la población los pacientes muestren adecuados niveles de dolor y salud mental, se tiene que aceptar que esta enfermedad y los diversos tratamientos perjudican en alguna medida la salud de los pacientes. Esto último es observable en el cansancio, la disminución constante de la hemoglobina, los vómitos, entre otros, que limitan el desenvolvimiento de las actividades que antes se podían realizar con normalidad.

Asimismo, se observa una vivencia diferenciada respecto a las relaciones interpersonales en los pacientes con cáncer, lo cual se muestra a través de la distribución por quintiles de la dimensión función social (45% presenta una muy baja calidad de vida en dicha dimensión y el otro 45%, una muy alta calidad de vida). Esta distribución evidenciaría que existe una cantidad de pacientes que mantienen esta función conservada mientras que hay otra cantidad considerable que no. Aquellas personas que presentan mayores puntajes en esta dimensión cuentan con una mejor adaptación a la enfermedad, lo que les permite enfrentar las emociones negativas, tienen menor presencia de sintomatología depresiva y altos niveles de bienestar (Chimpén et al., 2007; Tylor, 2007; Vinaccia et al., 2005).

A nivel de las diferencias dentro del grupo de participantes, los pacientes que han presentado antecedentes de enfermedad en su familia muestran una mejor calidad de vida

en la función física y en el componente físico. La investigación desarrollada por Laos (2010) presenta también diferencias significativas según los antecedentes de cáncer en la dimensión de función física, lo cual podría darse debido a que, al haber pasado por una situación similar con algún familiar, estos pacientes habrían adquirido ciertas herramientas de afrontamiento a partir del conocimiento de los efectos que causa el tratamiento.

Haber observado a un familiar con esta enfermedad y haber compartido la experiencia de cerca hace que la persona se encuentre relativamente preparada para afrontar el cáncer, disminuyendo así la posibilidad de una calidad de vida deteriorada. Las personas familiarizadas con la enfermedad incluso presentan menores niveles de mortalidad (Mahmoodreza et al., 2011). Por ello es de vital importancia la creación de programas de promoción y prevención de las enfermedades oncológicas, además del acompañamiento familiar, y por ende la formación de grupos de apoyo y soporte emocional. Dicho involucramiento familiar tendría como beneficiados al paciente y su familia, ya que es probable que estos últimos presenten predisposición genética para el desarrollo de una enfermedad oncológica y sería indispensable que también manejen información sobre todo lo referido al cáncer.

Tal como lo mencionan Sanhueza y Triviño (2005), esta enfermedad no solo genera un fuerte sentimiento de vulnerabilidad emocional sino también amenaza la integridad física de la persona, alterando su estilo de vida y su rutina en el ámbito laboral.

En síntesis, las enfermedades crónicas como el cáncer son importantes fuentes generadoras de estrés, lo que afecta la calidad de vida del paciente. Por ello, no solo es de vital importancia conocer cómo es que un grupo de personas que presentan cáncer gastrointestinal vivencia su calidad de vida en el día a día. También es sustancial conocer el tipo de afrontamiento empleado, que incluye el estilo y la(s) estrategia(s) adecuadas para aminorar los efectos producidos por el impacto de la enfermedad (Kyngas et al., 2000).

En el presente estudio, el estilo de afrontamiento que obtuvo mayor puntaje fue el centrado en la emoción, seguido del afrontamiento centrado en el problema y por último el estilo evitativo. Cabe resaltar que hay gran cantidad de estudios que mencionan que el afrontamiento centrado en el problema es aquel que predomina en la población oncológica y es el que mejor pronóstico presenta ante la enfermedad (Cheryl, Low & Suarez, 2005; Erickson et al., 2004; Gilbar & Zusman, 2007; Restrepo, 2001).

Sin embargo, según algunos autores, el uso del estilo centrado en la emoción se da principalmente cuando el evento es percibido como amenazante y fuera del control personal, lo cual se relacionaría con la angustia que genera el tratamiento y las consecuencias del mismo (Kyngas et al., 2000; Lazarus, 2000). Esta situación se observa principalmente cuando se trata de una enfermedad crónica, en el que este tipo de afrontamiento ayudará a los pacientes a regular su estado emocional debido a la condición actual en la que se encuentran. Dentro de los estudios que han investigado la relación entre el afrontamiento y el cáncer, el estilo centrado en la emoción es aquel que más predomina (Cardenal, 1997; Christine, Deageset & Underlid, 2009; Gaviria et al, 2007; Kyngas et al., 2000; Glimelius, Hoffman, Nordin, Sjoden & Wasteson, 2002). Resulta interesante comprobar esta misma tendencia del uso del estilo centrado en la emoción en algunas enfermedades crónicas, ya sean oncológicas o de otro tipo, reportadas en nuestro medio por Bustamante (2010), Cassaretto y Paredes (2006), Chau (2002), Lostaunau y Torrejón (2013) y Solano (2001).

En relación a las estrategias, aquellas que obtuvieron medias mayores dentro del grupo son acudir a la religión y reinterpretación positiva. Diversas investigaciones mencionan que la religiosidad es relativamente frecuente en pacientes con enfermedades crónicas (Bustamante, 2010; Jagannathan & Juvva, 2009; Lavery & O'Hea, 2010; Laos, 2009; Spilka et al., 2003; Tarakeshwar et al., 2006), ya que favorece la adaptación y el ajuste a la enfermedad. Cuando una persona atraviesa una situación que la enfrenta tan de cerca a la muerte, tiende generalmente a refugiarse en la fe y en Dios, lo cual probablemente la estabilizará y le dará la fortaleza necesaria para luchar contra la enfermedad (Laos, 2009).

Respecto a la reinterpretación positiva, Gaviria y colaboradores (2007) mencionan que, en su investigación con pacientes oncológicos, fue una de las estrategias que obtuvo mayor puntaje. Esto podría darse debido a que el uso de la misma intenta modificar la comprensión de la enfermedad, buscando el lado positivo y favorable para así poder mejorar o crecer a partir de esta situación. Esta estrategia favorece la calidad de vida de la persona tanto en las dimensiones funcionales como en la sintomatología de la enfermedad.

Por otro lado, la estrategia que obtuvo el menor puntaje fue desentendimiento conductual, que coincide con lo hallado por Bustamante (2010), Chau (2002) y Solano

(2001) en muestras de pacientes oncológicos, así como por Cassaretto y Paredes (2006) en su estudio con pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

El escaso uso de esta estrategia podría deberse a que estas personas presentan información adecuada acerca del cáncer, de los cuidados a seguir y de las posibles complicaciones. Además, si el paciente dejase de realizar el tratamiento o de seguir las indicaciones del médico, pone en peligro su supervivencia y por ende su calidad de vida.

Es interesante mencionar que, en este grupo, las mujeres en comparación a los hombres hacen un mayor uso del afrontamiento centrado en la emoción y de las estrategias que pertenecen a dicho estilo. Lo mismo se encontró en un estudio realizado en el hospital Rebagliati con 287 personas con cáncer, y en otras investigaciones realizadas en nuestro medio (Becerra & Otero, 2013; Díaz & Yaringaño, 2010; Lostaunau & Torrejón, 2013). Esto podría darse por el contexto social en el que vivimos y principalmente por las consecuencias de la socialización diferenciada de género. En el caso de las mujeres, existe una sobrevaloración de la dimensión afectiva y en el caso de los hombres, predomina la represión de los afectos. Es por ello que las mujeres, aparentemente, están más permitidas de poder expresar su lado emocional y sentimental a diferencia de los hombres, quienes generalmente no expresan emociones o sentimientos frente a una situación que los pueda vulnerar. Es así que, dichas diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a salud y enfermedad, podrían darse debido a condiciones de género, roles, expectativas culturales, entre otros (Rodríguez, como se citó en Vinaccia, et al., 2006).

Por otro lado, se encontró que aquellas personas que no estaban en una relación sentimental (solteros, divorciados o viudos) hacían un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de las estrategias de búsqueda de apoyo social por razones emocionales y acudir a la religión. Podría decirse que el uso de estas se debería a la necesidad de una red de apoyo más extensa, adicional al soporte familiar. Por ello es que acudirían a la religión, o en búsqueda de apoyo moral, simpatía y comprensión de otros, como una medida que podría aminorar su malestar emocional. En contraste con este resultado, Andritsch et al. (2009) mencionan que aquellos pacientes que presentaban cáncer colorrectal y que se encontraban en una relación eran los que mostraban un mejor afrontamiento y ajuste frente a la enfermedad. No obstante, considerando la importancia del soporte social en situaciones tan disruptivas como enfrentar una enfermedad crónica y potencialmente terminal, se considera que es adaptativo hacer uso de estrategias defensivas relacionadas a

la emoción y a la religiosidad, aun cuando en la literatura se tiene la tendencia de restar importancia al afrontamiento centrado en la emoción. Es así que, Taylor (2007) menciona la existencia de investigaciones específicas con enfermedades crónicas, en las que el uso de métodos de afrontamiento activos es mucho menos frecuente. Además, el uso del estilo centrado en la emoción ayuda al control de la angustia cuando poco o nada puede hacerse, manteniendo la moral en alto al conservar la esperanza, aceptando las nuevas condiciones médicas y permitiendo la regulación de la ansiedad que se genera por el sufrimiento que conlleva la enfermedad, el enojo y la depresión por la pérdida del buen funcionamiento corporal (Cassaretto & Paredes, 2006).

En relación al nivel de instrucción, Infante (2002) menciona que las personas que han recibido mayor educación presentan características que les permiten afrontar y conservar mejor algunas funciones ante el dolor crónico. Por ello, el nivel de educación podría ser considerado como una variable importante en relación a los estilos y estrategias de afrontamiento que se utilicen, pues de éstos dependerá la adaptación o desadaptación frente al cáncer. Además, la incidencia de las enfermedades crónicas, como el cáncer, es percibida como amenaza o pérdida de funciones importantes, debido a las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, entre ellas, los cambios en la alimentación, la modificación de las rutinas, actividades sociales y probablemente en la interacción con otros (DiMatteo, 2002; Taylor, 2007). No obstante, en la presente investigación, se encontró que aquellos que presentan estudios superiores utilizan en mayor medida la estrategia enfocar y liberar emociones, que es considerada desadaptativa. Se podría inferir entonces que, debido a que cuentan con un mayor bagaje y acceso a la información, mayor conciencia de la enfermedad y de lo que significa vivir con ella, la conciencia de malestar emocional también se ve incrementada (Carver et al., 1989).

Una vez presentadas estas diferencias en el afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal según diversas variables de enfermedad y sociodemográficas, se analizarán las asociaciones entre ambos constructos. Una de ellas es entre el afrontamiento centrado en la emoción y las dimensiones de vitalidad y salud general de la CVRS, las cuales correlacionan directa y significativamente. Esto nos podría indicar que mientras el paciente presente niveles altos de energía y vitalidad, así como una percepción positiva de su salud general actual y futura; existirá un mejor manejo emocional frente al tratamiento de la enfermedad, lo que haría posible la regulación de

aquellas emociones que sean perjudiciales para sí mismo. Es así que Lazarus (2000) menciona la importancia del uso de este estilo de afrontamiento, ya que sería útil para controlar la angustia y disfunción que podrían generarse frente a esta enfermedad.

Por otro lado, se observó una correlación inversa entre la dimensión salud mental y el estilo evitativo. Lo que nos indica este resultado es que mientras se presente un adecuado manejo de la ansiedad y, por ende, respuestas conductuales adaptativas, se podrá explorar y utilizar otro tipo de estrategias más saludables, que ayudarán a afrontar favorablemente el proceso de enfermedad y tratamiento. Además, el uso del estilo evitativo, dadas sus características, es contraproducente y poco adaptativo cuando se trata de enfermedades crónicas. Es por ello que, en nuestro medio, las investigaciones muestran a este estilo como el menos utilizado en los pacientes en los casos en que el bienestar psicológico y la calidad de vida relacionada a la salud se encuentran preservados (Becerra & Otero, 2015; Lostaunau & Torrejón, 2013).

Con respecto a las dimensiones de la CVRS y las estrategias de afrontamiento, se halló una correlación directa entre la estrategia de planificación con salud mental y salud general. Esto supone, en el paciente, la capacidad de organizar una estructura mental y conductual, que contemplaría los pasos a seguir para poder afrontar esta enfermedad. De ahí que la persona podría discernir y cuestionarse sobre aquello que le será beneficioso o perjudicial para mantener una adecuada estabilidad física y mental respecto a la enfermedad y a sus consecuencias. Es por ello que, es de vital importancia tratar los temas relacionados al manejo de los estados emocionales, así como promover y mantener las expectativas positivas del paciente. Además, el abordaje psicoterapéutico podría ofrecer la posibilidad de planificar, de pensar y ejecutar aquellas acciones que llevadas a cabo, beneficiarían considerablemente su salud mental y general. En la misma línea, la existencia de espacios en donde el paciente pueda compartir en grupos de apoyo sus vivencias del día a día con el cáncer, tendría un impacto positivo frente a la enfermedad oncológica (Vinegra, 2006). En correspondencia con la necesidad de diversos espacios en donde el paciente pueda comunicar el malestar emocional que le produce la enfermedad, se observa una correlación directa entre la estrategia acudir a la religión y las dimensiones de salud mental y salud general. Es interesante esta correlación pues nos indicaría que el recurrir a la religión permite a los pacientes mantener un adecuado manejo de las emociones negativas que se puedan presentar a lo largo del proceso de la enfermedad. Además,

permite que el paciente pueda tener una percepción positiva acerca de su propia salud, gracias a la fe y esperanza que estas personas depositan en Dios durante el proceso de su tratamiento. En nuestro contexto, se ha observado que la práctica religiosa se asocia a una mayor calidad de vida en pacientes con cáncer, por ello la religión y la fe son tomados como medios de soporte en el proceso de la enfermedad (Laos, 2010).

En la misma línea, la dimensión salud mental muestra una correlación inversa con la estrategia de desentendimiento conductual. Esta correlación nos indicaría que al reducir los esfuerzos para afrontar la enfermedad y al renunciar a los objetivos que uno se había trazado, la salud mental se verá afectada considerablemente. En la investigación realizada por Soto (2009), se encontró que el escaso uso de esta estrategia da cuenta de pacientes que están comprometidos con el tratamiento y sus indicaciones, lo que conlleva un adecuado control emocional. Por ello es que a pesar de que el cáncer es una enfermedad que demanda gran esfuerzo debido a la rigurosidad de las indicaciones que uno debe seguir, es apropiado tener claro qué es lo que se hará y qué es lo que no se debe dejar de hacer desde el momento del diagnóstico, no solo para lograr una mayor adherencia al tratamiento, sino también para propiciar adecuados niveles de salud general y mental del paciente.

Finalmente, otra correlación que se halló en este estudio fue entre la estrategia enfocar y liberar emociones y la dimensión dolor. En algunas oportunidades el grado de dolor en esta enfermedad es poco manejable, y limita a las personas en su desenvolvimiento cotidiano. Es así que se observa la manifestación de diversas emociones negativas puesto que no se tendrá el control sobre este malestar y se encontrará principalmente sentimientos de frustración y cólera (Truyols et al., 2008). Sin embargo, en el presente estudio se encontró que los pacientes presentan un adecuado manejo del dolor, y ello se manifiesta en el escaso enfoque en la expresión de los sentimientos negativos provocados por el evento estresante. Esto se puede dar debido a que quizá los participantes han recibido información necesaria para el manejo de los posibles sentimientos negativos que podrían presentarse. Para ello es indispensable la capacitación del equipo de trabajo, entre ellos doctores, enfermeras y psicólogas, para que la estadía durante el tratamiento sea psicoeducativa y contenedora.

La presente investigación buscó principalmente observar cómo se relacionan las variables de CVRS y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal, ya que, a

pesar de presentar grandes cifras de mortandad, en nuestro contexto los estudios son escasos (INEN, 2009; MINSA, 2011).

En cuanto a las limitaciones del estudio, es importante mencionar que el tamaño de la muestra utilizada es relativamente pequeño y no es posible generalizar los resultados para toda la población que presenta cáncer gastrointestinal. Además, se llevó a cabo con pacientes que se encontraban entre 31 y 70 años de edad; probablemente con una muestra que cuente con personas más jóvenes, los resultados podrían ser diferentes.

Otra limitación a considerar es el tipo de diseño usado, según el cual los resultados corresponden a un único momento en la enfermedad. Sería interesante observar si existen cambios en la CVRS y los estilos y estrategias de afrontamiento en un estudio longitudinal.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones de la presente investigación, esta cumple con los objetivos planteados y contribuye a los estudios ya realizados en enfermedades crónicas, específicamente, cáncer. De la misma manera, sería recomendable que el personal que trabaja con pacientes que presentan una enfermedad oncológica sea capacitado constantemente, para que puedan informar a los pacientes sobre el significado de esta enfermedad, orientarlos y motivarlos en el cumplimiento del tratamiento y de sus metas a futuro, para así lograr una mayor conciencia y adherencia al tratamiento (Folkman & Greer, 2000).

Por último, se considera que este estudio puede ser tomado como base para que futuras investigaciones centren su interés y análisis en el cáncer gastrointestinal en Perú, pues es una enfermedad que afecta a gran parte de nuestra población actual.

Referencias

- Aldwin, C.M. (2000). *Stress, coping and development. An integrative perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Alfaro, C. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. Tesis para optar por el título de licenciado en psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, vol. 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, vol. 11, 410-416.
- American Cancer Society (2009). *Cancer facts & figures 2009*. Atlanta: American cancer society.
- American Cancer Society (2010). *Colon, rectum cancer 2009-2010*. Atlanta: American cancer society.
- American Cancer Society (2015). *Cancer facts & figures 2015*. Atlanta: American cancer society.
- Andritsch, E., Baider, L., Brenner, B., Goldzweig, G., Hubert, A., Perry, S. & Walach, N. (2009). *How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors*. *Psycho-Oncology*, vol. 18, 866-874.
- Arancibia, H., Bustamante, M., Carvajal, C., Guler, K., Justiniano, J., Lopez, I., Nuñez, J., Medina, S. & Talhouk O. (2009). *Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico*. *Revista Médica de Chile*, vol. 137, 481-486.
- Asociación española contra el cáncer (2015). Síntomas del cáncer [En red] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/>
- Avis, N., Crawford, S. & Manuel J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer, *Journal of clinical Oncology*, 23, 3322-3330.
- Basol, S., Bilici, M., Cayir, K., Kantarci, R. & Karabulutlu, E. (2010). *Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer*. *European Journal of General Medicine*, vol. 7, 296-302.
- Becerra, L. & Otero, F. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de Magister en psicología clínica de la salud. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Blazeby, J., Hughes, R., Lagergren, P. & Rutegard, M. (2009). *Determinants of global quality of life before and after major cancer surgery: an exploratory study*. *Qual Life Res*, vol. 18, 1131-1136.

- Braun, D., Gupta, D., Grutsch, J. & Staren, E. (2011) Can changes in health related quality of life scores predict survival in stages III and IV colorectal cancer? *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 9, 1-9.
- Brunelli, C., Caraceni, A. & Pigni, A. (2010). The role of hydromorphone in cancer pain treatment: a systematic review. *Palliative Medicine*, vol.25, 471-477.
- Bussing, A. & Fischer, J. (2009). *Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles*. *BMC Women's Health*, vol. 9, 1-11.
- Bustamante, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56 (2), 267-283.
- Carver, C. & Scheier, M. (1994) Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66 (1), 184-195.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudios en pacientes con enfermedad crónica terminal. En *Revista de Psicología de la PUCP*, vol. XXIV, 1, 110-140.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. En *Revista de Psicología de la PUCP*, vol. XXI, 2, 364-392.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Cense, H.A., Visser, M.R., Van Sandick, J.W., De Boer, A.G., Lamme, B., Obertop, H. & Van Lanschot, J.J. (2004). Quality of life after colon interposition by necessity for esophageal cancer replacement. *Journal Surgery Oncology*, 88, 32-38.
- Chau, C., Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. En *Revista de psicología de la PUCP*, vol. XX, 1, 95-131.
- Cheryl, C., Low, C. & Suarez, A. (2005). *Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio*. Tesis para optar el título de licenciatura. Universidad el Bosque.
- Chimpen, C., Lorca, G. & Diez, M. (2007). Apoyo psicosocial en pacientes con cáncer digestivo. *Perspectivas en psicología*, vol. 4, 83-87.
- Christine, T., Deageset, S. & Underlid, K. (2009). *Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery*. *Journal of advanced nursing*, 149-158.
- Chui, Y., Kuan, H., Fu, I., Liu, R., Sham, M. & Lau, K. (2009). Factors associated with lower quality of life among patients receiving palliative care. *Journal of advanced nursing*, 1860-1871.

- Contreras, G., Esguerra, J.C. & Espinoza, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *En Acta Colombiana de Psicología*, vol. 10, 169-179.
- Dejo, M. (2005) A sense of coherence, coping and burnout of relatives as caretakers of their elderly family members with chronic diseases. *Temat. Psicol*, vol. 1 (1), 95-102.
- Díaz, G. & Yaringaño, J. (2010). *Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Revista de Investigación en Psicología, vol. 13, 69-86.
- DiMatteo, M. (2002). The psychology of health, illness and medical care. An individual perspective. California: Brooks/Cole.
- Erickson AK., McCaul, SC., Mullens, AB. & Sandgren, AK. (2004). *Coping after cancer: Risk perceptions, worry and behaviors among colorectal cancer survivors*. *Psycho-Oncology* 13: 367–376.
- Fickova, E. (2005). Coping scales for adults: Psychometric relationships. *Studia Psychologica*, 47(4).
- Figuroa, C. y Velarde, E. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *En Salud Pública de México*, vol. 44 (4), 349-358.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9(1), 11-19.
- Forga, M., Leyes, P., Hervás S. & Trabal, J. (2006). Quality of life, dietary intake and nutritional status assessment in hospital admitted cancer patients. *Nutrición Hospitalaria*, vol. 21, 505-510.
- Franks, H. & Roesch S. (2006). *Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis*. *Psycho-Oncology*, vol. 15, 1027-1037.
- García, H. & Gómez, C. Lugo, L. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional Salud Publica*, vol. 24, 37-50.
- García, F., Llul, D. & Zanier, J. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, vol. 8, 175-182.
- Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *En Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, vol. 20, 50-75.
- Gilbar, O. & Zusman, A. (2007). *The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses*. *Psycho-Oncology*, vol. 16, 1010-1018.
- Glimelius, B., Hoffman, K., Nordin, K., Sjoden, P. & Wasteson, E. (2002). *Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer*. *Psycho – Oncology*, vol. 11, 1-11.

- Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*. Tesis de maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill Interamericano
- Hospital Hipolito Unanue (2010). Estadísticas 2010, consulta externa-hospitalización. Área de Desarrollo de Programas y estadísticas.
- Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) (2007). Descripción del instrumento. Cuestionario de Salud SF-36. Versión española del cuestionario de salud SF-36 adaptada Alonso, J., Prieto, L. & Anto J.M.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2009). Indicadores anuales de gestión INEN - 2008. [En red] Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadindges2008.htm>. 19/10/11
- Jagannathan, A. & Juvva, S. (2009). *Life after cancer in India: coping with side effects and cancer pain*. Journal of psychosocial oncology, vol. 27, 322-360.
- Janne P., Farber, D. & Camidge D. (2011). Chemotherapy and Radiotherapy. *Clin. Cancer Res*, vol. 17, 26-29.
- Kato, J., Lijima, K., Nagahara, K., Osada, T., Yoshimura, M., Watanabe, S. & Yoshizawa, T. (2008). *Evaluation of EORTC QLC-C30 questionnaire in patients undergoing in hospital chemotherapy for gastrointestinal cancer in Japan*. Journal of Gastroenterology and Hepatology, vol. 23, 268-272.
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope? En: Monat, A.; Lazarus, R. & Reevy, G. (2007). *The praeger handbook on stress and coping*, Vol. 2, Cap. 16. USA: Greenwood Publishing Group Inc.
- Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E., Ryttilathi, M., Seppanen, P., Vaattovaara, R. & Jamsa, T. (2000). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, vol. 10, pp. 6-11.
- Kohno, Y., Koeda, M., Maruyama, M., Matsuoka, Y. & Matsushita, T. (2010). *Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors*. Psycho-oncology, vol. 19, 71-76.
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Lavery, M. & O'Hea, E. (2010). *Religious/spiritual coping and adjustment in individuals with cancer: unanswered questions, important trends, and future directions*. Mental health, religion & culture, vol. 13, 55-65.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- Loustaunau, C. & Torrejón, S. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Mamani, A. (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Matsushita, T., Matsushima, E. & Maruyama, M. (2004). Assessment of perioperative quality of life in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. *Support Care Cancer*, 12, 319-325.
- Melyani, M., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, A. & Tavoli, Z. (2008). *Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs*, vol. 8, 1-7.
- Ministerio de Salud (2010) Análisis de la situación de salud en el Perú. Extraído el 1 de Octubre, 2011 de: <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/analisis-de-situacion-de-salud-peru-ao-2010>
- Moos, R. & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger & B. Shlomo (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
- Mosconi, P., Apolone, G., Barni, S., Secondino, S., Sbanotto, A. & Filiberto, A. (2002). Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumori*, 88, 110-116.
- National Cancer Institute (2012). Psychological Stress and Cancer [En red] Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/stress>
- Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M. & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 10 (2), 315-329.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Datos y cifras sobre el cáncer. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Paredes, R. (2005) *Afrontamiento y Soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Parker, P., Baile, W., de Moor C. & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, vol. 12, 183-193.
- Pugliese, P., Perrone, M., Nisi, E., Garufi, Ca., Giannarelli, D., Bottomley, A. & Terzoli, E. (2006) An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 4, 1-9.
- Restrepo, M. (2001). *Depresión, ansiedad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos*. *Oncología*, vol. 24, 492-428.
- Romero, C. (2015). *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus 2*. Tesis para optar por el título de licenciada en psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Salazar, V. (1992). *Estilos de afrontamiento al estrés en relación a las dimensiones de personalidad: Neuroticismo- extroversión. Estudio realizado en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Sanhueza, O. & Triviño, Z. (2005) Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, vol. 5, 20-31.
- Shwartzman, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *En Ciencia y Enfermería* vol. IX (2), 9-21.
- Soto, R. (2009). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Toftthagen, C. (2010). Surviving Chemotherapy for Colon Cancer and Living with the Consequences. *Journal Of palliative medicine*, vol. 13, 1389-1391.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Truyols, M.M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 295-320.
- Urzua, A. & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 42 (1), 151-160.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos Conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365.
- Van Laarhoven, H., Schilderman, J., Bleijenbergh, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C. & Prins, J. (2011). Coping, Quality of life, depression and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative end-of-life setting. *Cancer Nursing*, 34, (4), 302- 314
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Alonso, J., et al. (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 versión española: Una década de experiencias y nuevos desarrollos*. Gaceta Sanitaria, 19, 135-150 [En red] Disponible en: <http://www.edicionesdoyma.com>
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, vol. 1 (2), 25-137.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de Vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13(1), 15-31.

- Vinegra, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista médica del Instituto Mexicano de seguro social*, 44(1), 47-59.
- Wilson, T., Birks, Y. & Alexander, D. (2009). A qualitative study of patient perspectives of health-related quality of life in colorectal cancer: comparison with disease-specific evaluation tools. *Colorectal Disease Journal*, vol. 12, 762-769.
- Wool, M. & Mor, V. (2005). A multidimensional model for understanding cancer pain. *Cancer Investigation*, vol. 23, 727-734.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud* (6ta edición). Mexico: McGraw-Hill.

APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Participante)
 acepto voluntariamente participar en la investigación conducida por Reyna Rojas Anampa, estudiante del último ciclo de la carrera profesional de Psicología Clínica, perteneciente a la Pontificia Universidad Católica del Perú, y que se encuentra bajo la supervisión de la Lic. Sonia Natalie Meza Villar (CPs.P 18739).

Cabe resaltar que todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación. Asimismo, como su participación es voluntaria, usted puede retirarse del estudio cuando lo considere conveniente.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una ficha de datos personales, así como un cuestionario que mida la calidad de vida y otro cuestionario que mida el afrontamiento.

Su ayuda nos permitirá conocer cómo es la calidad de vida y el afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal, y saber si es que hay relación entre estas dos variables.

Además, dado que la información será usada estrictamente con fines investigativos y es confidencial, no se podrá brindar ningún tipo de resultado.

Para cualquier información adicional y/o dificultad podrá contactarse con la Lic. Meza al teléfono 991522040.

En función a lo leído, acepto voluntariamente participar en la investigación.

 Fecha

 Firma del participante

 Firma del evaluador

APÉNDICE B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad: _____ Estado Civil: _____ Número de Hijos: _____

Sexo: F M

Nivel Educativo: _____

Ocupación: _____

Religión: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____

Composición Familiar

Con quiénes vive: _____

Datos de la enfermedad

Diagnóstico: _____

Fecha del Diagnóstico: _____

Estadio de la enfermedad: _____

Tipo de Tratamiento Actual: _____

Otro Tratamiento recibido: _____

Existen antecedentes de cáncer en algún otro familiar, ¿Quién?:

Hay presencia de otra enfermedad ¿Cuál?: _____

APÉNDICE C

**CONFIABILIDAD DE LOS COMPONENTES Y DIMENSIONES DE LA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (SF-36)**

	Número de ítems	α
Función Física	10	.89
Limitaciones de rol debido a salud física	4	.94
Limitaciones de rol debido a problemas emocionales	3	.98
Vitalidad	4	.81
Salud Mental	5	.75
Función Social	2	.83
Dolor	2	.87
Salud General	5	.74
Componente Emocional	14	.89
Componente Físico	21	.89

APÉNDICE D

 CONFIABILIDAD DE LOS ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
(COPE)

	Número de ítems	α
Afrontamiento activo	4	.56
Planificación	4	.69
Supresión de Actividades competentes	4	.73
Postergación del Afrontamiento	4	.28
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	4	.86
Búsqueda Apoyo Social por razones emocionales	4	.86
Reinterpretación Positiva	4	.85
Aceptación	4	.83
Acudir a la religión	4	.85
Negación	4	.94
Enfocar y liberar emociones	4	.64
Desentendimiento Conductual	4	.79
Desentendimiento Mental	4	.17
Centrado en el problema	19	.77
Centrado en la emoción	20	.80
Afrontamiento evitativo	12	.56