



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA



**Relación entre el Espíritu de Lucha y el Bienestar
Subjetivo con la Capacidad Física en pacientes con
cáncer.**

*Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S 143/89*

Alumnas:

Cerone, Juliana Elisabet Mat. (6930/05) DNI: 33.003.093

Fuente, Marina Constanza Mat. (6982/05) DNI: 31.387.787

Supervisor: Mg. Massone , Alicia

Catedra de Radicación: Psicología Cognitiva

Fecha de Presentación: 28/10/14

"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumno/s Cerone, Juliana Elisabet (Mat. 6930/05) y Fuente, Marina Constanza (Mat.6982/05), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras"

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas: Cerone, Juliana Elisabet (Mat. 6930/05) y Fuente Marina Constanza (Mat. 6982/05), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 28 días del mes de octubre del año 2014"

Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

Evaluación del Supervisor:

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Cerone, Juliana Elisabet (Mat. 6930/05) y Fuente Marina Constanza (Mat. 6982/05)."

2.- Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

3.- Fecha de aprobación

PLAN DE TRABAJO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INVESTIGACION DE PREGRADO.PLAN DE TRABAJO

REQUISITO CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIOS 1989 (O.C.S.

143/89)

Apellidos y Nombres de las alumnas: Cerone, Juliana Elisabet

Fuente, Marina Constanza

Matricula y año: 6930/05

6982/05

Cátedra de radicación: Psicología Cognitiva

Supervisor: Lic. Alicia Massone

Título del proyecto: Relación entre el Espíritu de Lucha y el Bienestar
Subjetivo con la Capacidad Física en pacientes con cáncer

DESCRIPCION RESUMIDA

La *National Comprehensive Cancer Network* (que convoca a los veintiún centros mundiales de cáncer más destacados) considera al cáncer como una enfermedad multidimensional que afecta todos los aspectos importantes de la vida del paciente. Afirma que recibir su diagnóstico y afrontar el tratamiento supone un hecho estresante tanto para las personas que lo padecen como para su familia.

Diferentes estudios establecen que entre un 30% y un 50 % de las personas con diagnóstico oncológico presentan alguna alteración psicológica, asociada a niveles elevados de depresión y ansiedad (Diez, Forjaz y Landívar 2005; Osowiecki y Compas, 1998; Camacho, 2003).

El presente trabajo se propone explorar la relación entre el nivel de bienestar y la estrategia de espíritu de lucha con la capacidad/aptitud física en adultos con cáncer en etapa de primer tratamiento. Específicamente se propone explorar la relación entre el bienestar subjetivo, el espíritu de lucha y la capacidad o estado físico del paciente durante el primer tratamiento médico clínico. Se considera que los pacientes oncológicos con más espíritu de lucha y bienestar sobrellevan físicamente mejor la enfermedad.

Este estudio se basa en un diseño transversal descriptivo/exploratorio, basado en una muestra por disponibilidad (N=40) de adultos entre 20 y 65 años de ambos sexos con cáncer no metastásicos

bajo tratamiento clínico activo contra la enfermedad, Se considera interesante corroborar la consistencia de los resultados de este estudio con los reportados por la literatura científica en el campo de los estudios sobre bienestar en población con patología física.

Palabras Clave: Bienestar subjetivo- Capacidad física- Cáncer- Espíritu de lucha

DESCRIPCION DETALLADA

Motivos

La presente investigación surge a partir de interrogantes referidos al impacto emocional y psicológico del cáncer en las personas que reciben el primer diagnóstico y se enfoca en las fortalezas personales y estrategias de afrontamiento de la enfermedad. La Psicología Positiva propone una mirada del paciente en general y del paciente con enfermedad física en particular, centrada en las potencialidades humanas y en el abordaje de aquellos factores que aportan al bienestar (Seligman, 2001). Esta teoría, nacida hace poco más de una década, parte del rechazo de la patologización de los comportamientos humanos en tanto se distancian o diferencian de un supuesto término medio considerado normal, y en especial el rechazo a la

importancia otorgada a la explicación o comprensión de las debilidades y carencias personales (faltas o fallas) en detrimento de la consideración de las capacidades o potencialidades (Novoa Gómez et al, 2010).

Desde este marco, se plantea que el espíritu de lucha - como estrategia de afrontamiento de la enfermedad oncológica- y el nivel de bienestar podrían proteger el estado físico del paciente de los efectos adversos del diagnóstico oncológico y sus tratamientos médicos. Es decir, los pacientes que afrontan la enfermedad con espíritu de lucha y buen nivel de bienestar toleran mejor el impacto del diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes

En el ámbito de la Psicooncología el interés por los estados psicológicos positivos como factores protectores del estado físico, específicamente la relación entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el diagnóstico y desarrollo de enfermedades físicas, se ha empezado a estudiar en las últimas dos décadas. Estos estudios ponen de manifiesto que los estados positivos no sólo se asocian a la salud sino que pueden tener influencia en la aparición y/o recuperación de ciertos problemas físicos (Seligman, 2011).

El cáncer es considerado una enfermedad fuertemente amenazante para el colectivo social, en tanto se la asocia con padecimientos corporales

provenientes de la propia enfermedad o del tratamiento y limitaciones físicas y sociales intermitentes o permanentes.

En la actualidad y a pesar de los avances científicos y el progreso en el nivel de sobrevivencia, el cáncer sigue entendiéndose como sinónimo de muerte. Por ello, el malestar emocional en estos pacientes es altamente probable. Los datos epidemiológicos de las últimas investigaciones sobre la temática muestran que entre el 40 y 50 % de los pacientes diagnosticados de cáncer desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad que conlleva un incremento de ansiedad y deterioro del bienestar (IPOS – Sociedad Internacional de Psicooncología- 2011). Asimismo, el sistema fisiológico puede alterarse por este exceso de activación y el sistema inmunológico de estos pacientes se deprime y es incapaz de defenderse (Cano, 2005).

En esta tesis, el concepto de bienestar se encuadra dentro de las propuestas de la Psicología Positiva. Según Castro Solano (2010) en las investigaciones sobre bienestar se podrían determinar dos líneas, una en relación con la evaluación de las emociones positivas y la percepción de la satisfacción general con la vida que —evalúa el afecto momentáneo predominante tanto positivo como negativo.

La otra línea, de satisfacción con la vida o bienestar emocional, se basa en el juicio cognitivo que establece la persona acerca de su satisfacción con la propia vida y es la que derivó la mayor cantidad de investigaciones (Keyes y Magyar-Moe, 2003, citado en Castro Solano, 2010). Considera que el

bienestar es multidimensional y que es necesario atender a los aspectos sociales y del entorno para su evaluación. Los autores coinciden en que se trata de diferentes componentes del bienestar y que deben ser evaluados de forma separada (Diener et al, citado en Castro Solano, 2010).

Asimismo, se aprecia que esta aparente dicotomía del bienestar emocional/psicológico podría estar superada en el alcance conceptual del término calidad de vida como constructo teórico amplio que abarca las circunstancias y las percepciones de las personas, sus sentimientos, vínculos sociales y las reacciones a esas circunstancias, habiéndose construido índices que combinan medidas objetivas y subjetivas. Actualmente la calidad de vida es concebida como concepto multidimensional, que abarca dominios con diferente peso para cada persona, resulta así un concepto complejo, que vincula la salud física, la situación psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con el medio ambiente (Tonon, 2010).

Investigaciones recientes plantean que el bienestar no es un mero resultado de otras variables psicológicas, y se lo considera un importante predictor de la salud física, de la longevidad y del funcionamiento psicológico óptimo (Diener y Biswas Diener, 2008)

En este sentido, algunas investigaciones abordan la relación entre bienestar y estrategias de afrontamiento en personas con alguna enfermedad física y afirman que aquellas personas que logran encontrarle sentido positivo a su enfermedad, afrontan los factores estresantes de una forma más efectiva;

entre estas ventajas se demuestran cambios en las prioridades de la vida, en sus objetivos personales, cambios de personalidad y fortalecimiento de relaciones interpersonales (Affleck & Tennen et al, 1996; citado en Arango, Cano y col, 2012).

Se caracteriza a las habilidades de afrontamiento como una competencia para controlar y dominar de manera autónoma y efectiva las situaciones habituales adversas. Según Vázquez, Hervas, Rahona y Gómez (2009) constituye un factor clave en la determinación y progreso de los estados de salud o de enfermedad.

Cohen y Lazarus (2000) investigan la progresión de la enfermedad oncológica y detectan que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la negación y el espíritu de lucha. El espíritu de lucha alude a la visión del diagnóstico como un reto, visión optimista del pronóstico, creencias del control del curso de la enfermedad y presencia de respuestas dirigidas a combatirla. (Ferrero Berlanga, J., Toledo Aliaga, M. & Barreto Martín, M, 1995)

Algunos estudios detectan que cuando el paciente usa con asiduidad estrategias asociadas al espíritu de lucha, adquiere una mejor percepción de la calidad de vida y por ende menos estrés psicológico (Orozco Salazar, Parodi Florez y Polania Perdomo, 2001).

Cabe aclarar que el presente estudio se desprende de una investigación mayor denominada: *“Eficacia de un programa de intervención para mejorar*

la adaptación psicológica del paciente oncológico a la situación de enfermedad” (2014) que corresponde al proyecto doctoral de la directora de esta tesis.

Objetivos Generales

- Caracterizar el nivel de bienestar, la capacidad física/funcional y el espíritu de lucha, en un grupo de pacientes adultos con patología oncológica en primera fase de tratamiento activo.

Objetivos Particulares

- Explorar el nivel de bienestar (en la muestra bajo estudio).
- Explorar el espíritu de lucha (en la muestra bajo estudio).
- Explorar la capacidad física-funcional (en la muestra bajo estudio).
- Describir el nivel de bienestar, el espíritu de lucha y la capacidad física-funcional del paciente oncológico durante la primera fase del tratamiento clínico/médico.
- Describir el tipo de asociación entre las variables psicológicas y la capacidad física-funcional en la muestra bajo estudio.

Hipótesis

H. 1. El espíritu de lucha y el nivel de bienestar tienen un efecto protector sobre la capacidad física del paciente oncológico bajo tratamiento médico activo.

- **H 1.1:** Los pacientes mayor Espíritu de Lucha expresan mayor Capacidad Física-Funcional.
- **H 1.2:** Los pacientes con mayor Bienestar Subjetivo expresan mayor Capacidad Física-Funcional

Métodos y Técnicas

Muestra.

Se trata de una muestra intencional no probabilística (N = 40) en adultos de ambos sexos, no hospitalizados, de 20 a 65 años en tratamiento activo contra el cáncer y no metastásicos¹, que se atendieron en el servicio de oncología del Sanatorio Central EMHSA de la ciudad de Mar del Plata. Este estudio cumplió con las normas éticas establecidas por el código de ética de la Federación Psicológica de la República Argentina (FePRA, 2013) y por la declaración Helsinki de la asociación médica mundial (2008) en relación a los derechos de los pacientes incluidos en el estudio. Participaron del

¹ Según la estadificación del sistema TNM que es aceptada y usada por la *International Union Against Cancer*, UICC, por el *American Joint Committee on Cancer*, AJCC. y la base de datos del *Instituto Nacional del Cáncer*, en fase T1 o T2 de la trayectoria de la enfermedad.

estudio los pacientes que prestaron su consentimiento informado y voluntad personal para participar en la investigación.

Instrumentos.

Para evaluar bienestar se administra el cuestionario *Functional Assessment of cancer therapy* (FACT) diseñado para pacientes con cáncer (Cella, 1993). Incluye un cuestionario central genérico sobre calidad de vida y sub-escalas específicas de bienestar: funcional, social, emocional, físico y espiritual. Se aplica para diversos diagnósticos, tratamientos o condiciones del cáncer y es uno de los cuestionarios más usado en población oncológica general.

Para evaluar estrategias de afrontamiento se administra el *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC) se trata de un cuestionario autoadministrado para determinar respuestas desadaptadas en pacientes oncológicos. Está compuesto de 40 ítems que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico, cada ítem puede ser contestado con una de cuatro opciones las dos primeras equivalen a contestar falso y las dos últimas a contestar verdadero.

Con este cuestionario no sólo se explora las posibles respuestas al diagnóstico de cáncer sino también es considerado un método rápido de *screening* de respuestas desadaptadas (Ferrero, 1996). Los ítems del MAC pueden clasificarse en cuatro escalas o modos de afrontamiento: Espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación. A los fines

de este estudio se evaluó solo el espíritu de lucha por considerarlo la estrategia activa de afrontamiento que tendría mayor incidencia sobre variables físicas (Januzzi, van Kimmenade , Lainchbury, Bayes-Genis, 2006).

Para evaluar el estado físico-funcional se aplica el *Index Karnofsky physical capacity*, (KPS). Es una escala de 10 items desarrollada con el propósito de definir la capacidad física funcional de personas con padecimientos crónicos, inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer pero por el hecho de ser genérica, se ha aplicado a otras enfermedades crónicas.

Se la considera un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación el funcionamiento físico del paciente y una medida de progresión y desenlace de la enfermedad (Karnofsky, 1965).

Análisis de los datos.

En líneas generales y con el objeto de caracterizar a la muestra en las variables estudiadas se realizarán análisis estadísticos descriptivos (medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes). Para determinar la existencia y los niveles de asociación entre variables, se realizarán análisis de correlación lineal bivariada.

Lugar de realización del Trabajo

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Cronograma de Actividades

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Recopilación Bibliográfica	x	X	X	X		
Diseño y redacción del marco teórico	X	X	X	X		
Diseño de bases de datos			X			
Carga de protocolos			X	X		
Análisis de protocolos				X	X	
Resultados					X	
Análisis de resultados					X	
Conclusiones y sugerencias					X	X

Bibliografía

- Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., López, A. & Vinaccia, S. (2012) Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncercolorrectal, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia)
- Bárez, M., Blasco, T., & Fernández Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales De Psicología*, 19(2), 235-246.
- Brezinski D, Stone P, Muller J, Tofler G, Davis V, Parker C et al. Prognostic significance of the Karnofsky performance status score in patients with acute myocardial infarction: Comparison with the left ventricular ejection fraction and exercise treadmill test performance. *Am Heart J* 1991;121: 1374-1381.

- Camacho Borrego S. (2003) El cáncer de Pulmon. En M. Die Trill (comp.) Psicooncología. Madrid: ADES Ediciones S.L.. p 207-224
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer. Ansiedad y depresión. *Psicooncología*,2, núm1, 71-80.
- Castro Solano, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico. En A. Castro Solano (Comp), "*Fundamentos de psicología positiva*" (pp 43 - 68). Buenos Aires.Ed. Paidós.
- Cuadra H, Flourenzano R., (2003) .El bienestar subjetivo: Hacia una psicología más positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, núm 1, 83-96.
- Da Costa Neto, S. & Cavalcanti Ferrera de Araujo,T. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, núm 14, pp. 53-63.
- Diez Barroilhet, Forjaz MJ, Landivar Garrido. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Astas Esp Psiquiatr* 200533(6):390-397.
- Ferrero Berlanga, J., Toledo Aliaga, M. & Barreto Martin, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar

futuro con pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, núm 1, 87-102.

- Gaviria, A., Vinaccia, S., Rivero, M. & Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, núm 20.

- Hernández Agudelo, J., Palacios Palacio, C. (2011). *Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la Clínica Oncólogos de Occidente S.A de la ciudad de Pereira en el año 2009*. Informe final de tesis. Universidad católica de Pereira, Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de Educación. Programa de Psicología. Pereira

- Januzzi, J. L., van Kimmenade, R., Lainchbury, J., Bayes-Genis, A., Ordonez-Llanos, J., Santalo-Bel, M., Pinto, YM & Richards, M. (2006). NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure: an international pooled analysis of 1256 patients: The International Collaborative of NT-proBNP Study. *European heart journal*, 27(3), 330-337.

- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between

hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233

- Karnofsky, D A. Problems and pitfalls in the evaluation of anticancer drugs. *Cancer*1965;18: 1517-1528
- .
- Corral M.J., Matellanes M. B., Pérez Izquierdo J. (2007).En impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18, núm 2, 108-113.
- Novoa Gómez, M., Vargas Gutiérrez, R., Obispo Castellanos, S.,Pertuz Vergara, M. & Rivera Pradilla, 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*, 10, núm. 2, junio, 315-329.
- Osowiecki, D. & Compas, B.E. (1998). Psychological adjustment to cancer: Control beliefs and coping in adults cancer patients. *Cognitive therapy and research*, 22 (5), 483-499.
- Orozco Salazar, G., Parodi Florez, J. & Polania Perdomo, G. (2001). *Relaciones entre estrategias de afrontamiento y variables asociadas*

al tratamiento del cáncer con la calidad de vida. Proyecto de Tesis, Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana, Chia, Colombia.

- - Seligman, M. E. (2011). *La vida que florece.* Barcelona: Ediciones B.

- Tonon, G. (2010). La calidad de vida. En A.,Castro Solano (Comp) *Temas de Psicología Positiva.* (pp 97-110). Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Torres Aguilar, P. (2007). *Estilos de afrontamiento y sus implicancias en la progresión de la enfermedad: cáncer de mama.* Diplomado en Psicología clínica y de la Salud, Universidad de la Sabana, Chia, Colombia.

- Vázquez, C., Hervas, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones de la Psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15- 28.

- Material de filminas disponible en: <http://www.ipos-society.org>

INDICE GENERAL	Páginas
RESUMEN.....	26
INTRODUCCIÓN.....	28
CAPITULO 1: MARCO TEORICO	
- 1.1 SOBRE CANCER.....	36
- 1.2 ESPIRITU DE LUCHA.....	42
- 1.3 BIENESTAR.....	50
1.3.1 BIENTESRAR Y PSICOLOGÍA POSITIVA.....	50
1.3.2 BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA.....	53
CAPITULO 2: PROCEDIMIENTO Y METODOLOGIA	
- 2.1 PROCEDIMIENTO.....	60
- 2.2 MUESTRA.....	60
- 2.3 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	62
- 2.4 INSTRUMENTOS.....	63
CAPITULO 3: RESULTADOS.....	68
CAPITULO 4: INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	74
CAPITULO 5: CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	79

ANEXOS:

-	1. ESCALA F.A.C.T-G	92
-	2. ESCALA M.A.C	96
-	3 INDICE DE KARFOSFKY.....	103

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	34
Figura 2	35
Figura 3.....	44

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a Alicia Massone, por su guía, confianza, apoyo constante y sobre todo su paciencia, llevando adelante la supervisión del presente trabajo con respeto y dedicación sin perder nunca la alegría y el amor por la investigación.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata por darnos el espacio y la formación necesaria para desarrollar el presente trabajo.

A nuestras familias y a nuestros amigos por la compañía, la preocupación cotidiana y el apoyo incondicional en cada paso de la formación.

RESUMEN

El análisis de la enfermedad oncológica desde el punto de vista psicosocial obliga a destacar la importancia de múltiples preocupaciones que los pacientes con cáncer tienen que afrontar, a saber, problemas físicos, sentimientos de miedo, tristeza, inquietud, preocupaciones familiares, sociales y espirituales. La *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2010) la considera una enfermedad multidimensional que afecta todos los aspectos importantes de la vida del paciente. Afirma que recibir su diagnóstico y afrontar su tratamiento supone un hecho estresante tanto para las personas que lo padecen como para su familia.

Diferentes estudios establecen que entre un 30% y un 50 % de las personas con diagnóstico oncológico presentan alguna alteración psicológica, asociada a niveles elevados de depresión y ansiedad (Barroilhet Diez, Forjaz y Landívar 2005; Osowiecki y Compas, 1998; Camacho, 2003)

En el presente trabajo se propone explorar la relación entre el nivel de bienestar y la estrategia de espíritu de lucha con la capacidad/aptitud física en adultos con cáncer en etapa de primer tratamiento médico. Específicamente se propone explorar la incidencia del nivel bienestar subjetivo y el espíritu de lucha sobre la capacidad o estado físico del

paciente durante el primer tratamiento médico clínico. Se considera que los pacientes oncológicos con más espíritu de lucha y bienestar sobrellevan físicamente mejor la enfermedad.

Este estudio se basa en un diseño transversal descriptivo/exploratorio, basado en una muestra por disponibilidad (N=40) de adultos entre 20 y 65 años de ambos sexos bajo tratamiento médico activo, no metastásicos. Cumplió con las normas éticas establecidas por el código de ética de la Federación Psicológica de la República Argentina (FePRA, 2013) y por la declaración Helsinki de la asociación médica mundial (2008) en relación a los derechos de los pacientes incluidos en el estudio.

Los resultados mostraron una correlación positiva directa entre el Bienestar Subjetivo y la Capacidad Física, como también una correlación positiva entre el Espíritu de Lucha y la Capacidad Física. Se espera que los resultados de este trabajo y otros de similar naturaleza constituyan en un futuro aportes de transferencia valiosos para el desarrollo de intervenciones psicológicas en el campo de la oncología con particular énfasis en el desarrollo de estrategias de tipo positivas que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

INTRODUCCIÓN

La capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas ha sido generalmente ignorada por la Psicología tradicional, que ha dedicado todo su esfuerzo al estudio de los efectos del trauma. Recibir un diagnóstico oncológico es sin duda uno de los eventos más duros a los que se enfrentan algunas personas, la manera subjetiva de afrontarlo puede suponer una oportunidad para reestructurar las creencias personales y mejorar su perspectiva futura sobre la vida.

Según la OMS, el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes y el 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.

Dado este complejo panorama, la presente investigación surge a partir de interrogantes referidos al cáncer y su impacto emocional y psicológico. A partir de allí se enfoca en conocer la posible relación entre estrategias de afrontamiento y la capacidad física de los pacientes. Al realizar un minucioso recorrido sobre el tema, se observa el vacío teórico que presenta en esta área de la psicología Y que genera un espacio para

pensar que aportes se podían hacer desde la psicología positiva para el beneficio de personas con diagnóstico oncológico.

En algunas investigaciones se hace hincapié en la importancia de aumentar el conocimiento de la relación entre variables psicológicas y la tolerancia de los efectos secundarios del tratamiento médico para mejorar la efectividad de los mismos y optimizar la calidad de vida del paciente (Parada Lopez, 2013; Ruiz, Garde, Asuncion, del Moral, 1998; Salazar, Flores, Perdomo, 2001). En ellas se destaca que evaluar la calidad de vida de los pacientes se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la forma de proceder del personal médico que atiende al paciente, y además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y por lo tanto diseñar mejores métodos para ayudar al paciente.

Se destacan dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional y social. (Vinaccia & Orozco, 2005)

Buceta y Bueno (2000) exponen que para llevar a cabo un proceso de evaluación de los pacientes con cáncer, hay que considerar las estrategias de afrontamiento que estos usan con mayor frecuencia porque consideran que pueden influir en la evolución de la enfermedad. Sin embargo este es aún un campo en desarrollo y es prematuro afirmar una relación causal; lo cual

puede deberse a: 1) la carencia de modelos teóricos adecuados que busquen explicar la relación entre factores sociales y psicológicos con el origen y desarrollo del cáncer, 2) inconsistencias metodológicas en el diseño de investigaciones encaminados a estudiar dicha relación y a que 3) los instrumentos existentes para la evaluación de las estrategias de afrontamiento y el bienestar humano, suelen excluir categorías relevantes en el comportamiento de los pacientes con cáncer (Vázquez & Castillas, 2007). También se debe agregar la dificultad de establecer dentro de un amplio espectro de variables, cuales tendrían un mayor valor predictivo en el ajuste del individuo y las expectativas de supervivencia.

Lull, Zanier y García (2003) exponen que algunas de las variables psicológicas mayormente estudiadas con relación al cáncer, han sido la personalidad, el soporte social con el que cuenta el paciente, el estrés, la ansiedad, la depresión, la resolución y evaluación del problema, además del importante incremento de investigaciones que asocian aspectos psicológicos, y biológicos en la evolución del cáncer .

Cabe mencionar que en el campo de la psicología positiva se han estudiado tópicos de la calidad de vida como el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo y la probable relación que guardan con el funcionamiento del organismo, principalmente en la repuesta del sistema inmune (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009).

El Bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas

que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Lo central es entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000) en tanto incide sobre las acciones que la persona pone en marcha para enfrentar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Estas acciones cognitivas y conductuales configuran estilos de afrontamiento ligados a estrategias específicas, La bibliografía destaca al espíritu de lucha como elemento decisivo para un exitoso proceso de afrontamiento de la enfermedad por encima de las otras estrategias. Sobre esto, Moorey y Greer (1989), explican que el Espíritu de Lucha es la estrategia por la cual el diagnóstico de cáncer es tomado subjetivamente por el paciente como un “desafío”, como un reto personal que debe superar y vencer, y por ello las personas tienden a considerar que en cierta medida la situación de enfermedad está bajo su control personal.

Font (1994), encontró que la reducción de la calidad de vida tenía más relación con síntomas psicológicos como la ansiedad o el miedo que con síntomas físicos como el dolor o la discapacidad. El autor explica la forma en que cada persona enfrenta la enfermedad y los estresores asociados puede tener un importante impacto en su nivel de calidad de vida.

La calidad de vida, en el contexto más específico de la salud, es un constructo que se hizo popular a partir de los años ochenta, posiblemente asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbi-mortalidad que empezaron a notarse dramáticamente en algunos países desarrollados con el incremento cada vez más grande de la esperanza de vida y,

contemporáneamente, de enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores de sus habitantes. Esto llevó a finales de los años 80 al surgimiento de la expresión calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para referirse a investigaciones donde se estudiaba la calidad de vida de muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía resultado de la cronificación de diferentes enfermedades y/o accidentes. (Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007)

En lo que respecta a las investigaciones en nuestro contexto global, se destaca que en Iberoamérica, la investigación sobre calidad de vida y/o calidad de vida relacionada con la salud ha sido bastante limitada. Esto lo podemos comprobar al hacer una simple búsqueda en Internet en el Pubmed de la base de datos electrónica Medline, hecho que resulta bastante preocupante, porque los cambios en la transición demográfica en América Latina y el Caribe que se están presentando van a producir, como lo planteó recientemente un foro de la CEPAL en Santiago de Chile, el envejecimiento de sus poblaciones a un ritmo mucho más rápido del registrado históricamente en los países desarrollados dentro de un contexto caracterizado por rápidos cambios en los estilos de vida, una alta incidencia de la pobreza, una baja cobertura de seguridad social y un alto nivel de descomposición familiar (Vinaccia, 2005).

Ante este contexto se hace importante poder realizar aportes a este campo de la psicología, que abre una puerta al conocimiento de variables poco exploradas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad con gran incidencia poblacional que provoca malestar subjetivo y social. (Ferrero Berlanga, Toledo Aliaga, & Barreto Martín, 1995). Ante esto, nos surgió el interés de aproximarnos a la temática del cáncer y su relación con la Psicología e iniciar esta investigación pretendiendo hacer un aporte humilde para el campo de la Psicooncología.

Es nuestro interés conocer la relación entre la Capacidad Física y variables psicológicas como el Espíritu de Lucha y Bienestar subjetivo, brindando aportes al conocimiento para un tratamiento más global de la enfermedad.

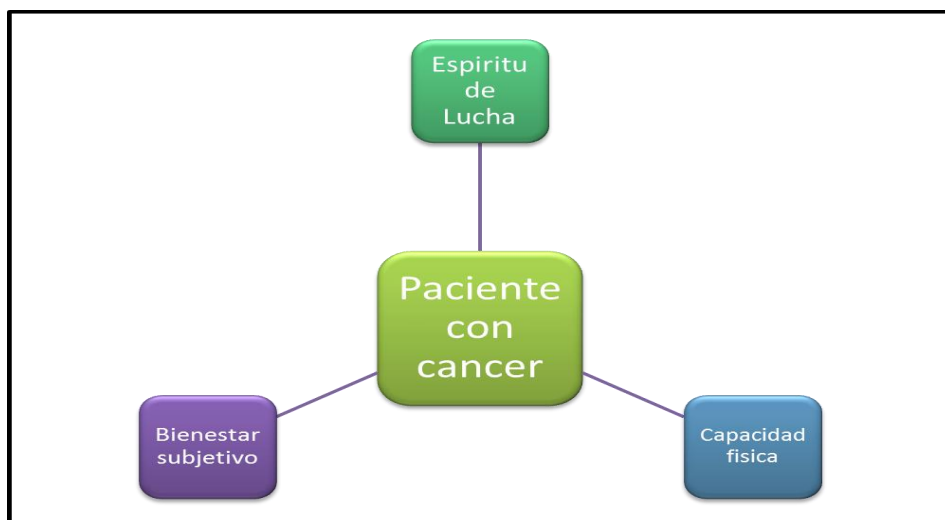
OBJETIVOS

Objetivos Generales

Describir el nivel de bienestar, la capacidad física/funcional y el espíritu de lucha, en un grupo de pacientes adultos con patología oncológica durante la primera fase de tratamiento médico activo.

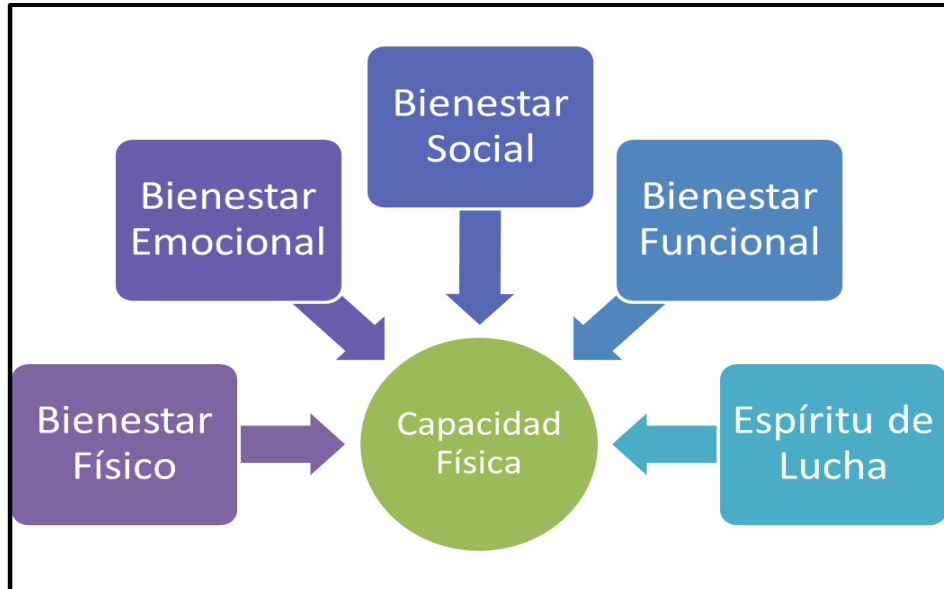
Objetivos Particulares

- Describir el nivel de bienestar (en la muestra bajo estudio).
- Explorar el espíritu de lucha (en la muestra bajo estudio).
- Explorar la capacidad física-funcional (en la muestra bajo estudio).
- Describir el nivel de bienestar subjetivo y el espíritu de lucha y la capacidad física-funcional del paciente oncológico durante la primera fase del tratamiento clínico/médico.
- Describir el tipo de asociación entre las variables psicológicas y la capacidad física-funcional en la muestra bajo estudio.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1: Problema de estudio



Fuente: Elaboracion propia

Figura 2: Relacion entre Bienestar Subejtivo (Físico, Emocional, Social y Funcioal), Espiritu de Lucha y Capacidad Fisica

CAPÍTULO 1: MARCO TEORICO

1.1 SOBRE CANCER

Según Schavelzon (1992) el cáncer, es una de las grandes enfermedades de este siglo, y como tal, cargada de mitos propios de la cultura donde surge. Desde la etimología, la palabra cáncer, palabra latina de origen griego, “karkinos” que significa cangrejo, se puede percibir la complejidad de esta mistificación. Según Galeno (130-200 DC.), médico griego de la antigüedad, el cáncer recibió ese nombre porque las venas inflamadas alrededor del tumor se asemejaban a las extremidades del cangrejo y se las observaba al examinar los tumores de mujeres con cáncer de mama.

“Cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

En nuestros días, a pesar del avance científico de nuevas alternativas terapéuticas y mayor difusión informativa, el cáncer sigue estando revestido de mitos. Alonso (2006), mencionó que a nuestro alrededor tenemos

mucha gente que se ha curado de cáncer o gente que se trata adecuadamente y convive con la enfermedad. Sin embargo, muchas veces no lo sabremos nunca porque esa gente y su entorno familiar se han encargado de ocultarlo, lo viven como un estigma social, porque están aterrorizados y prefieren no afrontar el tema o simplemente porque han elegido no informarse en profundidad. En cambio, todos los casos de personas que mueren de cáncer se conocen, tanto como la larga lista de casos de aquellos que sucumben a las enfermedades cardiovasculares y a los accidentes de tránsito. En este marco, se agranda perversamente el mito de que el cáncer es un enemigo misterioso y desconocido, que mata y no tiene tratamiento para combatirlo-

Actualmente aun la palabra “cáncer” constituye un tabú que atenta contra las acciones de salud encaminadas a la prevención y el diagnóstico precoz, generando rechazo y miedo. (Mulens Nápoles, Torres Babié, Gutiérrez, García Jordán, & Roperro Toirac, 1997)

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) ha estimado para Argentina durante el año 2012 las siguientes estadísticas:

Tabla 1: Estadísticas del cáncer en Argentina actualizadas al 2012.

ARGENTINA	Hombre	Mujer
Población (miles)	20115	21003
Número de casos nuevos de cáncer (miles)	55.0	60.2

Tasa estandarizada por edad (W)	230.4	211.8
Riesgo de contraer cáncer antes de los 75 (W)	23.5	20.7
Número de muertes por cáncer (W)		
Tasa estandarizada por edad (W)	141.6	96.7
Riesgo de morir de cáncer antes de los 75(%)	14.9	10.2
5 años de casos prevalentes, población adulta (miles)		
Proporción (por 100,000)	775.0	985.5
5 tipos de cáncer más frecuentes (clasificación definida por el número total de casos)		
	Próstata	Mama
	Pulmón	Colon rectal
	Colon rectal	Cuello de Útero
	Vejiga	Pulmón

Fuente: GLOBOCAN 2012 (IARC) Section of Cancer Surveillance (12/8/2014)

Según estos datos un número importante de la población nacional ha tenido cáncer y es probable que en un futuro cercano un número mayor de

personas lo adquiriera. Teniendo en cuenta el panorama que presentan estos índices, junto con el escaso desarrollo de investigaciones en nuestro país sobre los aportes de la psicología al tratamiento del cáncer, es importante incrementar los estudios que aborden la interacción entre variables psicológicas y física en personas con cáncer.

Una de las variables físicas más estudiada en población oncológica es el índice de dolor, popularmente, dolor y cáncer son conceptos íntimamente relacionados junto con la idea de la incurabilidad de este y la inevitabilidad de aquel. Gonzáles Barón (2003) ha insistido en que quedaría deficientemente asistido el paciente con cáncer cuyo tratamiento específico: quirúrgico, radioterapéutico o quimioterapéutico no fuera acompañado del control de síntomas emocionales.

La Psicooncología, como se ha denominado este cuerpo de conocimiento, se centra en el conocimiento de las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer, desde 2 perspectivas: a) los aspectos psicológicos, sociales y conductuales que influyen en la morbilidad y mortalidad (perspectiva psicobiológica) y b) las respuestas psicológicas de los pacientes frente a cada una de las etapas de la enfermedad (perspectiva psicosocial).

La evidencia científica sobre la aplicación de la psicología al ámbito de la oncología avala los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional a la enfermedad, en la reducción de síntomas asociados a los tratamientos, en una adecuada adhesión a éstos,

en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, en la recuperación del superviviente, en la calidad de vida del enfermo y su familia (González Navarro, 2003)

Desde la psicooncología, el cáncer es considerado una fuente de estrés, y los cambios corporales que durante ésta enfermedad ocurren, abruma la capacidad adaptativa, física y psicológica del paciente y trae como consecuencia, ciertas alteraciones emocionales y de comportamiento que deben ser consideradas como una crisis (Bello, 1998). No obstante, Las enfermedades graves como el cáncer pueden vivirse tanto como una experiencia traumática, como así también como un impulso para realizar cambios vitales positivos o. crecimiento postraumático. Los estudios que se enfocan en esta línea se centran en el trabajo sobre emociones positivas para llegar a potenciar el crecimiento postraumático.

Según Poseck (2006) la psicología se ha ocupado históricamente en las debilidades humanas, generando un fenómeno que ha sesgado ampliamente el estudio de la mente humana. Así, la focalización exclusiva en lo negativo ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y que ha contribuido a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Gilham & Seligman, 1999).

Contreras y Esguerra (2006) han sugerido que el énfasis en lo patológico estuvo influido por la Segunda Guerra Mundial, período en el que

la psicología se consolidó como una disciplina dedicada a la curación y a la reparación de daños, bajo el modelo biomédico dominante en ese entonces. No obstante antes de la guerra, los objetivos de la psicología no solo estaban orientados hacia la curación de los trastornos mentales, sino que sus acciones debían contribuir a que la vida de las personas fuera más productiva y plena. Tras la guerra y por diferentes circunstancias, estos últimos objetivos fueron rezagados y la psicología se dedicó exclusivamente al tratamiento del trastorno mental y a aliviar el sufrimiento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Las ideas de la psicología humanista de la década del 60 con autores como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm, acerca de la necesidad del estudio de la “parte positiva” de la existencia humana han aportado un soporte científico a esta parte descuidada de la psicología.

Desde esta perspectiva las emociones positivas, se relacionan de forma directa con la salud, para prevenir enfermedades, reducir la intensidad/ duración de las mismas y también para incrementar el bienestar subjetivo

(Lyubomirsky, King y Diener, 2005; citados en Vecina, 2006).

Desde esta visión y por las características y complejidad de la enfermedad oncológica es importante abordarla desde variables positivas que contribuyan al esclarecimiento de la relación entre lo físico y lo emocional, por ello esta tesis se enfoca en el estudio del bienestar, de las

estrategias de afrontamiento más beneficiosas para afrontar la enfermedad y su relación con parámetros físicos de salud.

Se desarrolla a continuación la caracterización del Espíritu de Lucha como un estilo activo y positivo de enfrentar la enfermedad oncológica.

1.2 ESPÍRITU DE LUCHA

Como se viene describiendo, la Psicología Positiva se enfoca en el estudio de las fortalezas también en personas con enfermedad física (Carr, 2007) e intenta responder los interrogantes de la psicología de la salud, a saber, 1) el aumento de la salud y el bienestar de las personas; 2) aumentar la calidad de vida; 3) desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación de las personas ante la enfermedad y desarrollo de hábitos saludables, (Prada, 2005)

La psicología positiva de la salud estudia fundamentalmente tópicos asociados a la calidad de vida, el bienestar psicológico, habilidades de afrontamiento de la enfermedad y la relación que guardan con el funcionamiento del organismo, principalmente en la respuesta del sistema inmune (Vázquez, Vázquez, Hervás, Rahona, Gómez 2009).

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como

excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición ha sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud.

Asimismo, el afrontamiento del cáncer se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante la enfermedad, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes, es decir lo que piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer (Watson y Greer, 1998)

Una revisión de la investigación de Moorey y Greer (1989), hecha por Soriano. J. (2002) mostró que los autores plantearon un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “*esquema de supervivencia*” considerado como la *capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad*. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (*¿Qué amenaza supone la enfermedad?*), el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (*¿Qué puede hacerse frente a ella? ¿Se puede controlar?*) y también la visión del pronóstico que posee el enfermo (*¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?*). La aplicación del *esquema de supervivencia* supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

	Espíritu de lucha	Evitación/ Negación	Fatalismo/ Aceptación estoica	Desamparo/ Desesperanz a	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Res. Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Fuente: Moorey y Greer (1989)

Figura 3: Esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989)

Moorey y Greer (1989), señalaron que estos cinco tipos de estrategias de afrontamiento son las más comunes en pacientes ante el diagnóstico de cáncer:

- **Espíritu de lucha:** el diagnóstico de cáncer es tomado subjetivamente por el paciente como un “desafío”, como un reto personal que debe superar y vencer, el paciente considerar que en

cierta medida la situación de enfermedad está bajo su control personal.

- Negación: El diagnóstico se percibe como una amenaza, y por lo tanto el paciente rechaza admitir la realidad tal como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que padece no es cáncer o que es un “cáncer benigno”.

- Fatalismo: El paciente acepta pasivamente la amenaza, considerando que por sí mismo no puede ejercer ningún control sobre ella y se permite caer “ a su suerte”.

- Preocupación ansiosa: desarrolla un estado de ansiedad y fuerte preocupación ante una situación que considera gravemente amenazadora.

- Indefensión: El paciente puede percibir el diagnóstico como una pérdida del estado de bienestar o de algo que nunca se va a volver a recuperar, en ese caso se suele dar una sensación de desesperanza o desamparo.

Según estos autores, las dos estrategias que predicen un buen pronóstico a nivel de adaptación psicosocial son la negación y el espíritu de lucha.

Estos han destacado el espíritu de lucha como elemento decisivo para un exitoso proceso de afrontamiento de la enfermedad, como así también enfatizan los aspectos del comportamiento del paciente que no

facilitan un proceso positivo de afrontamiento de la enfermedad como son el fatalismo o la desesperanza. De esta manera, Montoya y Vergara (2009), afirmaron que las personas que padecen cáncer pueden vivirlo como una crisis vital que pone a prueba la capacidad de adaptación del enfermo porque actúa en cierto modo como un detonador de crisis vital que lleva a que las personas pongan en práctica distintas modalidades para afrontarlo.

Siguiendo el hilo de las investigaciones que destacan la importancia del tipo de afrontamiento ante el cáncer, Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt (1998) han observado en pacientes con cáncer de mama, que una mayor sensación de desesperanza y un menor espíritu de lucha (según la puntuación obtenida en las subescalas del MAC) guarda una estrecha relación con una peor adaptación a la enfermedad (entendida como una mayor presencia de depresión y ansiedad) y peor calidad de vida. Resultados similares han sido obtenidos recientemente en un estudio longitudinal con población española realizada por Báñez (2002).

Por otro lado, un estudio realizado por Ruiz, Garde, Ascunce, del Moral, (1998), sobre mujeres con cáncer de mama mostro que los distintos estilos de afrontamiento son utilizados por todas las mujeres en distintos momentos y con distintas frecuencias. Sin embargo los estilo de afrontamientos negativos de “indefensión/desesperanza” y “preocupación ansiosa” son utilizados con mayor frecuencia por las personas que tienen niveles altos de ansiedad y depresión, mientras que el espíritu de lucha es la

estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad. La calidad de vida percibida se ve seriamente afectada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión.

Las estrategias de afrontamiento se han evidenciado a lo largo de los años como predictores importantes del ajuste psicosocial y supervivencia. En diversos estudios, citados por Durà, Ibañez (2000) de seguimientos en pacientes con cáncer de mama (Greer, Morris y Pettingale, 1979) han encontrado una supervivencia significativamente mayor a los 5, 10 y 15 años en pacientes que presentaban espíritu de lucha y negación como estrategias de afrontamiento preponderantes.

En este sentido, un reciente estudio con 172 adultos supervivientes de diferentes diagnósticos de cáncer (Schoevers, Kraaij & Garnefski, 2011) indicó que las distintas formas de afrontar el cáncer generan diferencias en el bienestar psicológico de estas personas. Sugiere que la evitación de pensamientos relacionados con la enfermedad se relaciona con un menor nivel de bienestar y de autoconfianza, peores relaciones sociales y menor sentido vital; en definitiva, dicho estilo de afrontamiento basado en la negación potenciaría las experiencias negativas. En contraposición,

las estrategias de afrontamiento relacionadas con una reevaluación positiva y reestructuración de objetivos vitales se relacionan con mayores experiencias positivas, esto es, con un mayor nivel de crecimiento postraumático.

Dicho estudio vino a reafirmar otro estudio anterior realizado con 70 mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales que arribaba a conclusiones similares. (Stanton, Danoff-Burg y Huggins, 2002).

Parada Lopez (2013), mediante un diseño longitudinal, estudió la relación entre las evaluaciones cognitivas y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, como predictores de bienestar; obteniendo como resultado que el *espíritu de lucha* se asoció significativamente a una percepción de mejor calidad de vida y con menores niveles de distrés psicológico, aunque dicha percepción era mayor en pacientes con diagnósticos menos agresivos. La autora destacó que es importante mencionar que las *estrategias de afrontamiento* difieren de los *mecanismos de defensa* ya que estos funcionan a nivel inconsciente y actúan de forma automática como conductas de evitación ante un determinado acontecimiento estresante, mientras que las estrategias de afrontamiento actúan a nivel consciente y requieren la puesta en marcha de respuestas esforzadas que hagan frente a una situación estresante

Por otro lado, en un estudio realizado por Torrez Aguilar, (2007) se concluyó que existe una estrecha correspondencia entre los términos afrontamiento y confrontación, como una forma de mantener el control frente a una situación, que se evalúa como amenaza. Así, por ejemplo, las personas que manifiestan tener un mayor malestar físico son aquellas que presentaban como característica personal ser más pesimista que optimista (Remor, 2006).

Así también, en un estudio llevado adelante por Berlanga, Arriaga y Martin (1995) concluyeron que: el tipo de relaciones encontradas entre las dimensiones de afrontamiento y el bienestar psicológico es plenamente coincidente con lo presentado en la literatura (por ejemplo Friedman, Nelson, Baer y otros, 1990; Watson, Greer, Rowden y otros, 1991) que explican que aquellas dimensiones que vienen definidas por una menor percepción del control o por mayores tasas de amenaza o pérdida (fatalismo/desamparo) se asocian a peores resultados psicológicos; mientras que las que implican sensación de control y percepción de la situación como un reto (espíritu de lucha) dan lugar al patrón emocional contrario.

1.3 BIENESTAR

1.3.1 BIENESTAR Y PSICOLOGIA POSITIVA

La Psicología Positiva al centrarse en las fortalezas y virtudes de los seres humanos, convierte la felicidad y el bienestar en temas centrales de interés. Al respecto Castro Solano (2011) ha mencionado: “¿Qué hace feliz a las personas? ¿Cuáles son los caminos para alcanzar una vida plena? Estas preguntas han ocupado la mente de filósofos y pensadores a lo largo de la historia de la humanidad y ya dentro del campo de la psicología durante las cuatro últimas décadas constituyó uno de los temas más complejos y más fuertemente debatidos (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick & Wissing, 2011). La naciente psicología positiva intentó responder a estas preguntas y ha sentado las bases científicas del estudio de la felicidad con el propósito de construir teorías explicativas y derivar aplicaciones e intervenciones específicas dirigidas al incremento del bienestar de las personas.”

Asimismo según Vázquez, Herbás, Rahona y Gómez (2009) históricamente el foco de las intervenciones en salud apuntaba a la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias antes que el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. Han considerado que en el ámbito de la psicología el énfasis en los estados psicológicos positivos, como factores protectores de la salud física y mental, y especialmente la relación existente entre los estados psicológicos positivos y su repercusión en el

desarrollo de enfermedades se ha comenzado a estudiar en las últimas dos décadas.

Castro Solano (2011) sostuvo que las concepciones modernas del bienestar orientan sus investigaciones en dos direcciones: el bienestar hedónico y el bienestar eudaemónico (Waterman, 1993; Ryan & Deci, 2001).

La perspectiva hedónica, define el bienestar como la presencia de afectos positivos y la ausencia de afectos negativos. El concepto central en la corriente hedónica de la Psicología moderna, es el bienestar subjetivo e incluye habitualmente dos elementos: el balance afectivo (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo.

Por su parte, la perspectiva eudaimónica supone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de las negativas, sino que refiere a vivir de forma plena o dar realización a potenciales humanos más valiosos, piensa que el bienestar se establece en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno con el que las personas se sienten vivas y auténticas.

Castro Solano (2011) señaló que el hedonismo incluye el estudio de la felicidad desde la perspectiva de las emociones positivas y de la satisfacción con la vida (Diener et al. 1985; Diener, 2000; Pavot & Diener, 2008). En este sentido una persona feliz es la que experimentó mayores emociones positivas por sobre las negativas o que de forma disposicional tiende a ser

más feliz, ya que el nivel de emocionalidad positiva está muy ligado a la personalidad y a los componentes genéticos heredables (Avia y Vázquez, 1998; Costa & McCrae, 1992). Desde esta perspectiva hedónica autores como Diener (2008) y Fredrickson (2001) demostraron el importante papel de la satisfacción vital y de las emociones positivas en el logro de la felicidad.

Otros autores recuperaron los conceptos de la tradición griega y centraron el bienestar en la realización de actividades virtuosas y en el significado de la vida. El bienestar estaría más orientado hacia una vida eudaemónica que hacia una orientación puramente hedonista. La felicidad desde este punto de vista está en relación con el crecimiento, la realización personal y el compromiso con las metas y los valores compartidos a nivel social (Ryff, 1989).

Incluso Vasquéz y Castilla (2007) afirmaron que las medidas de bienestar eudaimónico suelen tener una relación mayor con la salud física que el bienestar hedónico, si bien las razones no son claras es posible que el bienestar eudaimónico se relacione con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo y plazo a través de búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste (ej.: dar sentido a la experiencia, buscar lo positivo de lo que nos sucede, efectuar ajustes de planes vitales, etc.) mientras que el bienestar hedónico, esté más relacionado a la satisfacción y disfrute de circunstancias inmediatas.

Si bien el bienestar es un concepto de importancia en la población general y particularmente en poblaciones con enfermedades físicas se trata

de un constructo teórico incluido dentro de otro multidimensional denominado Calidad de Vida.

1.3.2 BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

En este sentido para Carr (2007) la calidad de vida es un constructo mucho más amplio que el bienestar subjetivo. Menciona que se trata de un constructo complejo que abarca varios ámbitos distintos entre los que se encuentran el estado de salud, la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana, la situación laboral, las oportunidades de dedicarse a intereses recreativos, la actuación social en el campo de las amistades y las relaciones, el acceso a servicios sanitarios, el nivel de vida y el bienestar general. No todas las medidas de la calidad de vida abarcan todos estos ámbitos. Se han desarrollado varias medidas de la calidad de vida, incluyendo medidas de la calidad de vida en general, la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida en el caso de enfermedades concretas con el fin de evaluar una variedad de poblaciones entre las que se incluyen adultos con enfermedades físicas (Gill & Feinstein, 1994), niños con enfermedades físicas (Eiser & Morse, 2001), adultos con trastornos psiquiátricos y psicológicos (Lehman,1999) y personas con discapacidades intelectuales (Hughes,1995).

Para Schwartzmann (2003) la evaluación de calidad de vida en un paciente con cáncer representa el impacto que la enfermedad y su

consecuente tratamiento tienen sobre la autopercepción del paciente de su bienestar. Consideró que la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

En este sentido, Rodríguez-Marín (1998) la calidad de vida es una evaluación global de la experiencia subjetiva de su vida sobre la base de diferentes áreas fundamentalmente su estado físico, funcional, psicológico y social. Define la calidad de vida como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos y efectos.

Para García-Viniegras (2007), la calidad de vida relacionada con la salud, pretende valorar aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de síntomas de la enfermedad. Incluye, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social. No hay dudas de que la percepción del estado de salud en cualquier individuo influirá considerablemente en la calidad de vida percibida o bienestar psicológico. En el caso de los enfermos crónicos, debemos esperar que la salud percibida pase a ocupar un papel determinante sobre dicho bienestar.

La misma autora observo que algunos pacientes graves evalúan muchos aspectos de su calidad de vida de forma más favorable que otros con trastornos más benignos, demuestra que la calidad de vida se hallaría

determinada por factores de tipo subjetivo y no sólo por su estado de salud objetiva. (Grau Avalos, García-Viniegras & Hernández Menéndez, 2006)

Font (1994) en un estudio sobre cáncer y calidad de vida concluyó que la disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos, pacientes con estatus de salud similar pueden presentar importantes diferencias en cuanto a su percepción de la propia calidad de vida asociada a la enfermedad.

En una investigación sobre calidad de vida en personas con enfermedades crónicas Vinaccia y Orozco (2005) hallaron que algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aún sentirse afortunados de recibir una terapia, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es.

Estos autores han considerado que evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, conocer al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación médico- paciente; y facilitar la rehabilitación de los mismos (Bayes,1994).

Vinaccia et. Al. (2005) sugirieron que los pacientes oncológicos, al igual que en otros enfermos crónicos, el concepto de calidad de vida se

analiza desde una perspectiva multidimensional, que pretende evidenciar el nivel de bienestar físico, psicológico y social relacionado con la enfermedad y el tratamiento; implicaría tener en cuenta la idiosincrasia de cada individuo, su cultura, percepción de la enfermedad, evolución y pronóstico.

La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida hace referencia a: el estado funcional (habilidades para trabajar, tiempo libre, capacidad de desplazamiento, realización de actividades domésticas diarias); síntomas producidos por la enfermedad y aspectos adversos del tratamiento (dolor y malestar, náuseas, vómito, adormecimiento y hormigueos de extremidades superiores e inferiores, malestar corporal general e insomnio, entre otros) y percepción de bienestar psicológico y emocional (cantidad y calidad de actividades, desempeño sexual, ansiedad, depresión, estrés, delirium, agresión, baja autoestima, sentimientos negativos o positivos, memoria, concentración y aprendizaje) (Kavan, Engdhal & Kay, 1995).

Font (1994) ha mencionado que el estudio científico de la calidad de vida en pacientes con cáncer es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante y diferente del nivel biológico/fisiológico.
- Conocer mejor los aspectos secundarios de los tratamientos
- Profundizar el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad
- Evaluar mejor las terapias paliativas

- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas
- Facilitar la rehabilitación de pacientes.

Según Font (1998) la calidad de vida en el paciente oncológico podría definirse como la valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo. Concluyó que la preservación de la calidad de vida se relaciona fundamentalmente con la no presencia o poca presencia de malestar emocional y físico como también con la utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación.

La literatura en enfermedades crónicas reconoce el papel de la cognición de la enfermedad como un mediador entre el estrés y el bienestar de los pacientes y en la manera en que estos perciben y piensan sus enfermedades explican muchas de las diferencias individuales en su estado de salud físico y psicológico, inherentemente relacionado con la calidad de vida del paciente.

En una investigación llevada a delante por Prieto Fernández (2004) se concluyó que el estrés influye en la respuesta inmunológica, en el desarrollo y progresión del cáncer. Incluye a las habilidades de afrontamiento como

otra variable psicológica que está relacionada con estas expectativas de autoeficacia y que también influye sobre el desarrollo del estrés asociado a la enfermedad.

Una variable que también tiene impacto sobre la calidad de vida de estos pacientes es la propia percepción de su estado físico, según McCaul, Sandgren, King y cols, (1999) la sensación de cansancio, fatiga y agotamiento físico inciden sobre la calidad de vida. Cardenal y Oñoro (1999) sostienen que el 90 % de los pacientes manifiestan que el cansancio físico disminuye su capacidad para llevar adelante sus actividades cotidianas e impacta negativamente en su propia calidad de vida.

Karnofsky (1948) define a la capacidad física como el estado funcional de pacientes oncológicos. Este índice funcional ha sido ampliamente utilizado en estudios clínicos mostrando buena correlación con otras medidas del bienestar y la calidad de vida, ha sido ampliamente usado para establecer criterios de conveniencia para determinados tratamientos en pacientes con cáncer, medir de forma global el estado funcional, predecir la evolución y supervivencia en dichos pacientes, valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos, y como indicador de calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral y cáncer de pulmón(Puiggròs, et al. 2009).

En esta investigación se plantea que el espíritu de lucha - como estrategia de afrontamiento de la enfermedad oncológica- y el nivel de bienestar podrían proteger el estado físico del paciente de los efectos adversos del diagnóstico oncológico y sus tratamientos médicos.

Es decir, los pacientes que afrontan la enfermedad con espíritu de lucha y buen nivel de bienestar toleran mejor el impacto del diagnóstico y tratamiento.

HIPOTESIS

H 1. El espíritu de lucha y el bienestar subjetivo tienen un efecto protector sobre la capacidad física del paciente oncológico.

H 1.1: Los pacientes mayor Espíritu de Lucha expresan mayor Capacidad Física-Funcional.

H 1.2: Los pacientes con mayor Bienestar Subjetivo expresan mayor Capacidad Física-Funcional

2. PROCEDIMIENTO Y METODOLOGIA

2.1 PROCEDIMIENTO

Este proyecto de tesis se desprende del proyecto doctoral de la directora de la presente investigación, titulado “Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad” (Massone, 2010).

2.2 MUESTRA

Se trató de una muestra intencional no probabilística (N = 40) en adultos con enfermedad oncológica, diagnosticada por médicos del Servicio de Oncología del Sanatorio Central EMHSA de la ciudad de Mar del Plata. Como se muestra en la Tabla 1, del total de la muestra un 35% eran mujeres y 65% hombres, la edad promedio fue de 50,5 años con un rango de 21 a 74 años.

Criterios de Inclusión.

Los sujetos incluidos cumplen los siguientes criterios:

- Diagnóstico de cáncer.
- Localización tumoral variada.
- Ausencia de metástasis distal.
- En etapa inicial de la enfermedad.

- En fase de primer tratamiento activo.
- No hospitalizados.
- Sin enfermedades concomitantes diagnosticadas.
- Mayores de 18 años y menores de 75 años.
- Que no estén bajo tratamiento psicológico ni psiquiátrico al momento del estudio.

- Con consentimiento informado y voluntad para participar del estudio.

El presente trabajo, cumplió con las normas éticas establecidas por el código de ética de la Federación Psicológica de la República Argentina (FePRA, 2013) y por la declaración Helsinki de la asociación médica mundial (2008) en relación a los derechos de los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 1. Características de la muestra

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentajes
Sexo	Masculino	14	35,0
	Femenino	26	65,0
Edad			
E. Civil	Soltero	7	17,5
	Casado	26	65,0
	Divorciado	3	7,5
	Viudo	4	10,0
Estudios	Primario	11	27,5

	Secundario	10	25,0
	Terciario/Universit.	9	22,5
Localización tumoral	Colon	12	30,0
	Ganglio	1	2,5
	Cabeza	1	2,5
	Ginecológico	1	2,4
	Hígado	4	10,0
	Mama	13	32,5
	Pulmón	5	12,5
	Testículo	1	2,5
	Tiroides	1	2,5

2.3 DISEÑO DE INVESTIGACION

La presente tesis se ha centrado en analizar cuál es el nivel o estado de diversas variables en un momento dado, para ello se aplicó un diseño transversal descriptivo/exploratorio en el cual se trabaja sobre las variables Capacidad Física, Espíritu de Lucha y Bienestar Subjetivo en pacientes oncológicos.

La técnica de muestreo utilizada ha sido de tipo no probabilística por disponibilidad y se respetó la voluntad de participación de los sujetos del estudio.

2.4 INSTRUMENTOS

Para evaluar bienestar se administró el cuestionario Functional Assessment of cáncer Therapy (FACT) diseñado para pacientes con cáncer (Cella, 1993). Incluye un cuestionario central genérico sobre calidad de vida y sub-escalas específicas de bienestar: funcional, social, emocional y físico. Se aplica para diversos diagnósticos, tratamientos o condiciones del cáncer y es uno de los cuestionarios más usado en población oncológica general.

Para la presente investigación se utilizó un protocolo que consta de 26 ítems representados en 4 sub-escalas: Bienestar físico (7 ítems), Bienestar Social Familiar (6 ítems), Bienestar Emocional (6 ítems), Bienestar Funcional (7 ítems).

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 niveles que van desde 1 (nada) a 5 (muchísimo). El puntaje de cada sub escala se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems. Para efectuar la calificación de la sub escala algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso de modo tal que los valores finales reflejen el hecho de que mayores puntajes correspondan a una mejor calidad de vida.

El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de 89 posee alta consistencia interna. Se analizó la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna obteniendo todos los ítems valores inferiores o iguales al Alfa global (con un rango de 88 a 89).

Para evaluar estrategias de afrontamiento se administró el Mental Adjustment to Cáncer Scale (MAC) (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess Robertson, 1988). Se trata de un cuestionario autoadministrado para determinar respuestas desadaptadas en pacientes oncológicos. Está compuesto de 40 ítems que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico, cada ítem puede ser contestado con una de cuatro opciones las dos primeras equivalen a contestar falso y las dos últimas a contestar verdadero.

Con este cuestionario no sólo se explora las posibles respuestas al diagnóstico de cáncer sino también es considerado un método rápido de screening de respuestas desadaptadas (Ferrero, 1996; Bares Villoria, 2006). Los ítems del MAC pueden clasificarse en cuatro escalas o modos de afrontamiento: Espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación. A los fines de este estudio se evaluó solo el espíritu de lucha por considerarlo la estrategia activa de afrontamiento que tendría mayor incidencia sobre variables físicas (Januzzi y Bayés, 2006). Los mismos autores del cuestionario (Greer et al., 1994) establecen el puntaje de corte en 47/48 puntos, puntuación igual o mayor de 48 puntos indica buen espíritu de lucha, el sujeto posee estrategias adecuadas de

afrontamiento al cáncer y buena adaptación, con ausencia de alteraciones emocionales serias. Una puntuación de 47 puntos o inferior es interpretada como bajo espíritu de lucha, presuponiendo una adaptación deficitaria a la situación de enfermedad y elevada inestabilidad emocional.

Este estadístico está calculado sobre los 40 ítems y en 40 casos, el valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de 43, posee una consistencia interna media-baja. El análisis de los ítems mediante el Alfa de Cronbach si se eliminan uno a uno cada elemento mostro alfas con un rango de 36 a 51

Para evaluar el estado físico-funcional se aplicó el Index Karnofsky physical capacity, (KPS) (Karnofsky , Abelman , Graver , et al., 1948)..Es una escala de 10 ítems desarrollada con el propósito de definir la capacidad física funcional de personas con padecimientos crónicos, inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer pero por el hecho de ser genérica, se ha aplicado a otras enfermedades crónicas.

Se la considera un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación el funcionamiento físico del paciente y una medida de progresión y desenlace de la enfermedad (Karnofsky, 1965).

Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas. Es un elemento predictor independiente de mortalidad en patologías oncológicas y no oncológicas. Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.

Un Índice Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

Los puntajes se categorizan entre actividad normal y moribundo, a saber, 100-80: capaz de trabajo y actividad normal, sin cuidados especiales
70-50: no apto para el trabajo, capaz de vivir en su casa y satisfacer la mayoría de sus necesidades, necesita ayuda de importancia variable; 40-20: necesita asistencia equivalente a la de un hospital; 10: terminal irreversible, moribundo. Un puntaje elevado significa que el paciente está en mejores condiciones para llevar a cabo las actividades diarias. En este estudio para un mejor manejo de los datos, se agruparon en 4 las escalas:

0 = Moribundo

1= Incapaz de satisfacer sus necesidades personales

2= Satisface sus necesidades personales pero no trabaja

3= Actividad normal

Este estadístico está calculado sobre los 40 items y 40 casos, el valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de 43, posee una consistencia

interna media-baja. El análisis de los ítems mediante el Alfa Cronbach si se eliminan uno a uno cada elemento mostro alfas con un rango de 36 a 51.

DESCRIPCION DEL ANALISIS DE DATOS

Se utilizó el programa SPSS. Versión 15.0 para el análisis estadístico.

En líneas generales y con el objetivo de caracterizar a la muestra en las variables estudiadas se realizaran análisis estadísticos descriptivos (medidas de tendencia central y frecuencias). Para determinar la existencia y los niveles de asociación entre variables, se realizaran análisis de correlación lineal bivariada.

Se espera encontrar una correlación positiva directa entre la Capacidad Física, el Bienestar subjetivo (en cada una de sus sub-escalas) y el Espiritu de Lucha en la muestra bajo estudio.

CAPITULO 3: RESULTADOS

En la tabla 2, se presenta el análisis descriptivo de las variables Espiritu de Lucha y Bienestar Subjetivo.

Tabla 2: Estadística descriptiva.

	BS	Espíritu de Lucha
Media	85,17	42,60
Desvío Estandar	14,98	6,89
Puntaje de referencia	82	47
Metaanálisis	Bellver, 2007	Watson, Haviland, Greer & Davison, 1998

Se observa que la muestra bajo estudio supera el nivel de bienestar promedio reportado en la bibliografía, según el estadístico d de Cohen la diferencia de medias estandarizada entre los dos grupos para la variable Bienestar es baja ($d= 0,17$). El espíritu de Lucha en la muestra en estudio es inferior al reportado en el meta-análisis (Watson, Haviland, Greer & Davison, 1998) según el estadístico d de Cohen la diferencia de medias estandarizada entre los dos grupos es moderada ($d= -0,69$).

Para dar mayor claridad a los resultados obtenidos, en los Gráficos 1 y 2 se presentan las variables EL y BS en la muestra bajo estudio.

Grafico 1: Estadística descriptiva – Espiritu de Lucha

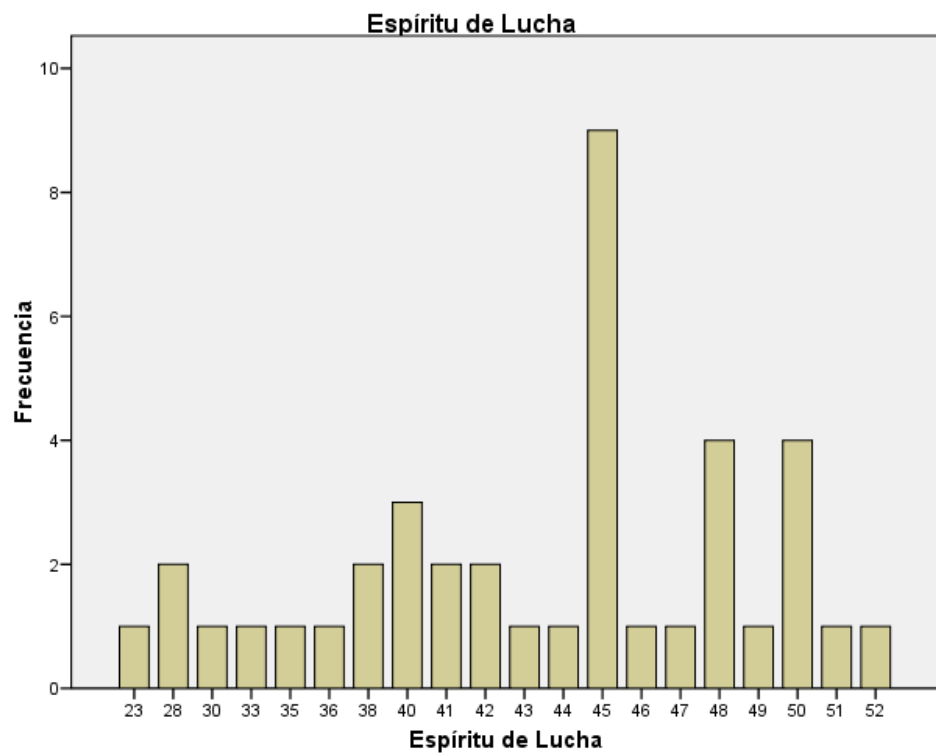
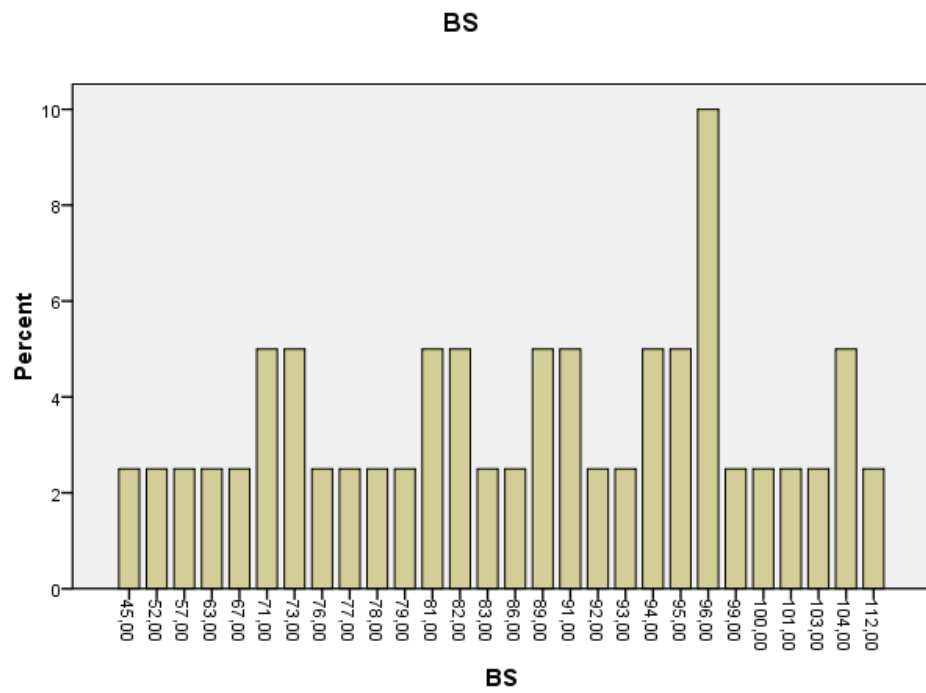


Grafico 2: Estadística descriptiva- Bienestar subjetivo.



En la Tabla 2 se presentan los resultados de la variable Capacidad física medida en porcentaje.

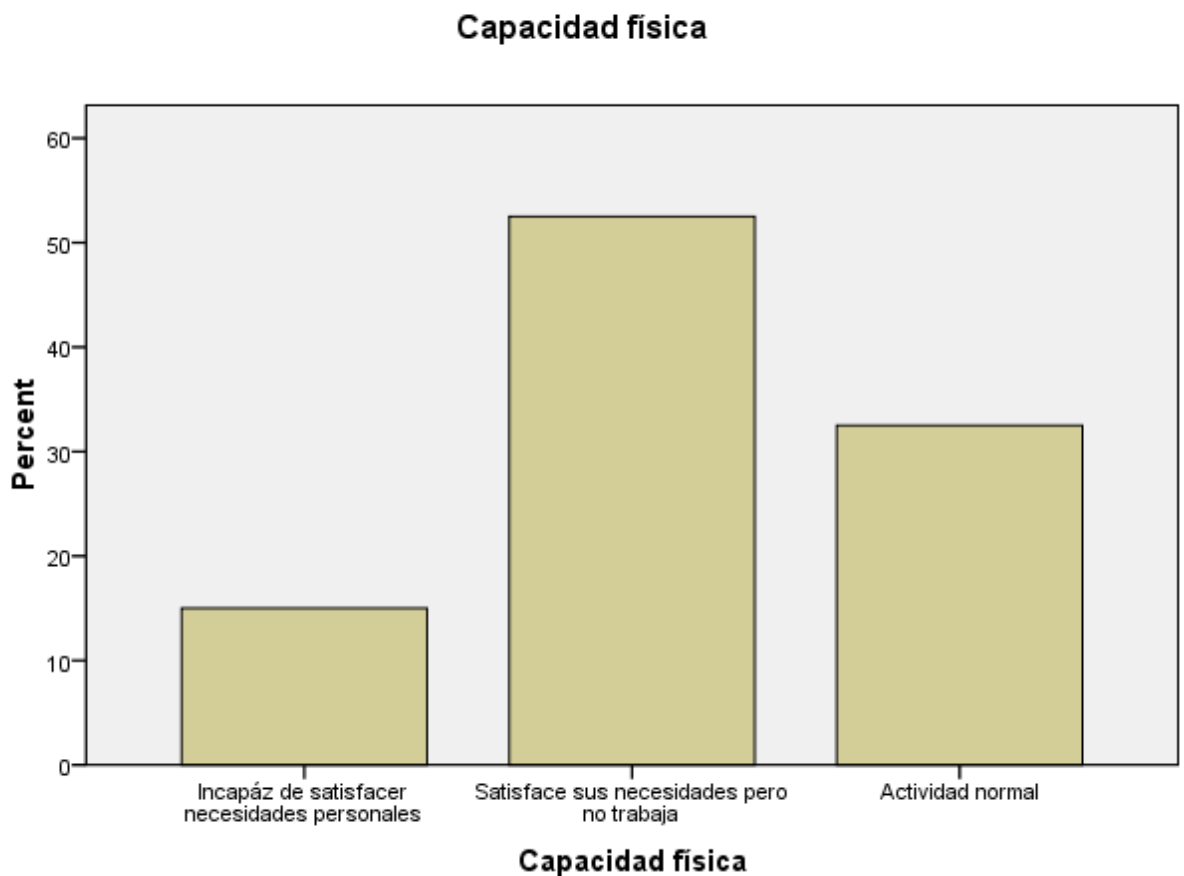
Tabla 2: Análisis descriptivo de la Capacidad física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Incapaz de satisfacer necesidades personales	6	15,0	15,0	15,0
Satisface sus necesidades pero no trabaja	21	52,5	52,5	67,5
Actividad normal	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Se observa que el 52% de las personas en estudio satisfacen sus necesidades físicas sin trabajar y el 32 % tienen una actividad normal,

Para dar mayor claridad en los resultados obtenidos, en el Grafico 3 se presenta la variable CF

Grafico 3: Estadística Descriptiva- Capacidad Física



Se calculó la correlación parcial entre el EL y el BS controlando el posible efecto de las variables edad, género y nivel de estudios. El coeficiente de correlación parcial obtenido entre las variables EL y BS tras eliminar el efecto del género, edad y nivel educativo es de 0,417 con un nivel crítico $p= 0,030$ significativo, es decir entre las variables existe una asociación positiva significativa que no se ve alterada luego de controlar el efecto las otras variables.

Para cuantificar la asociación entre capacidad física, espíritu de lucha y bienestar subjetivo se calcula el coeficiente de correlación Eta (Tabla 3)

Tabla 3: Asociación entre Capacidad Física, Espíritu de Lucha y Bienestar Subjetivo .Coeficiente de Correlación Eta.

Capacidad Física	Eta	Errot asint.a	tip T aprox. ^b	Sig. Aprox.
Espíritu de Lucha	,090	,190	,559	,580 ^c
Bienestar Subjetivo	,074	,153	,457	,650 ^c

a. No suponiendo que la hipótesis nula.

b. Usando el error estándar asintótico suponiendo que la hipótesis nula.

c. Basado en la aproximación normal.

Se observa un valor de Eta positivo para las dos variables que permite suponer que a mayor Bienestar Subjetivo y mayor Espíritu de Lucha mayor Capacidad Física. Las personas que mostraron mayor EL y mayor BS también reportaron mayor capacidad física.

CAPITULO 4. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El objetivo general del presente estudio se basó en caracterizar el Bienestar Subjetivo, la Capacidad Física/Funcional y el Espíritu de Lucha, en un grupo de pacientes adultos con patología oncológica durante la primera fase de tratamiento activo. Particularmente se buscó explorar y describir el nivel de Bienestar Subjetivo, el Espíritu de Lucha y la Capacidad Física-funcional en la muestra bajo estudio y analizar la asociación entre dichas variables psicológicas y la capacidad física-funcional.

La hipótesis del estudio sostenía que los pacientes oncológicos bajo estudio, que afrontan el tratamiento médico con más Espíritu de Lucha y mayor Bienestar, manifiestan mejor estado físico-funcional.

Para cumplir los objetivos, se administraron las escalas FACT, MAC y el índice Karnofsky. Para evaluar los resultados comparamos nuestros resultados con los que presentan estudios anteriores, tomando como referencia respecto de la escala FACT los estudios de Bellver, (2007).

Para evaluar el Espíritu de Lucha en la muestra se tomó como referencia los puntajes obtenidos en la escala MAC de los estudios de Watson (Watson, Haviland, Creer, Davison, 1999; Watson, Creer, Young, 1988) y Schwarz (Schwartz, Daltroy, Brand, 1992) que presentan una media para la estrategia Espíritu de Lucha de 47,5 puntos. En relación a estos

estudios podemos decir que nuestra muestra ha obtenido puntajes inferiores a los valores de referencia.

Finalmente en lo que respecta a la capacidad física, el promedio de los pacientes refirieron que pueden satisfacer sus necesidades personales pero no trabajan.

Para evaluar nuestra hipótesis, en primer lugar obtuvimos que las correlaciones obtenidas entre las variables Bienestar y Capacidad física muestran que a medida que aumenta el Bienestar también lo hace la Capacidad Física, También y tal como se esperaba, se detectó una correlación positiva directa entre Bienestar Subjetivo y Espíritu de Lucha con la Capacidad Física, aunque esa asociación no demostró ser significativa. Esto es posible que se deba a limitaciones en la cantidad de personas que conforman la muestra o al manejo de los instrumentos administrados.

Los resultados obtenidos concuerdan con los reportados por Lybomirsky, King y Diener (2005) que concluyen que la emocionalidad positiva se asocia a niveles altos de bienestar subjetivo, y se relaciona de forma directa con indicadores de salud física. Además consideran que es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas.

También nuestros resultados, concuerdan con parte de las conclusiones a las que arribó Font (1994) quien concluyó que la disminución de la calidad de vida y con ella la capacidad física y funcional se relaciona

más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos y siguen la línea de los resultados obtenidos por Januzzi y Bayés (2006) que muestran al espíritu de lucha como la estrategia de afrontamiento que tendría mayor incidencia sobre variables físicas, los datos obtenidos muestran en concordancia con ello, que el espíritu de lucha correlaciona positivamente con la capacidad física.

Asimismo, continuando con esta línea que refleja una asociación positiva entre capacidad física y espíritu de lucha, Torrez Aguilar, (2007) concluyó que las personas que manifiestan tener un mayor malestar físico son aquellas que presentaban como característica personal ser más pesimista que optimista.

La asociación positiva detectada entre las variables bienestar subjetivo y espíritu de lucha con la capacidad física podría fundamentarse en que el bienestar y el espíritu de lucha impulsarían en el paciente la puesta en marcha de conductas saludables y de autocuidado que impactarían positivamente sobre su estado físico desarrollando un posible efecto protector. No obstante, sería interesante indagar esta cuestión sobre una muestra de mayor tamaño y más representativa de la población en cuestión.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

Los resultados de estudios científicos muestran que afrontar un cáncer afecta el bienestar físico, social, funcional y emocional, probablemente porque se trata de una enfermedad que se asocia con la muerte, el dolor y el sufrimiento, soledad y desamparo. (Mulens Nápoles, B., et, al, 1997)

De allí, que resulto para las autoras de esta tesis muy interesante y revelador abordar este estudio, los resultados alcanzados si bien no son concluyentes, convergen en la idea que el Bienestar Subjetivo y el Espíritu de Lucha no solo se asocian a una mayor Capacidad Física- Funcional del paciente oncológico sino que podría tener un papel importante en la tolerancia de los síntomas físicos del cáncer en la etapa de tratamiento activo.

Por lo tanto, se puede decir que los datos respaldan la principal hipótesis que afirma que el espíritu de lucha y el bienestar subjetivo tienen un efecto protector sobre la capacidad física del paciente oncológico.

Más allá de los resultados obtenidos, a través de este estudio tomamos conciencia de que la interpretación que hace el paciente de la enfermedad y de como ella impacta en su vida cotidiana, es el núcleo central del abordaje psicológico del paciente con cáncer. Finalmente, esperamos que los resultados de este trabajo aunque preliminares, constituyan en un

futuro aportes de transferencia valiosos para el desarrollo de intervenciones psicológicas en el campo de la oncología con particular énfasis en el desarrollo de estrategias de tipo positivas que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, J., Barroso Alvarez, M., Fernandez Garrote, M. (1996). *Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. Instituto nacional de oncología y radiobiología. Revista Cuba Oncología 1996; 12*
- Avia, M. D. y Vazquez, C. (1998) *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Báñez, M., Blasco, T., Fernández Castro, J. (2003). *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. Universitat Autònoma de Barcelona (España). En: *Anales de psicología* 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 235-246 © Copyright 2003: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia Murcia (España). ISSN: 0212-9728.
- Barreto, M.P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). *La intervención psicológica en pacientes con cáncer*. *Clínica y Salud*, 4(3), 252-262.
- Barroilhet Diez, S., Forjaz, M. J.; Garrido Landivar, E. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer*. *Actas Esp .Psiquiátrica*; 33, Pp: 390-396.

- Bello, M. A. (1998). Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. *Rev. Cuadernos de Cirugía (Chile)* 12: 82-89
- Berlanga, Arriaga y Martin (1995). Evaluación cognitiva y estilos de afrontamientos como predictores del bienestar futuro en pacientes con cáncer de mama. Universidad de Valencia, España. *Revista Latinoamericana de psicología*. 1995. Vol. 27- Nº 1 87-102.
- Buceta, J.M., y Bueno, A.M. (2000). *Factores psicosociales que afectan el inicio y curso del cáncer. Intervención psicológica en trastornos de salud*. Madrid. Dykinson.
- Cardenal, V. y Oñoro, Y. (1999). *Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer*. *Psicología.Com*, 3(2). Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm[1 de agosto]
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. España. Paidós.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro Solano, A. (2011) Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, número 31, Vol. 1.

- Cella, D. & col. (1993). The Functional assessment on Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11,570-579.
- Contreras, F.; Esguerra, G. (2006) Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. Universidad de Santo Tomas. Bogota. Colombia. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, número 31,Vol. 2.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). *Normal Personality Assesment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory*. *Psychological Assessment*, 4 (1), 5 – 13.
- Cuadra L, H.; Florenzano U., R. (2003) El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Numero 1,Vol. XII, 83-96.
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., y Wissing, MP (2011). Los Componentes eudaimónico y hedónicos de la felicidad: resultados cualitativos y cuantitativos. *Indicadores Sociales de Investigación*, 100, 185-207.
- Diener, E. (2000). Subjective well – being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 55; 34– 43.
-

- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth. Maldern, MA. Blackwell Publishing
- Durá, Ibañez, A (2000) *Psicología Oncológica: perspectivas futuras de investigación he intervención profesional*, Universidad de Valencia, España, *Psicologia, Saudè y Doencas*, 2000, 1 (1), 27-43.
- Eiser, C. y Morse, R. (2001). The measurement of quality of life in children: Past and future perspective. *Journal of developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 248-256.
- Ferrero Berlanga, J., Toledo Aliaga, M. & Barreto Martín, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102.
- Font, A. (1994). *Cáncer y calidad de vida*. Anuario de Psicología, N°61, 41-50 , Facultad de Psicología, Universitat Autonoma de Barcelona.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions of positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Friedman LC, Nelson DV, Baer PE, Lane M, Smith FE. (1990) Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *J Behav Med*; 12:341-55.

- García-Viniegras, C.; Rodríguez López, G. (2007). *Calidad de vida en enfermos crónicos*. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Cuba
- 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*. *Psicología desde el Caribe*. ISSN 0123-417 X. N° 20, agosto-diciembre 2007
- Gill T.M, Feinstein A.R. (1994). A critical Appraisal of the quality of life measurements. *JAMA*; 272: 619-26.
- Gillham, JE, y Seligman, MEP (1999). *Pasos en el camino de la psicología positiva*. *Comportamiento de Investigación y Terapia*, 37, S163-S173.
- González Barón, Manuel (2003). *Dolor y Cáncer: hacia una oncología sin dolor*. Ed. Médica Panamericana, Pg: 3
- González Navarro, A. (2003). Grupo Madrileño de Psicooncología. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. "Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer". *Psicooncología*. Vol. 0, Núm. 1, pp. 157-160. Madrid, 2008.
- Grau Avalos J, Victoria García-Viniegras CR, Hernández Menéndez E. *Calidad de Vida y Psicología de la Salud*. En: Hernández Menéndez E y Grau Abalo J. *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara; 2006

- Greer S, Morris T, Pettingale KW.(1979). *Respuesta psicosocial al cáncer de mama: efecto sobre el resultado*. Lancet. 1979; i : 931-932.
- Hughes, J. E. (1995). Depressive illness and lung cancer, II. Follow up of inoperable patients. *European Journal of Surgical Oncology*. 1985; 11: 21-24
- Januzzi JL, van Kimmenade R, Lainchbury J, Bayes-Genis A. (2006). Pruebas NT-proBNP para el diagnóstico y el pronóstico a corto plazo en la insuficiencia cardíaca aguda desestabilizado: un análisis internacional combinado de 1.256 pacientes. *La European Heart Journal* 27 (3), 330-337
- Kavan, M., Engdahl, B. y Kay, S. (1995). Colon cancer: Personality factors of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1031-
- Keyes, C. L. M. y Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions diagnosis and interventions. En C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press. 45-59
- Lazarus,R.-Folkman, S.(1984): *Stress, appraisal, and coping*. Nueva york: Springer (Versión castellana Martinez Roca, 1986).
- Levy, S.M., & Wise, B.D. (1988). *Psychological risk factors and cancer progression*. In Cooper (Ed.), *Stress and Breast Cancer*. New York: Wiley and Sons.

- Lull, D., M., Zanier, J., & García, F. (2003). *Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer*. *Psico-UFS* 8, (9), pp. 175-182.
- López Ríos, F., López Martínez, A.E. & Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Comportamiento como riesgo para cáncer*. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 391-406). Madrid: Pirámide
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–851.
- McCaul, K., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. y Foreman, G. (1999). *Coping and adjustment to breast cancer*. *Psychooncology*, 8, 230-236
- Montoya Nobles, D. y Vergara Brunal, B. (2009) “Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer”, *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia* - Volumen 5, Número 8 / enero-junio 2009.
- Moorey, S.-Greer, S. (1989): *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Mora, S. y Restrepo, M. (2002). *Intervención psicosocial en cuidados paliativos a niños con cáncer*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Mulens Nápoles, B., Torres Babié, P., Gutiérrez, J. A, García Jordán, M. y Roperó Toirac, R.(1997). *Conocimiento del diagnóstico en pacientes con cáncer antes de recibir tratamiento oncoespecífico*. Hospital Oncológico Docente Provincial de Santiago de Cuba. Rev. Cubana Oncol 2(16):93-9
- National Cancer Institute. NCCNN (2010). Adaptación normal, alteración psico-social y trastornos de adaptación. Boletín: recuperado de [Http://www.cancer.gov/español/pdq/cuidados-acion/Healthprofessional/pag2](http://www.cancer.gov/español/pdq/cuidados-acion/Healthprofessional/pag2)
- Novoa Gómez, M., Vargas Gutiérrez, R., Obispo Castellanos, S., Pertuz Vergara, M. & Rivera Pradilla, 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*, 10, núm. 2, junio, 315-329.
- Parada López, A. L., (2013), Evaluación de estrategias de afrontamiento y bienestar en pacientes con cáncer de la ciudad de Oaxaca”. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia3- *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades apoyadas por nuevas tecnologías*- 2013, Vol 2, No. 1, pp: 7-32.

- Pavot, W., y Diener, E. (2008). La Escala de Satisfacción con la Vida y la construcción emergente de la satisfacción con la vida. *Diario de la Psicología Positiva* , 3 , 137-152
- Poseck, B. (2006) *Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología*. Papeles del Psicólogo. Vol. 27(1), 3-8.
- Prada, E.C. (2005) *Psicología positiva y emociones positivas*. Septiembre, 2005. de: <http://www.psicologiapositiva./Psicologiapos.pdf>
- Prieto Fernandez, A (2004), *Psicología Oncologica Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual 2* (2004), 107- 120
- Puiggròs, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C., y Planas, M.:El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr. Hosp.* [online]. 2009, vol.24, n.2, pp. 156-160. *Revista: Psicología desde el Caribe* 2007 (20).
- Remor E. (2006). Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En Vázquez C, Hervás G, editores. *Psicología Positiva Aplicada*. 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2008. p. 191-213.
- Ruiz, M. A., Garde, S., Ascunce N., del Moral, A. (1998) *Intervenciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer de mama*. ANALES Sis San Navarra 1998, Vol. 21, Suplemento 3.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52; 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews/ Inc
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salazar, G., Florez, J, Peromodo, G. (2001). *Relaciones entre estrategias de afrontamiento y variables asociadas al tratamiento del cáncer con calidad de vida*. Universidad de la Sabana. Chia, nov. 2001.
- Schavelzon, J. (1992). *Psique. Psicología y Psicofarmacología en cancerología*. Editorial Interamericana. Bs. As.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach, L.L.y Brandt, U. (1998). *A structural model of the relationships amongstage of disease, age, coping and psychological adjustment in women with breast cancer*. *Psycho-Oncology*, 7, 69-77.
- Schwartzmann, L. (2003) "Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales". *Ciencia y Enfermería IX* (2): 9-21, 2003 I.S.S.N. 0717 – 2079. Montevideo, Uruguay.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M.: Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, Vol 55(1), Jan 2000, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5

- Seligman, M.E.P., Christopher, P. (2000). Positive Clinical Psychology, recuperado el 12 de junio de 2014 del sitio Web del Positive Psychology Center: <http://www.ppc.sas.upenn.edu/posclinpsychchap.htm>
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Boletín de psicología, no. 75, julio 2002, 73-85
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. y Muggins, M. E. (2002). *The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment*. Psycho-Oncology, 11, 93–102. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.574>
- Torrez Aguilar, P. A., (2007). *Estilos de afrontamiento y sus implicaciones en la progresión de la enfermedad: cáncer de mama*. Diplomado en Psicología Clínica y de la salud. Universidad de la Sabana, Chia, 2007. Pp 49.
- Vázquez, C., Castilla, C. (2007) *Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama*. Psicooncología, Núm. 2-3, Vol 4, 385-404.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., Gómez, D. (2009) Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5, 15-28.
- Vecina M.L. (2006). *Emociones positivas*. Papeles del psicólogo 27 (1): 9-17

- Vinaccia, S., Arango, C. (2003). *Evaluaciones de la calidad de vida y su relación con la cognición, hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorectal*. Universidad de Buenaventura, Medellín, Colombia. *Suma Psicológica*. 2003, Vol. 10. No. 1, mar 43-65.

- Vinaccia, S., Orozco, L. (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, número 2, Vol. 1, 125 – 137.

- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, Número 2, Vol. 15, 207-221.

- Watson M, S Greer, Young J, Q Inayat, Burgess C, Robertson B. (1988) Desarrollo de un cuestionario de medida de ajuste a cáncer. La escala MAC . *Psychol Med* Feb; 18 (1): 203-209. [PubMed]

- Watson, M., Haviland, J. Greer, S., Davidson, J, Bienaventuranza J. M.,(1999) - Influencia de la respuesta psicológica en la supervivencia en el cáncer de mama: un estudio de cohorte de

base poblacional (Vol. 354, Número 9187, Páginas 1331-1336)

DOI: 10.1016/S0140-6736 (98) 11392-2

- Watson, M.-Greer, S. (1998): *Personality and Coping*. En J. Holland (Ed.): *Psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press. 91-98.

ANEXO 1

ESCALA FACT-B

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación *durante los últimos siete días* marque con un círculo, por favor, sólo uno de los números que aparecen en cada línea.

BIENESTAR FISICO	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Me falta energía	1	2	3	4	5
Tengo náuseas	1	2	3	4	5
Tengo dificultad para atender las necesidades de mi flia.	1	2	3	4	5
Tengo dolor	1	2	3	4	5
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	1	2	3	4	5
Me siento enferma/o	1	2	3	4	5
Necesito estar acostada/o	1	2	3	4	5

BIENESTAR FAMILIAR SOCIAL					
Me siento cercana/o a mis amistades	1	2	3	4	5
Recibo apoyo emocional de mi flia.	1	2	3	4	5
Recibo apoyo de mis amistades	1	2	3	4	5
Mi flia ha aceptado mi enfermedad	1	2	3	4	5
Me siento satisfecha/o con la manera como mi flia habla de mi enfermedad	1	2	3	4	5
Me siento cercana/o a mi pareja (o la persona que me da apoyo)	1	2	3	4	5
BIENESTAR EMOCIONAL					

Me siento triste	1	2	3	4	5
Estoy satisfecha/o con como estoy enfrentando mi enfermedad	1	2	3	4	5
Estoy perdiendo las esperanzas	1	2	3	4	5
Me siento nerviosa/o	1	2	3	4	5
Me preocupa morir	1	2	3	4	5
Me preocupa que mi enfermedad empeore	1	2	3	4	5
BIENESTAR FUNCIONAL					
Puedo trabajar (incluya el trabajo en la casa)	1	2	3	4	5
Me satisface mi trabajo	1	2	3	4	5
Puedo disfrutar de la vida	1	2	3	4	5
He aceptado mi enfermedad	1	2	3	4	5

Duermo bien	1	2	3	4	5
Disfruto de mis pasatiempos como siempre	1	2	3	4	5
Estoy satisfecha/o con mi calidad de vida	1	2	3	4	5

ANEXO 2

ESCALA M.A.C.

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente que padece su enfermedad. Por favor señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta que punto puede aplicarse a Ud. Si está **SEGURO** que **NO** puede aplicarse a Ud, señale el 1 en la primera columna; si **CREE** que **NO** puede aplicarse a Ud, señale el 2 de la primera columna. Caso contrario, si esta **SEGURO** que puede aplicarse a ud, señale el 4 de la segunda columna, mientras si **CREE** que puede aplicarse a ud, debe señalar el 3 de la segunda columna.

Por favor, escriba el nombre de su enfermedad.....

.....

		EN		DE ACUERDO	
		DESACUERDO			
		SEGURO	CREO	SEGURO	CREO
<u>1</u>	He estado haciendo cosas que mejorarán mi salud (por ej. Cambiar la dieta)	1	2	3	4
2	Creo que no puedo hacer nada para animarme.	1	2	3	4

<u>3</u>	Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.	1	2	3	4
4	Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.	1	2	3	4
5	No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad.	1	2	3	4
6	Creo firmemente que mejoraré.	1	2	3	4
7	Creo que nada de lo que yo pueda hacer mejorará las cosas.	1	2	3	4
8	Dejo todo en manos de mis médicos.	1	2	3	4
9	Siento que en la vida no me queda nada de esperanza.	1	2	3	4
<u>10</u>	He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ej. Hacer ejercicio físico).	1	2	3	4
11	Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho mas la vida y trato de sacar	1	2	3	4

	mayor partido de ella.				
12	Será lo que Dios quiera.	1	2	3	4
13	Tengo planes para el futuro (vacaciones, en casa, en mi trabajo).	1	2	3	4
14	Me preocupa que vuelva la enfermedad o que empeore la que tengo.	1	2	3	4
15	He tenido una buena vida, lo que me queda es un suplemento.	1	2	3	4
16	Pienso que mi estado mental puede jugar un papel importante en mi salud.	1	2	3	4
17	No hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.	1	2	3	4
18	Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre.	1	2	3	4
19	Me gustaría ponerme en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.	1	2	3	4

20	<i>Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mí misma.</i>	1	2	3	4
21	Me cuesta creer que esto me esté pasando a mí.	1	2	3	4
22	Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.	1	2	3	4
23	No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.	1	2	3	4
24	De momento, procuro vivir día a día.	1	2	3	4
25	Me siento como si me hubiera rendido.	1	2	3	4
26	<i>Trato de tomármelo con sentido del humor.</i>	1	2	3	4
27	<i>Hay gente que se preocupa por mí mas que yo. Mis</i>	1	2	3	4
28	<i>Pienso en otras personas que están peor que yo</i>	1	2	3	4
29	Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad.	1	2	3	4
30	Creo que no puedo controlar lo que sucede.	1	2	3	4

31	Trato de tener una actitud muy positiva.	1	2	3	4
32	Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en mi enfermedad.	1	2	3	4
33	Evito informarme mas sobre la enfermedad.	1	2	3	4
34	Veó a mi enfermedad como un desafío.	1	2	3	4
35	Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.	1	2	3	4
36	Me siento completamente desorientada sobre lo que tengo que hacer.	1	2	3	4
37	Estoy muy enojada por lo que me ha pasado.	1	2	3	4
38	En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna.	1	2	3	4
39	Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad.	1	2	3	4
40	Intento luchar contra la enfermedad.	1	2	3	4

Ítems de cada subescala del MAC

Subescala	Ítems	Punt.. mín.
Punt. máx.		
<hr/>		
Espíritu de Lucha (EL)	4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40	16
64		
<hr/>		
Desamparo/ Desesperanza (DD)	2, 9, 17, 23, 25, 36	6
24		
<hr/>		
Preocupación Ansiosa (PA)	1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37	9
36		
<hr/>		

Fatalismo/ Aceptación

Estóica (FA) 7, 8, 12, 15, 24, 8
32
30, 33, 35

Negación (N) 38 1

4

ANEXO 3

Escala de Valoración Funcional de Karnofsky

Escala Valoración funcional

100 Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad

90 Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad

80 Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad

70 Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo

60 Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo

50 Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día

40 Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día

30 Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo

20 Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo

10 Moribundo

0 Fallecido