



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL TIPO DE AFRONTAMIENTO EN  
PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS, HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL SOLÓN ESPINOSA AYALA, SOLCA NÚCLEO DE QUITO**

**María Belén Pérez Semblantes**

**Ana María Viteri, Ph.D., Mentora y Directora de Tesis**

**Tesis de Grado presentada como requisito para la obtención del Título de Psicóloga  
Clínica**

**Quito, mayo de 2014**

**Universidad San Francisco de Quito  
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACION DE TESIS**

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL TIPO DE AFRONTAMIENTO EN  
PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS, HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL SOLÓN ESPINOSA AYALA, SOLCA NÚCLEO DE QUITO**

**María Belén Pérez Semblantes**

Ana María Viteri, Ph.D.  
Directora de Tesis

.....

Esteban Ricaurte, Magister.  
Miembro del Comité de Tesis

.....

Jacobo Recalde, Esp.  
Miembro del Comité de Tesis

.....

Carmen Fernández Salvador, Ph.D.  
Decana del Colegio de Ciencias  
Sociales y Humanidades

.....

Quito, mayo de 2014

**© DERECHOS DEL AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

-----

Nombre: María Belén Pérez Semblantes

C. I.: 1711621415

Fecha: Quito, mayo de 2014

## DEDICATORIA

A mi madre, mi luchadora constante, mi fuerza de cada día, la mujer que me muestra constantemente que no hay obstáculo que no se pueda superar. A mi madre por su energía, por su amor, su apoyo y su corazón, mi madre por brindarme una ventana personal al cáncer y salir victoriosa un jueves por la noche. Mi madre, porque sin ti no funciono, porque me haces pelear cuando quiero desmoronarme, no hay palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí y todo lo que significas. Te amo ma.

A mi Lore, mi personalidad, quien escucha cada uno de mis problemas, quien me brindo su ayuda y apoyo en todos los momentos, buenos y malos, cerca o lejos siempre estuviste ahí. Como siempre digo, no sé qué haría sin ti, personalidad.

A mi Jessy, mi novela rosa, por enseñarme que el cáncer no es un impedimento para enamorarse de la vida y del amor. A Kevin, mi superhéroe que ahora vuelas alto, por mostrarme que al cáncer se lo pelea como otro villano más de una tira cómica. A Raquel, la niña con la sonrisa tímida que ahora brilla tan fuerte a lado del sol, fuiste mi primera conversación, mi primera oportunidad, mi explicación y mi razón.

*“After all this time?”*

*Always”*

J.K. Rowling

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer al Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, por brindarme no sólo la oportunidad de realizar mi tesis, pero por haberme dado la un mes con los mejores niños que he conocido en mi vida. Sin ellos no creo que estaría aquí.

Un muy sincero agradecimiento a la Dra. Edith Dueñas por ayudarme desde el principio cuando no sabía ni que hacer, por encaminarme en mi tema y estar siempre pendiente de mí.

A mi directora de tesis Ana María, por tener que leer mi novela de tesis, por siempre apoyarme en todo y en cada momento y mantener una sonrisa tranquila cuando me pongo neurótica y nerviosa.

Finalmente un agradecimiento muy fuerte a todos los pacientes quienes me brindaron no sólo su tiempo para contestar un cuestionario, pero un minuto para contarme su historia. Es una ventana a un mundo que me reafirma mi pasión por mi carrera y lo feliz que soy cuando hago lo que amo.

*“No story lives unless someone wants to listen.  
So thank you, all of you”  
J.K. Rowling.*

## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que puede afectar a uno o a varios órganos, esto ocurre debido al crecimiento anormal de células provocando la formación de tumores, los cuales pueden propagarse si no es tratada la enfermedad a su debido tiempo (OMS, 2014). Es una enfermedad que si se la detecta tempranamente puede salvar a una persona, sino sólo queda utilizar medicinas para aliviar el dolor, hasta sus últimos días. Los tratamientos médicos incluyen la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. El afrontamiento es un proceso en el que la persona determina el significado que va a otorgar a una situación estresante y por ende la manera en la que la va a afrontar (Soriano, 2002).

En esta investigación, se propuso conocer si el género de las personas hospitalizadas en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, podía ser una variable al analizar el tipo de estrategia afrontamiento que utilizan. Se aplicó el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico* realizado por José Soriano y Vicente Monsalve, en el año 2002, el cual se aplicó a 15 hombres y 15 mujeres durante dos semanas. El análisis se realizó mediante la aplicación de un *T-Test 2 Sample* para cada una de las estrategias y en ninguna se demostró que existe una diferencia estadísticamente significativa. Lo que implica que el género no es una variable relevante, en la forma que las personas afrontan su enfermedad. Aun así, fue posible analizar cuáles son el tipo de estrategias más comunes utilizadas por los pacientes como también, el tipo de necesidades psicológicas que los pacientes consideran requerir mayor ayuda.

## ABSTRACT

Cancer is a disease that can affect one or several organs, this occurs due to the abnormal growth of cells causing tumor formation, which can spread if left untreated (OMS, 2014). It is a disease which if detected early can save a person, if not; medicine will be used to ease the pain until their final days. Medical treatments include chemotherapy, radiotherapy and surgery. Coping is a process in which the individual determines the type of meaning that they will give to a stressful situation and therefore the manner in which they will deal with it (Soriano, 2002).

The purpose of this research was to determine whether the gender of the people hospitalized in the Hospital Solon Ayala Espinosa, Solca Núcleo de Quito, can be a variable when analyzing the type of coping strategy being used. *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico* created by José Soriano and Vicente Monsalve, in 2002, was the questionnaire administered to 15 men and 15 women for two weeks. The analysis was performed by application of a *T-2 Sample* for each of the strategies and it showed that there is no significantly statistical difference. This implies that gender is not a relevant variable in the way that people cope with the disease. Even so, it was possible to analyze what were the most common strategies used to cope by these patients, as well as the type of psychological needs are these patients considers need the most.



## TABLA DE CONTENIDO

|   |     |
|---|-----|
| <b>Resumen</b> .....  | 7   |
| <b>Abstract</b> .....   | 8   |
| <b>Introducción al problema</b> .....   | 10  |
| Introducción.....   | 10  |
| Antecedentes .....  | 11  |
| El problema .....   | 14  |
| Hipótesis .....   | 17  |
| Pregunta de investigación .....   | 18  |
| Contexto y marco teórico .....  | 18  |
| Propósito del Estudio.....  | 19  |
| Significado del Estudio.....  | 20  |
| Definición de términos .....  | 21  |
| Presunciones del autor del estudio.....   | 23  |
| Supuestos del estudio .....   | 23  |
| <b>Revisión de la literatura</b> .....  | 25  |
| Géneros de literatura incluidos en la revisión .....  | 25  |
| Pasos en el proceso de revisión de la literatura .....                                      | 25  |
| Formato de la revisión de la literatura .....   | 26  |
| <b>Metodología y diseño de la investigación</b> .....                                       | 103 |
| Cronograma .....  | 104 |
| Procedimientos.....   | 104 |
| Justificación de la metodología seleccionada.....   | 108 |
| Herramienta de investigación utilizada .....  | 109 |
| Descripción de participantes.....   | 110 |
| Fuentes y recolección de datos .....  | 113 |
| <b>Análisis de datos</b> .....  | 116 |
| Detalles del análisis .....   | 116 |
| Importancia del estudio .....   | 137 |
| Resumen de sesgos del autor.....  | 140 |
| <b>Conclusiones</b> .....   | 141 |
| Respuesta a la pregunta de investigación .....  | 141 |
| Limitaciones del estudio .....  | 143 |
| Recomendaciones para futuros estudios.....  | 144 |
| Resumen general .....   | 144 |
| <b>Referencias</b> .....  | 146 |
| <b>APÉNDICE A: Consentimiento Informado</b> .....   | 156 |
| <b>APÉNDICE B: Cuestionario de Afrontamiento Contra el Dolor Crónico (Original)</b> ..      | 159 |
| <b>APÉNDICE C: Cuestionario de Afrontamiento Contra el Dolor Crónico (Modificado)</b> ..... | 162 |

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

*“El cortejar la muerte es una invitación a vivir la vida desde lo más primario y afectivo”* (León, 2013 s.p.).

La enfermedad oncológica acarrea consigo repercusiones tanto biológicas, psicológicas y sociales que afectan la calidad de vida del paciente. La calidad de vida se refiere a la evaluación personal de los aspectos negativos y positivos analizados de forma balanceada que permiten que haya una satisfacción, felicidad y la capacidad de afrontar los acontecimientos del futuro (De Alba, 2009). El tratamiento principal al momento de tratar con el paciente oncológico incluye el aspecto biológico o médico, en donde se intenta destruir las células cancerígenas mediante quimioterapia, radioterapia y cirugía.

La quimioterapia es el tratamiento es la combinación de drogas específicas que tiene el fin de destruir las células cancerígenas y así detener su propagación (American Cancer Society, 2013). La quimioterapia al entrar directamente al torrente sanguíneo destruye tanto las células cancerígenas como también las normales y esto repercute en que el paciente experimente efectos secundarios tanto físicos como emocionales. Los medicamentos que se encuentra en la quimioterapia también pueden ocasionar daños a los órganos principales como el corazón, riñones, hígado, pulmones, etc. (ACS, 2013).

Además de este tratamiento también se utiliza la cirugía y la radioterapia, ambos tienen como propósito destruir las células cancerígenas pero, a diferencia de la quimioterapia, estos tratamientos afectan únicamente al área afectada por el cáncer. (ACS, 2013).

El paciente oncológico, aparte de tener malestares físicos causados por el tratamiento que se encuentra recibiendo, también presenta malestares psicológicos.

Entre los problemas emocionales más comunes, se encuentra la depresión y la ansiedad (ACS, 2013).

Aquellas personas que se encuentran vivenciando situaciones difíciles, como ser diagnosticados con cáncer, necesitan poder encontrar estrategias apropiadas para afrontar su enfermedad.

La mayoría de las aproximaciones terapéuticas al momento de tratar con el tema de afrontamiento, parten del concepto de Lazarus y Folkman. “El afrontamiento puede definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de la persona” (Font & Cardoso, 2009, p.2.) Se busca en la terapia, proporcionar estrategias de afrontamiento más adaptativas y así poder brindar al paciente oncológico la autoconfianza, la autosuficiencia y la estabilidad emocional para enfrentar su enfermedad (Romero, 2011).

Un factor importante en relación al afrontamiento y el estrés, es primero conocer su historia, como llegó a ser un término de estudio y su vinculación con los pacientes oncológicos.

## **Antecedentes**

### **La historia detrás de los diferentes estilos de afrontamiento de pacientes oncológicos, una breve reseña.**

El afrontamiento ante el cáncer está enfocado en manejar las demandas tanto físicas como emocionales que aparecen al recibir el diagnóstico oncológico. Son mecanismos y estrategias que cada persona utiliza que determinan la facilidad de

adaptación y la capacidad de resolución ante los problemas que surgen durante el transcurso de la enfermedad (Baiocchi, Lugo, Palomino, Tam, 2013).

En 1936, el científico Hans Selye, fue el primero en introducir el término “estrés” en base a una serie de experimentos, en animales de laboratorio, en los que se les obligó a recibir estímulos con efectos nocivos tanto físicos como emocionales. Estos animales, mostraron tener respuestas físicas muy parecidas a los humanos como úlceras, ataques al corazón, derrames cerebrales, etc.; (American Institute of Stress, 2014). Selye indica, que el estrés es un síndrome causado cuando situaciones percibidas como nocivas, que ocurren durante la vida del individuo, se perciben como demasiado difíciles de controlar (AIS, 2014).

Los principales estudios sobre el estrés parten en los años 50 en base al descubrimiento de Selye, indicando que hay ciertos sucesos en la vida de cada persona que pueden llegar a afectar al individuo de tal manera, que aquella capacidad y resistencia ante los problemas se agota y se presenta en un colapso. Lo que se notó después, es que, aunque los estresores y la reacción corporal pueden ser similares en cada persona, la manera en la que el individuo se enfrenta a aquel suceso es única (Valverde, Crespo & Ring, 2000).

La atención del afrontamiento ante el estrés provocado por una enfermedad nace en los años 60 y 70 resaltando la importancia que tiene la perspectiva y la actitud con la que el paciente interpreta su problemática (Soriano, 2002). En 1986 definieron al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Pérez, Rodríguez, 2011, p.2.).

El interés ante las estrategias de afrontamiento continuaron con Watson y Greer en 1989 quienes denominaron el afrontamiento oncológico como:

Respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza (Soriano, p.77, 2002).

Para 1989, Moorey y Greer (Soriano, 2002) plantean un modelo sobre cómo el paciente oncológico funciona en relación al tipo de estrategia de afrontamiento que utiliza. Se denominó el *esquema de supervivencia*. Este esquema, trabaja en la capacidad de adaptación y su respuesta ante su diagnóstico. Específicamente, en “qué amenaza supone la enfermedad, el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre su enfermedad... y la visión del pronóstico que posee el enfermo” (Soriano, 2002 p.77,).

En la década de los 90 se realizó alrededor de tres mil trabajos relacionados al afrontamiento en pacientes con cáncer. Los estudios continuaron, pero ahora también se empezó a enfocar en la comunicación entre el paciente y su familia y finalmente, se realizó un promedio de mil quinientos estudios en base a la calidad de vida del paciente oncológico (Soriano, 2002).

Como se puede ver, el afrontamiento en el ámbito psicológico es altamente estudiado y se han realizado varios estudios sobre este particular recurso que tiene el individuo al momento de enfrentarse a situaciones estresantes. A medida que los

estudios continúen alrededor del mundo, mejor va a ser el apoyo psicológico que se pueda brindar al paciente durante el trayecto de su enfermedad. El paciente con cáncer no puede únicamente ser tratado mediante la medicina, es necesario que el tratamiento vaya mano a mano con la psicología. De esta forma, el paciente, un ser biopsicosocial tiene a su disposición un abanico de herramientas y puede saber de qué forma puede luchar contra su enfermedad.

### **El problema**

*"Hemos cumplido varias metas juntas. Cuando ella ingresaba al quirófano nos tomábamos de las manos y orábamos para que todo saliera bien. Fue así que Ely descubrió aquella fortaleza que la hace diferente a cualquier otra mujer"*, dice Noelia (Alvarado, 2014 s.p.)

El cáncer es una enfermedad que no conoce barreras, afecta no sólo al cuerpo del paciente, pero a la psique del mismo. Aun así, la presencia del cáncer no es limitado únicamente al paciente, también se convierte en una carga para familiares, amigos y para la sociedad. Es una de las principales causas de muerte en el mundo y con el paso del tiempo y los malos hábitos que parecen propagarse como fuego y las estadísticas ya no se limitan únicamente a países en desarrollo (OMS, 2014).

Veinte y dos millones de personas fueron diagnosticados con algún tipo de cáncer en el año 2013, en comparación con el año 2012, en el que se diagnosticó a catorce millones (El Comercio, 2014). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el aumento de muertes causadas por ésta enfermedad tiene una alta relación con los malos hábitos, la falta de ejercicio, las dietas inadecuadas, el consumo de cigarrillos y alcohol.

Margaret Chan, directora general de la OMS, menciona que el mayor impacto en el aumento en pacientes diagnosticados se verá afectando a países de menores recursos, como es el Ecuador. Países, que sin duda están mal equipados para afrontar el rápido incremento de casos por año (El Comercio, 2014).

El médico epidemiológico José Yépez, coordinador del Registro Nacional de Tumores de La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Solca), indica que “no somos países que tengamos una tecnología de punta y que esté al servicio de todos. Solca, por ejemplo, ayuda pero no está en capacidad de atender a todos, entonces no sólo que va a ser más frecuente el cáncer, sino que la mortalidad es mayor” (La Hora, 2013).

De acuerdo al Registro Nacional de Tumores en Quito, los cánceres con mayor incidencia ordenados en escala son: “En mujeres: cáncer de mama, piel, tiroides, cuello uterino, estómago, linfomas, leucemias. En hombres: cáncer de próstata, piel, estómago, linfomas, leucemias, pulmón y colon (La Hora, 2013).

Los artículos en periódicos y revistas nacionales mencionan las alarmantes estadísticas en las que muestran el rápido aumento en personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer. “En Ecuador se diagnosticaron 23.400 nuevos casos de cáncer, afectando en un 53% a las mujeres y 47% a los hombres” (Nueva Era, 2014). Se habla también sobre la importancia de la prevención, en particular la detección del papiloma humano, un tipo de cáncer que puede ser detectado y curado (Parra, 2014).

Adicionalmente, sobre, los nuevos tratamientos y nuevas tecnologías, son una nueva fuente de esperanza para el paciente oncológico. Desafortunadamente son escasos los artículos que mencionen la importancia del trato psicológico y peor aún, sobre las

estrategias de afrontamiento en el paciente oncológico. El cáncer no discrimina al momento de aparecer en una persona, el apoyo debe ser igual.

El conocimiento de la enfermedad y sus métodos de tratamiento no es sinónimo de afrontamiento, otra cosa es vivirlo (León, 2013).

Si bien el apoyo psicológico a pacientes oncológicos en el área de afrontamiento es insuficiente, se está observando una mayor presencia de fundaciones y organizaciones en el Ecuador que están dirigidas al trabajo de apoyar al paciente con cáncer. Dentro de ellas está la Asociación de Pacientes Oncológicos, el Programa Más Vida Frente al Cáncer y el Comité de Pacientes Oncológicos.

El problema mayor es que muchas personas consideran que la terapia psicológica debe estar enfocada en otras áreas de la vida de la persona. Como por ejemplo: problemas de pareja, familiares, problemas de comunicación, abuso de sustancias ilícitas, etc. En cambio, personas que han sido diagnosticadas con enfermedades de índole biológica como es el cáncer, sida, diabetes, etc., deben recibir un tratamiento exclusivamente médico. Sin embargo, el ser humano es un ser biopsicosocial, lo que implica que debe recibir un apoyo en todas las áreas que competen a la persona.

Hay personas que tienen un apoyo al momento de recibir la noticia de un diagnóstico en donde se indica la presencia del cáncer, mientras que otras personas no gozan con tan buena fortuna. El cáncer no afecta únicamente al paciente, también aflige a la familia y amigos de la persona en cuestión, y esto muchas veces produce que el paciente no quiera discutir cualquier inquietud emocional por miedo a ver sufrir aún más a sus seres queridos por lo que se muchos prefieren sufrir en silencio.



Es por esto, que es tan importante poder brindar un apoyo al paciente oncológico, durante las diferentes etapas que implica tener cáncer. El trabajar con estrategias de afrontamiento da la apertura a que las personas encuentren varias formas positivas y únicas para poder enfrentar su enfermedad y así mejorar su calidad de vida a pesar de las adversidades que presente.

## **Hipótesis**

Cada vez hay más personas que son diagnosticadas con cáncer. En el caso de Ecuador, se diagnostican 20.000 casos nuevos de cáncer anualmente y de estos la mayoría ocurren en Quito y Guayaquil (La Hora, 2013). Uno de los factores de mayor importancia que suele ser olvidado, es el hecho de que el paciente oncológico no es solamente un cuerpo físico con órganos, células, sangre, etc., sino que, también es una persona con emociones y cogniciones que juegan un papel muy importante en la manera en la que le paciente va a enfrentar las adversidades de la vida.

Se considera que aquellos pacientes que tienen estrategias personales de afrontamiento, como es la religión, la comunicación con familiares, amigos y psicólogos, la cognición hacia la superación, entre otros, son pacientes que tienen recursos. Estos recursos son considerados vitales para este tipo de pacientes ya que aquella persona que pueda enfrentar su diagnóstico, su dolor, su miedo etc., de una forma positiva va a poder tener una percepción más objetiva y una fuerza mucho más grande al momento de luchar contra su enfermedad.

La hipótesis de la presente investigación predice que el género del paciente va a determinar el tipo de estrategia que va a utilizar para enfrentar su patología. La

estrategia de afrontamiento que utiliza el paciente se vuelve una de sus herramientas más importantes, ya que puede determinar la manera en la que va a experimentar el transcurso de su enfermedad. La hipótesis de solución podría ser que, al conocer cómo el género al ser una variable que determina qué tipo de afrontamiento utiliza el paciente oncológico, entonces tanto la facultad médica como psicológica podría brindar una mejor atención a los pacientes.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo y hasta qué punto el tipo de recurso emocional y cognitivo de un paciente oncológico adulto que se encuentra hospitalizado, difiere de acuerdo al género del mismo?

### **Contexto y marco teórico**

La presente investigación se centrará en un análisis sobre lo que implica el cáncer y el afrontamiento dentro de la perspectiva biopsicosocial. La teoría va a estar dividida en los aspectos médicos y los aspectos psicológicos. Lo médico profundizará sobre el cáncer, los tipos de cánceres más comunes y su epidemiología, seguido de los tratamientos contra el cáncer (quimioterapia, radioterapia y cirugía). Los aspectos psicológicos tratarán con las respuestas emocionales más comunes en pacientes diagnosticados con cáncer: depresión y ansiedad. Finalmente, se analizará afrontamiento y sus estrategias.

## **El propósito del estudio**

La cultura define y moldea las creencias y valores que en conjunto forman lo que es socialmente aceptado como los comportamientos “correctos” de los hombres y de las mujeres (Rocha & Rolando, 2005, p.42). “Cada cultura entrelaza las creencias relacionadas con el papel que hombres y mujeres juegan en la sociedad, dando lugar a los estereotipos de género” (Rocha y colaboradores, 2005). Dentro de los estereotipos de género observados en los hombres latinos se caracterizan por “ser autónomo, orientado al logro, fuerte, exitoso y proveedor” (Rocha y colaboradores, 2005, p.42.). En cambio, de acuerdo a Rocha y colaboradores, (2005) las características que se vinculan con las mujeres es la “sumisión, la abnegación y la dependencia...cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja” (p.42).

En base a una investigación literaria sobre el afrontamiento en pacientes oncológicos, se puede decir que muchas personas en particular las mujeres suelen afrontar su patología mediante la aceptación y el apoyo emocional. En cambio, los hombres tienden a afrontar su enfermedad mediante la distracción y la evitación (Romero, 2011).

Por razones culturales, las mujeres latinas tienen la facilidad de expresar sus emociones y sentimientos de forma más pública sin repercusión social. En cambio, los hombres tienen mayor presión y por ende sienten que deben evitar expresar sus emociones, sin importar la situación en la que se encuentren (Fernández, Zubieta & Páez, 2000).

Es por esto que se espera que haya una tendencia mayor de que las mujeres ecuatorianas hospitalizadas en Solca, que utilicen apoyo emocional, religión y

autoafirmación como herramientas más comunes de afrontamiento. Por esta razón, se espera que los hombres utilicen más la distracción y el autocontrol mental.

### **El significado del estudio**

La presente investigación es importante dado que va permitir identificar qué tipo de estrategias de afrontamiento son las que utilizan los pacientes que se encuentran hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. De igual manera, se propone conocer si el género de los pacientes es una variable significativa en la forma de enfrentar su enfermedad. De igual manera, se propone que se replique el estudio en diversos hospitales que alberguen pacientes oncológicos, de esta forma poder llegar a conocer a fondo el tipo de afrontamiento y estrategia que están utilizando estos pacientes.

Durante la investigación teórica, se ha encontrado que, estudios previamente elaborados en el Ecuador, se basan principalmente en el afrontamiento de pacientes oncológicos terminales. Adicionalmente, se encuentra enfocada una mayor atención por parte de fundaciones al afrontamiento de niños con cáncer hasta los 17 años. Desafortunadamente, el grueso de la población, esto es desde los 18 años en adelante, el paciente oncológico se encuentra abandonado a su suerte en lo que respecta a la terapia de afrontamiento dentro del país.

Una vez que se pueda entender qué tipo de estrategia de afrontamiento utilizan los pacientes se puede trabajar en nuevas formas en las que los psicólogos y facultad médica de forma interdisciplinaria, brinde una mayor y mejor atención a sus pacientes. Se considera que a pesar de que existen ciertas fundaciones que trabajan con pacientes

oncológicos adultos y que hay psiquiatras en los hospitales, muchas veces, los pacientes no están recibiendo una ayuda personalizada o continua en base a lo que implica vivenciar el cáncer. Se espera que en base a este estudio, se pueda realizar un trabajo más enfocado, en lo que respeta las emociones y cogniciones de un paciente oncológico.

Hay que recordar que el cáncer a diferencia de muchas otras enfermedades, presenta una incertidumbre adicional de lo que implica padecer la enfermedad misma, ya que, a pesar de los avances tecnológicos y médicos, la muerte no deja de rondar los pasillos.

### **Definición de términos**

**Cáncer:** Es el nombre que se otorga, cuando hay células anormales que se multiplican de forma descontrolada y se pueden diseminar a otras partes del cuerpo (Instituto Nacional del Cáncer, 2013).

**Fibroma:** Los fibromas afectan el tejido conectivo y, no siempre causan cáncer ya que por lo general son benignos (INC, 2013).

**Leucemia:** “Cáncer que empieza en los tejidos que forman a la sangre...y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos anormales y que éstos entren en el torrente sanguíneo” (INC, 2013, s.p.).

**Linfoma:** “Cáncer que empieza en las células del sistema inmunitario” (INC, 2013 s.p.).

**Metástasis:** La metástasis implica una propagación del cáncer de una parte del cuerpo a otra (INC, 2013)

**Sarcoma:** “Cáncer que empieza en el hueso, el cartílago, la grasa, el músculo, los vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo” (INC, 2013, s.p.).

**Paliación:** “La paliación ayuda al paciente a sentirse más cómodo y mejora la calidad de vida, pero no cura la enfermedad” (Dugdale, 2012 s.p.).

**Cuidados Paliativos:** Este tipo de ayuda puede empezar desde el momento que se el paciente fue diagnosticado y puede continuar el cuidado durante el tiempo de tratamiento. (Dugdale, 2012 s.p.).

**Tratamiento Paliativo:** El tratamiento paliativo comienza cuando el paciente no va a sobrevivir la enfermedad y el tratamiento médico se suspende (Dugalde, 2012 s.p.).

**Afrontamiento:** “Esfuerzos cognitivos y conductuales constante-mente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Soriano, 2002, p.74).

**Psicooncología:** “La psicooncología se dedica al estudio, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer y su evolución, como también el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico...a lo largo de todo el proceso de la enfermedad” (Sociedad Española de Oncología Médica, 2012, s.p.).

### **Presunciones del autor del estudio**

Se presume que los pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, van a colaborar y responder con honestidad en donde van a contribuir con sus sentimientos, sus preocupaciones, sus ansiedades y brindar una mirada alterna a lo que implica afrontar el cáncer.

Igualmente, se prevé que mediante esta investigación, se observará que los pacientes necesitan un apoyo psicológico personalizado, aparte del tratamiento médico durante su estadía hospitalaria. Se prevé que muchos pacientes al ser diagnosticados presentan una serie de emociones y que a menudo, el hablar únicamente con los familiares y amigos no es suficiente. A veces, el paciente puede desear conversar y desahogarse con una persona neutral como un psicólogo. Esto se cree que puede ocurrir, debido a la creencia de que la persona no desea preocupar a sus familiares y allegados con una conversación poco agradable de lo que implica los miedos, dudas y frustraciones, al padecer esta enfermedad.

### **Supuestos del estudio**

Cada persona tiene sus estrategias para afrontar su enfermedad, sea la religión o hablar con amigos y familiares; pero qué pasa cuando eso no es suficiente para aliviar el dolor emocional. Los resultados obtenidos de este estudio abren la puerta para una mayor exploración sobre cómo el paciente enfrenta su día a día. Así mismo, averiguar sobre la necesidad que los pacientes presentan de poder hablar sobre su problemática sin miedo a herir o preocupar a sus familiares y amigos.

Si bien, este tema ha sido estudiado en varias partes del mundo, el Ecuador se ha

quedado atrás, por lo que es importante realizar una continuación del presente estudio en otros hospitales con pacientes oncológicos y poder mediante los resultados, brindar aquel apoyo psicosociológico que ha sido relegado por tanto tiempo.

A continuación, se presenta la Revisión de la Literatura, la misma que se encuentra dividida en dos temas, los aspectos médicos y psicológicos. Acto seguido se presentará la metodología y diseño de la investigación aplicada, el análisis de los datos encontrados, conclusiones, discusión y las recomendaciones.



## **REVISION DE LA LITERATURA**

### **Géneros de literatura incluidos en la revisión**

#### **Fuentes**

Las referencias que fueron utilizadas en ésta investigación provienen de fuentes confiables. Se han utilizado artículos en versión electrónica de revistas tanto de psicología como de medicina. Así mismo, se han recurrido a la utilización de artículos del periódico e informes provenientes de agencias de gobierno.

#### **Pasos en el proceso de revisión de la literatura**

Para la obtención de información bibliográfica utilizada en la presente investigación se hizo un análisis de las palabras claves del tema del estudio. Estas palabras, incluyen temas que se encuentran relacionados al afrontamiento y sus estrategias, depresión, ansiedad; También aquellos aspectos relacionados a la comprensión a fondo de lo que implica el cáncer: tratamiento, tipos, etc.

Para el proceso de investigación bibliográfica, se buscó en inglés y en español. De esta manera obtener un mayor rango de información y temas relacionados al estudio. Igualmente, la bibliografía utilizada en diferentes artículos para llegar a nuevas fuentes. Se buscó también información estadística o epidemiológica del cáncer tanto mundialmente como específicamente dentro del país, en particular, sobre el tipo de cánceres con mayor incidencia. Este tipo de información se obtuvo mediante la publicación electrónica del Registro de Tumores proveniente del Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, entre otros.

Dado que el tema de la tesis tiene la necesidad de ser explicada mediante ámbitos tanto psicológicos como médicos, también se realizó una investigación profunda de artículos y revistas médicas para tener una mayor comprensión de los procesos biológicos y médicos al momento de tratar al paciente oncológico. Esto fue necesario, ya que se consideró importante proveer una explicación detrás de la medicina para comprender la razón de las secuelas psicológicas. Como se mencionó previamente, el cáncer va de la mano de la medicina y de la psicología.

### **Formato de la revisión de la literatura**

La revisión de la literatura va a estar dividida en dos secciones: el ámbito médico seguido de los aspectos psicológicos. Cáncer; Tipos de cáncer y su epidemiología y sus tratamientos. Seguido de un análisis sobre la depresión, la ansiedad y se terminará con el afrontamiento y sus estrategias en pacientes oncológicos.

### **Aspectos Médicos**

| Para comprender lo que implica ser un paciente oncológico y reconocer que tipos de estrategias de afrontamiento utiliza, es crucial, primero entender la biología detrás de qué es el cáncer. Es de igual importancia, entender es espectro estadístico mundial y nacional de los diagnósticos oncológicos y finalmente comprender cuáles son sus tratamientos y los efectos secundarios que acarrea intentar curar el esta enfermedad.

## **Cáncer**

El cáncer es el término que se utiliza para designar a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a uno o varios órganos del cuerpo. Esto ocurre principalmente debido al crecimiento anormal de células que invaden tejidos y su posible propagación cuando el cáncer es detectado demasiado tarde, proceso conocido como metástasis (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Dentro del gran espectro que implica el cáncer o la dispersión de células anormales, existen más de cien diferentes tipos de cáncer. La mayoría se denominan en base al órgano afectado como es el cáncer de seno, cáncer de próstata, etc., (Instituto Nacional de Cancerología, 2004). La causa del crecimiento anormal de las células ocurre, cuando hay una falla genética y las células normales/sanas reciben mensajes mixtos. Al momento que esto ocurre, la célula empieza a perder control de sí misma y de su desarrollo, de modo que, la célula empieza a dividirse en una velocidad descontrolada y deja de cumplir su función inicial (INC, 2004).

Mientras más rápida es la multiplicación de estas células o masas, los tumores empiezan a formarse. La propagación de las células cancerígenas pasa por cuatro fases: (fase I (no hay propagación) fase II y III (crecimiento y dispersión a los tejidos cercanos) y fase IV (metástasis)). Es también importante diferenciar los tipos de tumores que ocurren. Esto es, cuando son malignos y cuando son benignos o no cancerosos (INC, 2004). Igualmente, es clave poder diagnosticar lo más pronto posible para que se pueda realizar un tratamiento adecuado que evite la metástasis y por consecuencia, la muerte del paciente.

El ser humano está compuesto por millones de diferentes tipos de células las cuales tienen un proceso normal de vida, crecen, se reproducen y mueren cuando están dañadas o viejas (ACS, 2013). En la temprana edad, estas células se multiplican rápidamente para permitir el crecimiento estándar de una persona. Una vez que el individuo ha llegado a su mayoría de edad, la división celular ocurre únicamente para ser el remplazo de aquellas que están desgastadas o muriendo y así mantener el correcto y sano funcionamiento del cuerpo (INC, 2004). El proceso de la división y el remplazo de las células, se encuentra monitoreado por el ácido desoxirribonucleico o ADN, que manda una señal que indica a la célula el momento exacto en la que debe empezar a dividirse, cuantas veces debe hacerlo y cuando no (Asociación Española Contra el Cáncer, 2012).

Cuando se produce un daño en una de las células, estas se reparan o en el caso de que esto no pueda ocurrir, hay una autodestrucción de las mismas, evitando la proliferación de células anormales. Cuando existe este fallo en las células, empiezan a multiplicarse sin control, no hay muerte celular y en cambio, se da lugar a la formación de tumores (SEOM, 2013).

Estas nuevas células se las llama, "*células cancerígenas*" y su proceso se denomina carcinogénesis (AECC, 2012). De acuerdo a la Asociación Española Contra el Cáncer (2012), la carcinogénesis suele durar años y pasa por tres fases: la fase de iniciación tumoral, la fase de promoción y la fase de progresión. La primera fase, ocurre cuando agentes cancerígenos como son, las radiaciones ultravioleta causadas por la exposición desprotegida al sol y el virus del papiloma humano altera el material genético de la célula, esto se conoce como una mutación.

La fase de iniciación tumoral es irreversible, pero no es suficiente como para que se produzca el cáncer. Aunque, ya da el disparo de partida para que exista una vulnerabilidad en dicha célula para dividirse erróneamente con el material genético, que permite la continuación acelerada de la mutación. Estas células alteradas se llaman “*células iniciadas*” (AECC, 2012).

La segunda fase o fase de promoción involucra “*células promocionadas*” en donde los agentes carcinógenos como es el consumo de tabaco, alcohol y hasta una dieta incorrecta continúan presentes, provocando la multiplicación de las células anormales, empieza nuevamente, pero con una rapidez mayor y con ello, nuevas mutaciones (AECC, 2012).

La última fase se denomina fase de progresión. Las células promocionadas continúan siendo afectadas por agentes cancerígenos y las mutaciones se hacen aún más anormales y con una frecuencia más rápida de evolución (AECC, 2012). Como resultado, estas células son anómalas, tanto en forma, tamaño y funcionamiento y tienen la capacidad de infiltrar tejidos cerca de del órgano afectado, como también a distancia por medio de la sangre y los sistemas linfáticos (AECC, 2012). “La linfa es un fluido claro que transporta las células sanguíneas que combaten las infecciones y las enfermedades en todo el cuerpo, la linfa viaja por vasos similares a los vasos sanguíneos” (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2012, s.p.). La infiltración de células cancerígenas a diferentes áreas del cuerpo se conoce como metástasis (AECC, 2012).

El crecimiento anormal de las células inicia la división celular incontrolada que llega a formar un tumor, existen dos tipos de tumores, los benignos y los malignos. Un tumor benigno significa que las células anormales que lo crearon, no poseen la

capacidad de invadir o dispersarse a otros órganos (AECC, 2012). Así mismo, los tumores benignos crecen de manera ordenada, lenta y sólo hasta un tamaño determinado. Este tipo de tumor no suele acarrear efectos secundarios graves (INC, 2004). Usualmente, con este tipo de tumores, extracción es la ruta a tomar y no tienden a reaparecer o poner en riesgo la vida del paciente (INC, 2004). En cambio, cuando las células, no sólo se multiplican sin control pero, también tiene la habilidad de invadir y atacar otros órganos al entrar al torrente sanguíneo; esto se conoce como la formación de tumores malignos (AECC, 2012).

El tumor maligno tiene dos características importantes de conocer: la displasia, y la neoplasia. La displasia, implica que aquellos módulos que logran que haya homeostasis en las células, no pueden controlar la multiplicación descontrolada y empieza a formarse una aglomeración de las mismas, dando paso a la formación de un tumor (AECC, 2012). Cuando las células presentan una modificación en su comportamiento, su forma y su tamaño, implica una adquisición en propiedades causantes del tumor maligno, esto se llama neoplasia (AECC, 2012).

El cáncer pasa por cuatro fases: inducción, in situ, la propagación local y a distancia.

La inducción es el momento en el que se observa los cambios anómalos en las células. Durante este proceso que fácilmente puede durar un tiempo hasta de 30 años, no se puede diagnosticar, dado que no hay una sintomatología medible (AECC, 2012). “In situ”, traducción literal a “en su lugar” (American Society of Clinical Oncology, 2013 s.p.), nombre que se otorga a la presencia de lesiones cancerosas en el órgano de origen. En ésta etapa, se puede realizar un diagnóstico temprano, aunque síntomas

claros todavía no son presentes (AECC, 2012). Finalmente, la propagación local sucede cuando “las células tumorales invaden los tejidos vecinos, infiltrándose en ellos” y la propagación a distancia “ocurre cuando algún grupo de células malignas se desprende del tumor original donde se generó, para trasladarse a otros lugares del organismo (metástasis)” (AECC, 2012, s.p.).

Durante el proceso de la enfermedad, existen cuatro etapas, las cuales dan a conocer al médico y al paciente, la ubicación, si se ha extendido y si está afectando a otros órganos. De igual manera, se puede saber el plan de tratamiento que se debe utilizar (quimioterapia, radioterapia, etc.). Se puede predecir el pronóstico y el riesgo de recaída (ASCO, 2013).

De acuerdo a la American Society of Clinical Oncology (2013), la fase I ocurre cuando hay la presencia de un tumor que no ha generado raíces profundas en los tejidos cercanos y no hay indicativos de que se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Esta fase también se conoce como la etapa temprana.

La fase II y III son las etapas en las que los tumores han crecido en tamaño y se encuentran más arraigadas al órgano y sus alrededores. Igualmente, se observa que para este momento, el cáncer se ha expandido únicamente a los ganglios linfáticos (los ganglios linfáticos producen “glóbulos blancos, como linfocitos, monocitos y células plasmáticas, encargados de destruir a las sustancias extrañas” (Asociación Linfoma, Mieloma y Leucemia, 2014)) (ASCO, 2013).

La fase IV, es la última etapa, la que muestra que el cáncer se ha expandido a otros órganos del cuerpo. Comúnmente, se conoce a esta fase también como cáncer avanzado o cáncer metastásico (ASCO, 2013).

## **Tipos de Cáncer & su Epidemiología**

Como se ha mencionado previamente, el cáncer es el término que se utiliza para describir cuando hay la presencia de células anormales que se han dividido sin control y se encuentran invadiendo tejidos cercanos o han diseminado a otros órganos del cuerpo (Dugalde, 2012). El cáncer no es un solo tipo de enfermedad, en realidad existen más de 100 diferentes tipos de cáncer y se denomina a cada cáncer en base al nombre del órgano afectado; Por ejemplo, cáncer de pulmón o cáncer de mama (INC,2014).

Al haber una cantidad tan grande de todos los diferentes tipos de cáncer según su morfología, el listado para su clasificación sería prácticamente interminable, es por eso que se los agrupa en; sarcomas, carcinomas, linfomas y leucemias (AECC, 2012).

Un sarcoma, es un tumor maligno que nace en los tejidos conjuntivos como es el cartílago, la grasa, los vasos sanguíneos y el hueso (Movva, 2014). Para realizar un diagnóstico, se debe observar la localización del cáncer y puede recibir un nombre distinto. Los más conocidos son: “Osteosarcoma (osteo = hueso), liposarcoma (lipo = grasa), condrosarcoma (condro = cartílago) angiosarcoma (angio = vaso)” (AECC, 2012, s.p.) y “rabdiosarcoma, sarcoma localizado en el musculo.” (INC, 2014, s.p.). Un sarcoma es un tipo de cáncer muy inusual que suele ocurrir tanto en adultos como en niños (Movva, 2014).

Un carcinoma, es un tumor maligno comúnmente originado en “la capa que recubre las células epiteliales de los órganos” (AECC, 2012, s.p.). El carcinoma es un cáncer que afecta a los tejidos que recubren los órganos internos y usualmente se encuentran en los pulmones, el páncreas y el seno y suelen ser los cánceres más comunes. (Movva, 2014). Al igual que el sarcoma, las células cancerígenas presentan características varias por lo que está dividido en cuatro subtipos: adenocarcinoma,



“carcinoma de las células basales, carcinoma de las células escamosas y melanoma” (INC, 2014, s.p.).

El adenocarcinoma es un cáncer que ocurre en el tejido glandular que cubre ciertos órganos. Estas células “producen y liberan sustancias en el cuerpo, como el moco, los jugos digestivos u otros líquido” (INC, 2013, s.p). Usualmente se puede encontrar este tipo de cáncer en el seno, el pulmón, la próstata y el colon.

El carcinoma de células basales es un cáncer de piel y es el más frecuente de tipo, ocurre in la capa más honda de la piel, también conocido como las células basales. Este tipo de cáncer, aparece en aquellas partes del cuerpo que están expuestas al sol con mayor frecuencia, como el cuello y la cabeza (AECC, 2012). El carcinoma de células basales no suele expandirse a otras áreas por lo que la metástasis es poco común (INC, 2013).

A diferencia del adenocarcinoma, el carcinoma de células escamosas ocurre en las células no glandulares, esto es por ejemplo; “el cuello del útero, cabeza y cuello, vagina y ano” (INC, 2013, s.p). Este tipo de cáncer se encuentra en las células superficiales y en el “revestimiento de los aparatos respiratorio y digestivo” (INC, 2013, s.p.).

El melanoma por su parte, es un tumor que “se origina en las células que producen la coloración de la piel (melanocitos)” (AECC, 2012, s.p.). Este tipo de cáncer, tiene una mayor probabilidad de ser tratado con un pronóstico favorable si es que, se lo detecta en las tempranas fases, sin embargo, si el paciente no realiza ningún tipo de chequeo o toma alguna medida, este cáncer va a diseminarse a otras partes, disminuyendo su probabilidad de recuperación ( AECC, 2012).

El linfoma es un cáncer que ocurre en las células del sistema inmunológico o sistema linfático (Movva, 2014) “El sistema linfático, es una red de ganglios y vasos finos que existe en todo el cuerpo, su función es combatir las infecciones. El linfoma afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados linfocitos” (AECC, 2012, s.p.). Dentro del cáncer tipo linfoma, existen dos categorías: linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin.

Linfoma Hodgkin “se caracteriza por un número variable de células gigantes multinucleadas características (células de Reed-Sternberg) o variantes mononucleares grandes...con un fondo de células inflamatorias” (INC, 2014, s.p.). El linfoma no Hodgkin por su parte, se origina por una aglomeración variada de cánceres en las células del sistema inmunológico, estas células tienen la característica de fragmentarse en más cánceres y presentar un crecimiento o desarrollo lento o rápido, dependiendo del paciente (INC, 2014).

La leucemia ocurre en los “tejidos que forman a la sangre, como la médula ósea y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos anormales y que estos entren en el torrente sanguíneo” (INC, 2013, s.p.). En otras palabras, las personas que presentan este diagnóstico presentan un incremento de glóbulos blancos. A diferencia de las otras categorías del cáncer, la leucemia no viene con la formación de un tumor. El daño es directo en la sangre y la medula (AECC, 2012). Es importante recordar que si el cáncer empieza en un órgano, como el hígado y luego este se extiende a la médula ósea no puede ser diagnosticado como leucemia. En la leucemia, también existen cuatro subtipos. Las leucemias que se diferencian en base a la función de la célula que afecta son: leucemia mieloide y linfoide (AECC, 2012). Del mismo modo, se catalogan en el

grado de maduración de las células, estas son: leucemias agudas y crónicas (AECC, 2012).

La leucemia mieloide aguda implica que su proceso y desarrollo es rápido y tiene la característica de ser fatal en muy poco tiempo, al menos que sea diagnosticada prematuramente y dada el tratamiento adecuado (ACS, 2014). La leucemia mieloide aguda se origina en la médula ósea (lugar donde generan nuevas células sanguíneas) pero se disemina el cáncer a la sangre y a otros órganos “incluyendo los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo, el sistema nervioso central...y los testículos” (ACS, 2014, s.p).

La leucemia mieloide crónica inicia en las “células hematopoyéticas (célula inmadura que presenta la habilidad de convertirse en glóbulos rojos, blancos y plaquetas INC, s.p, 2014), de la médula ósea y que invade a la sangre” (ACS, 2014, s.p). La leucemia mieloide crónica ocurre cuando las células anormales se almacenan en el cuerpo y a diferencia de la leucemia mieloide aguda, el tiempo que transcurre esta enfermedad es más largo sin necesariamente presentar síntomas, no sin antes haber transcurrido unos años (ACS, 2014). Una vez que los síntomas se encuentran presentes y el paciente no toma acción, la leucemia puede expandirse a otros órganos y convertirse en una leucemia aguda, implicando, que el desarrollo va ser más rápido y fatal. Este tipo de leucemia suele ocurrir principalmente en adultos (ACS, 2014).

La leucemia linfocítica aguda es un “cáncer que se inicia en un tipo de glóbulo blanco llamado linfocito en la médula ósea” (ACS, 2014, s.p). En el caso de la leucemia linfocítica, esta se propaga a los ganglios linfáticos y otros órganos, luego se dispersa rápidamente a la médula. Al momento de realizar el diagnóstico, es importante

diferenciar cuándo es leucemia o linfoma. Si la médula ósea está remplazada con linfocitos cancerosos es leucemia, pero, si el ganglio linfático ha crecido en tamaño, es posible que se esté tratando de un linfoma (ACS, 2014).

La diferencia entre leucemia linfocítica crónica y la aguda es el tiempo en el que se desarrolla, en este caso es lento. De forma muy similar, la leucemia mieloide crónica, puede desarrollarse muy rápidamente si no se diagnostica a tiempo. El problema es que nuevamente, este tipo de leucemia toma mucho tiempo antes de que se presenten síntomas, por lo que es poco probable que se diagnostique a tiempo.

Una vez que se conoce qué cáncer es el paciente presenta, se analiza qué tipo de cáncer es, en base al órgano afectado.

### **Tipos de Cáncer más frecuentes de acuerdo al Género**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el cáncer se encuentra en el primer puesto de causa de muerte a nivel mundial. En el año 2012, hubo 8,2 millones de personas que fallecieron a causa de esta enfermedad, pero, se cree que va a aumentar a un potencial de 22 millones de defunciones para el año 2034 (OMS, 2014).

En el año 2012 hubo un total de 141, 1 millones de personas diagnosticadas; de este número, se debe tomar en cuenta la división en cuestión de género. Al analizar la tasa de incidencia de cáncer en base al género, se denota que existe 25% más de pacientes hombres diagnosticados que mujeres, esto se ve que ocurre mundialmente, con una tasa de “205 y 165 por 100.00 respectivamente” (GLOBOCAN, 2012).

Al hablar de la mortalidad, la variabilidad de género es menor con un porcentaje de 15% en hombres y de 8%, en hombre a comparación de mujeres (GLOBOCAN, 2012).

- **Cáncer de Seno:** El cáncer de seno o también conocido como cáncer de mama, es un tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria. Suele aparecer comúnmente en los conductos de leche y los “lúbulos (glándulas que producen leche)” (INC, 2014, s.p). Este tipo de cáncer es considerado maligno dado que las células cancerígenas tienden a invadir y hacer metástasis a otros diferentes órganos (AECC, 2014). Esta enfermedad es una de las causas de muerte más comunes en mujeres, aunque también existe en hombres, su incidencia es muy rara (ACS, 2014).

En el año 2010, Centers for Disease Control and Prevention (2013) realizó un estudio en todos los estados de Estados Unidos, en donde dividió la incidencia de cáncer de seno en base a la raza, empezando con la raza Caucásica con 409.9 de mujeres, seguido por la Afroamericana con 388.8 y finalmente la Hispánica con 314.9.

En el año 2012, The International Agency for Cancer, GLOBOCAN, indicó mundialmente que hubo un total de 1.676.633 de mujeres diagnosticadas con cáncer de seno o un 25.2% de la tasa global. (GLOBOCAN, 2012). Específicamente, hubo un total de 17.100 mujeres hispanas con cáncer de mama en los Estados Unidos (AMC (2012).

El Registro Nacional de Tumores, del Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, hubo en el 2013, un total 2.760 casos (Cueva, 2014). El cirujano oncólogo, Luis Péndola, indicó que la tasa de casos de cáncer de mama de ese mismo año fue de 11.6% en todo el país (La Hora, 2013).

De acuerdo a la American Cancer Society (2014), se estima que va a haber un total de 232.670 mujeres con cáncer de seno para el fin del presente año.

- **Cáncer de Próstata:** La próstata es una glándula perteneciente al aparato reproductor masculino. Se encuentra debajo de la vejiga y tiene como propósito, producir el líquido seminal (INC, 2013). “El cáncer en la próstata se produce por un crecimiento tumoral e invasión de la cápsula prostática. Más tardíamente el tumor puede romper la misma y crecer invadiendo los tejidos y órganos periprostáticos” (AECC, 2012, s.p). Este tipo de cáncer es el más común en los hombres y usualmente ocurre en edad avanzada (INC, 2013).

El cáncer de próstata en el año 2010, tuvo una incidencia de 555.2 pacientes Afroamericanos, seguido por 495.2 Caucásicos y 390.4 Hispanos (CDC, 2013).

En el año 2012, hubo un total de 1.111.680 hombres diagnosticados con cáncer a la próstata o un 15% del total de cáncer a nivel mundial (GLOBOCAN, 2012).

Para el año 2012, hubo un total de 15,400 o un 29% hombres diagnosticados con cáncer prostático, que indicaron ser de raza hispana en Estados Unidos. (ACS, 2012).

En el Ecuador, en el año 2013, se registraron 2.958 casos en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito (Cueva, 2014).

De acuerdo a la American Cancer Society (2014), se estima que va a haber un total de 233.000 diagnósticos de cáncer de próstata para el fin del presente año.

- **Cáncer Colorrectal:** El cáncer colorrectal implica la presencia de un tumor maligno que proviene de un “pólipo existente en la mucosa del colon” (AECC, 2013). El cáncer colorrectal puede aparecer o en el colon o en el recto y se suele nominarlo dependiendo de su localización, pero en este caso, ambos tipos de

cáncer son muy parecidos por lo que se los menciona juntos (ACS, 2014). Específicamente, el cáncer de colon muestra la presencia de un adenocarcinoma en los “tejidos del colon (la parte más larga del intestino grueso)” (...) mientras que, el cáncer del recto, se forma en los... “tejidos del recto (las últimas pulgadas del intestino grueso, más cercanas al ano” (INC, 2013, s.p).

Centers for Disease Control and Prevention (2013), indicó que en el año 2010, en Estados Unidos, tanto hombres y mujeres caucásicos presentaron un total de 502.7 casos de cáncer colorrectal. En la raza afroamericana hubo 495.2 y la hispana tuvo 390.4 pacientes diagnosticados con ésta enfermedad (CDC, 2013). En el mismo año, La Información del Anuario de Estadísticas Vitales del INEC, presentó 888 casos en hombres y 679 en mujeres ecuatorianas (Bueno, 2013).

Para el año 2012, GLOBOCAN (2012) presenta un total de 74.628 o unos 10% de la población mundial de hombres y mujeres afectados con cáncer colorrectal. En aquel año, se diagnosticó en Estados Unidos a un total de 5.900 hombres, que se lo puede describir también como un 11% de hispanos con cáncer colorrectal y un total de 4.800 o un 8 % de mujeres con la misma patología (ACS, 2012).

El Registro Nacional de Tumores, Solca, Quito, indica que en el año 2013 hubo un total de 9,846 casos masculinos de cáncer de colon; por otro lado, 848 fue el total de mujeres (Cueva, 2014).

Finalmente, para el presente año, The American Cancer Society (2014) estima que va a haber una incidencia total de 96. 830 de pacientes de cáncer de colon, de los cuales 48.450 serán hombres y 48.380 serán mujeres. Mientras tanto, se estima un total de 40.000 de pacientes de cáncer del recto. Igualmente, se

predice la presencia de 23.380 diagnósticos a pacientes masculinos y 16. 620 a pacientes femeninos (ACS, 2012).

- **Cáncer de Pulmón:** El cáncer que ocurre en el pulmón se da cuando se empieza a formar un tumor en base a la multiplicación descontrolada de células anormales y empieza por las células que protegen las vías respiratorias (INC, 2013). En el cáncer al pulmón, existen dos variedades: de células pequeñas y no pequeñas. Las células pequeñas se refiere a que empieza con aquellas células que producen las hormonas del pulmón (ASCO, 2013). En cambio “el cáncer de células no pequeñas, se origina en las células epiteliales y es el tipo más frecuente” (ASCO, 2013, s.p).

En el 2010, 502,7 fue el número de pacientes oncológicos de raza Caucásica diagnosticados con cáncer al pulmón; 495,2 de raza Afroamericana y 390.4 (CDC, 2013).

GLOBOCAN en el año 2012, estimó la incidencia, mortalidad y prevalencia mundial, mano a mano con The International Agency for Research on Cancer. En el caso del cáncer al pulmón en hombres, hubo un 16.7 % que surge del total de 1.241.601 de pacientes. De igual manera se demostró la presencia de 583.100 o un 8.8% en mujeres.

De igual manera, se obtuvo los datos de las personas de raza Hispana en Estados Unidos y en base a la diferencia de género y se observó que hubo 4.700 casos o un 8% de pacientes masculinos y con un 7% de pacientes femeninos, más específicamente; 4.200 mujeres (ACS, 2012).

En el Ecuador, el cáncer al pulmón es uno de los tipos más frecuentes de prevalencia en los hombres, por lo que las estadísticas del Registro Nacional de



Tumores, Solca, Quito, indican que en el 2013 hubo un total de 468 pacientes (Cueva, 2014).

En el caso del presente año, The American Cancer Society ha expuesto sus estimaciones ante la epidemiología posible con relación al cáncer de pulmón y lo que se ha observado es que, puede haber un total de 224.210 pacientes, de los cuales, 116.000 suponen va a proceder de la población masculina y 108.210 de la femenina.

**Cáncer de Útero:** El cáncer uterino es el más frecuente dentro del área reproductiva femenina. En este caso, lo que ocurre es que puede estar presente un tumor benigno o maligno. Lo que se observan son “fibromas (tumores benignos en el músculo del útero), endometriosis, (tejido endometrial en el exterior del útero u otros órganos) y la hiperplasia endometrial (un aumento del número de células en el revestimiento del útero)” (ASCO, 2012).

En el año 2010, Centers for Disease Control and Prevention (2013) realizó un estudio en todos los estados de Estados Unidos, en donde dividió la incidencia de cáncer de útero en base a la raza. Empezando con la raza Caucásica, con 404,2 mujeres, seguido por la Afroamericana con 383,7 y, finalmente la Hispánica con 310,0

GLOBOCAN, (2012) indicó mundialmente que hubo un total de 527.624 o un 7.9% de mujeres que cumplen criterio del diagnóstico de cáncer uterino. De igual forma, se tabuló un 2,100 (4%) de mujeres Hispanas (ACS, 2012).

En Ecuador, se registró un total de 1.259 casos en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca de Quito (Cueva, 2014).

The American Cancer Society, (2012) estima que para el fin del presente año habrá alrededor de 12.360 mujeres con ésta patología.

- **Cáncer de Estómago:** El cáncer de estómago o cáncer gástrico como también se lo conoce, implica que hay la presencia de un “adenocarcinoma al derivar de las células que forman parte de una glándula; las glándulas gástricas (ASCO, 2013). Una vez que el tumor del estómago ha crecido de tal manera que ha atravesado las paredes del mismo, el cáncer empieza en su trayecto a invadir diferentes órganos que se encuentren en su alrededor “hígado, vesícula, páncreas, colon, riñón derecho, etc.” (AECC, 2011, s.p).

En relación a la epidemiología presentada en el año 2010 por parte de Centers for Disease Control and Prevention (2012), se denota que el cáncer al estómago tuvo una mayor incidencia en la raza Afroamericana, con un total de 553,2 mientras que, la raza Caucásica, tuvo un total de 495,2 y la Hispánica registró 390,4 de pacientes.

El año 2012, trajo consigo un total 631.293 hombres o un 8.5% en comparación con las mujeres, quienes registraron un total de 320.301 casos, o un porcentaje del 4.8 (GLOBOCAN, 2012). En lo que concierne a la población hispana, se obtuvo una aproximado de 3.000 personas diagnosticadas con cáncer de estómago y se estima que 1.600 fallecieron (ACS, 2012).

El Registro Nacional de Tumores del Hospital Solca, Quito, indicó que hubo en el 2013 un total de 1.437 hombres y 917 mujeres diagnosticadas con cáncer al estómago (Cueva, 2013).

El año 2014, permitirá a The American Cancer Society indagar y estimar sobre un número aproximado de personas que puedan ser diagnosticadas y se ha propuesto un total de 22.220, de las cuales, al ser divididas por sexo, se cree que los hombres tendrán una mayor incidencia con 13.730 a comparación al 8.490 de mujeres (ACS, 2012).

## **Tratamientos**

El cáncer tiene varias etapas y a través de los años hay una mejoría en el tipo de tratamiento que se proporciona al paciente oncológico. Existen tres tipos de tratamiento principales: “la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, aunque también puede administrarse otro tipo de terapias específicas para algunos tumores como la hormonoterapia, la inmunoterapia, el tratamiento con láser, etc.” (AECC, 2014, s.p)

A pesar de que estos son los mejores tratamientos que se tiene hasta el momento, la eficacia del tratamiento puede variar dependiendo de la clase de tumor y del paciente.

La cirugía oncológica es el tratamiento más efectivo al momento de trabajar con el cáncer, esto se da en particular, dado que, mediante este proceso, se puede usar para “diagnosticar cáncer, determinar dónde está alojado, si se ha diseminado, y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo; extirpar el tejido canceroso en parte o en su totalidad” (ASCO, 2012, s.p).

### **Cirugía**

La cirugía oncológica presenta 7 tipos: la cirugía preventiva/ profiláctica, de diagnóstico, clasificación de etapa/exploratoria, curativa, paliativa, reductora y reconstructiva.

La cirugía preventiva o también conocida como profiláctica, es un tipo de procedimiento que como su nombre lo indica, tiene el objetivo de extirpar lesiones que tienen la posibilidad de convertirse en cáncer, a pesar de que no existan síntomas o signos (AECC, 2011). El ejemplo más común de este tipo de cirugía es la “extirpación

de pólipos precancerosos del colon para evitar el cáncer de colon” (ASCO, 2012, s.p). Así mismo, este tipo de cirugía, al ser preventiva, es utilizada cuando existe la presencia de una vulnerabilidad hereditaria; Esto suele ser comúnmente, cáncer de seno. Dado este caso, muchas personas suelen someterse a una “mastectomía profiláctica, esto significa que los senos son extirpados antes de que se detecte el cáncer” (ACS, 2013, s.p).

La cirugía de diagnóstico, tiene como objetivo realizar un juicio concreto para descartar o no, la presencia de un cáncer. Para este tipo de cirugía se puede emplear varias técnicas quirúrgicas, que van a dar cabida al médico oncólogo, poder realizar un diagnóstico (AECC, 2011). En la mayoría de casos, se puede observar la presencia de tumores, pero muchas veces la única forma para comprender o conocer específicamente qué es lo que está ocurriendo, es mediante una cirugía. Lo que se realiza es una biopsia quirúrgica, que implica que, se debe extraer un fragmento del tejido celular para realizar un diagnóstico y determinar qué tipo de cáncer se está tratando (ACS, 2013). La biopsia tiene dos categorías. La primera, se llama *biopsia incisión*, la cual “extirpa una parte de la superficie sospechosa para su examen. En la *biopsia excisional*, se extirpa todo el nódulo” (ASCO, 2012, s.p). Como previamente se ha mencionado, una vez que se obtengan los resultados de la biopsia, se entregan al médico el reporte patológico y se empieza a hablar sobre cuáles deben ser los procedimientos siguientes a seguir.

La cirugía para la clasificación de la etapa se realiza para conocer el estatus del cáncer, y de ahí saber si se ha diseminado a otros órganos. En este caso, primeramente se realiza un examen físico y se manda al paciente a que realice una serie de pruebas de

sangre y estudios por imagen para determinar en una primera instancia la etapa en la que se encuentra en el cáncer (ACS, 2013).

La siguiente etapa es la cirugía o también conocida como etapa patológica, en este caso se hace una exploración quirúrgica en la que se proporciona un panorama más específico sobre el grado de diseminación del cáncer. La etapa patológica implica el uso de dos tipos de cirugía, la laparotomía y la laparoscopia (ACS, 2013). Una laparotomía es cuando se hace “una incisión, por lo general en la línea media desde el extremo del esternón a la parte inferior abdomen para observar directamente el área” (ACS, 2013, s.p). Una laparotomía es una cirugía mayor en donde se puede evaluar a mayor escala el volumen y ubicación del tumor, es a su vez, un momento adecuado para realizar biopsias.

Una laparoscopia “requiere que se haga un pequeño corte (incisión) en la piel en la región estomacal (abdomen). Luego se coloca un tubo delgado llamado laparoscopio a través de un corte en el abdomen para buscar áreas que pudieran ser cáncer” (ACS, 2013, s.p). Si durante la exploración laparoscópica, se observa alguna célula que provoque sospecha del médico, se realiza una biopsia de la misma. Acto seguido, se realiza un reporte patológico y se puede desentrañar el tipo de cáncer que se tiene, la fase en la que se encuentra y el procedimiento a seguir.

La cirugía curativa o radical es la medida a tomar cuando el tumor cancerígeno se encuentra localizado en un área específica, y por ende, se puede extirpar el tumor por completo (ACS, 2013). Es por esta razón que se llama cirugía curativa, dado que tiene como propósito de curar al paciente de su enfermedad oncológica y ser el tratamiento principal, “para ello es necesario extirpar todo el tejido tumoral visible

(macroscópicos) junto al aparentemente sano que rodea la lesión para eliminar los restos tumorales microscópicos” (AECC, 2011).

En este caso, lo que se suele realizar es combinar el tratamiento quirúrgico con quimioterapia o radioterapia, dependiendo el tipo de diagnóstico del paciente. El médico determinará si se deberá de administrar la quimioterapia o la radioterapia antes o después de la cirugía (ASCO, 2014).

A diferencia de la cirugía curativa, la cirugía reductora o citurreductora se utiliza comúnmente cuando el cáncer se encuentra en una etapa avanzada y se busca realizar una extirpación parcial del tumor. Esto sucede porque “la extensión local o locorregional del cáncer no permite realizar una eliminación completa del mismo” (AECC, 2011, s.p). En otras palabras, cuando la extracción total del tumor provocaría un gran daño a los órganos adyacentes. En este caso, lo que se realizaría a continuación es un tratamiento de radioterapia o quimioterapia para eliminar lo que ya no se pudo remover quirúrgicamente (ACS, 2013).

Al momento de hablar de la cirugía paliativa, es importante comprender que esta opción no tiene como objetivo curar al paciente de su enfermedad, sino, reducir y/o aliviar los síntomas secundarios causados por el tumor que estén provocando un dolor que no puede ser controlado por otros medios (AECC, 2011). Este tipo de cirugía suele ser utilizado tanto en cánceres altamente avanzados o como previamente mencionados, para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente (ASCO, 2012). “Algunos cánceres en la región del estómago (el abdomen) pueden crecer lo suficientemente grandes como para bloquear, obstruir el intestino. Si esto ocurre, la cirugía se puede usar para eliminar el bloqueo” (ACS, 2013, s.p).

Existen cuatro tipos distintos de cirugía paliativa; la cirugía para aliviar el dolor, para detener el sangrado, para insertar una sonda de alimentación o para la administración de medicamentos, o para evitar fracturas de huesos.

La cirugía para aliviar el dolor es utilizada cuando el tumor está ejerciendo presión en algún nervio o está obstruyendo el funcionamiento adecuado de algún órgano en particular y la realización de esta cirugía, apaciguará el dolor. (ASCO, 2012).

La cirugía para detener el sangrado es la opción a tomar cuando

Algunos tipos de cáncer tienen una mayor tendencia a causar sangrado porque se desarrollan en áreas (por ejemplo, el útero) con alta concentración de vasos sanguíneos u órganos (como el esófago, el estómago y el intestino) en las que los tumores son muy frágiles y pueden sangrar fácilmente debido al paso de alimentos y productos de desecho (ASCO, 2012, s.p).

Entre otras razones, el sangrado también puede ocurrir como efecto secundario de ciertos medicamentos utilizados para tratar esta enfermedad (ASCO, 2012).

La cirugía para insertar una sonda para administrar alimentos se realiza al insertar una sonda en el estómago o intestino y es utilizada cuando el cáncer se expandido de tal forma que el consumo de alimentos se ha vuelto una tarea demasiado dolorosa y difícil para el paciente a realizar, o en el caso de que tratamiento alternativo oncológico, impida la retención de alimentos (ASCO, 2012). En cambio, cuando los

efectos secundarios de la quimioterapia provocan un nivel de dolor tan fuerte, se administra el medicamento mediante una sonda en la vena (ASCO, 2012).

Finalmente, la cirugía paliativa para evitar las fracturas en los huesos ocurre cuando el tratamiento o el cáncer mismo provocan una debilidad en la densidad ósea del paciente, por lo que se observa una fragilidad particular ante las rupturas y su recuperación puede ser muy lenta generando un dolor insoportable para el paciente. En este caso, se realiza una cirugía en la que se inserta “una varilla de metal que puede ayudar a evitar las fracturas de los huesos débiles y aliviar el dolor durante la consolidación” (ASCO, 2012, s.p).

La cirugía reconstructiva o reparadora, tiene como propósito reponer el aspecto y/o la función de un órgano en particular, después de que se haya realizado una cirugía para remover el área afectada por el cáncer (AECC, 2011). Los ejemplos más comunes de este tipo de cirugía son “la reconstrucción del seno después de una mastectomía, el uso de colgajos de tejido, injertos de hueso o materiales protésicos (metal o plástico) después de una cirugía contra los cánceres en la región de la cabeza y cuello” (ACS, 2013, s.p).

Ante todo procedimiento médico de alto riesgo, como es una cirugía, se puede esperar que ocurran ciertos efectos secundarios o secuelas post operatorias. Al momento de esperar buenos y beneficiosos resultados se toma en consideración el tipo de cirugía que se va a realizar, la experiencia del médico cirujano, la duración y el tipo de medicamentos utilizados y la salud física del paciente. Aunque todas las variables estén presentes, hay veces que diferentes procedimientos presentan algún un nivel de riesgo y efectos secundarios (ACS, 2011).



Dentro de los problemas más comunes de cirugía se trabaja con el dolor y las infecciones post operatorias. Considerando que una cirugía implica cortes, manipulación de órganos, etc., un cierto nivel de dolor se debe esperar estar presente en casi todas las personas. Aunque un grado de dolor es normal, muchas veces puede ser muy doloroso y de larga duración, por lo que se prescribe medicamentos como “aspirina y acetaminofén (Tylenol®) hasta medicamentos más fuertes como la codeína y la morfina” (ACS, 2013, s.p).

Es importante reconocer que, no porque el paciente recién experimentó una cirugía, que el dolor va a ser permanente. Hay personas que presentan un umbral de dolor mayor por lo que no siempre experimentarán grandes cantidades de dolor. En el caso de aquellas personas que sí sienten dolor, es una situación que puede llegar a afectar varios aspectos de la vida personal del paciente (ACS, 2013). Es común, observar que el dolor pueda afectar en las actividades diarias de la vida de la persona; Dentro de ello se encuentran los “problemas para dormir y comer, así como mostrarse irritable con sus seres queridos. Resulta fácil sentir frustración, tristeza e incluso enojo cuando se tiene dolor” (ACS, 2013). El problema que esto genera en el paciente, es que aunque puede tener a sus familiares y allegados más cercanos siendo empáticos y solidarios, no pueden comprender en su totalidad lo que el paciente está vivenciando, por lo que puede provocar que se sienta solo con su enfermedad (ACS, 2013).

Al momento de trabajar con el dolor, es importante que el paciente pueda discutirlo con tranquilidad con su médico ya que muchas veces puede ser solamente una reacción ante la operación, pero en ciertos casos, puede ser una señal de un problema mayor (ACS, 2013).

Un paciente quirúrgico implica que tiene una herida, ésta herida puede estar muy bien cuidada dentro de las condiciones más estériles que implica estar dentro de un hospital, pero aun así, ésta puede infectarse. En caso de que ocurra una infección, los tratamientos comunes incluyen la administración de antibióticos sea vía oral o por un medio intravenoso (ACS, 2013).

En el caso de que haya una infección más seria, puede haber una infección pulmonar o comúnmente conocida como neumonía, en donde se recomienda ejercicios de respiración, otras infecciones pueden observarse dentro de la herida misma, sangrados tanto internos (hemorragia) o externos. En el caso de que exista un sangrado grave, el paciente deberá volver a la mesa de operaciones para encontrar y detener la fuente (ACS, 2013). Otro tipo de infección es cuando se forman coágulos en las venas de la pierna después de la cirugía a causa de un periodo largo de inmovilidad del paciente, esto se conoce como *trombosis venosa profunda* (AECC, 2011). El problema mayor con este tipo de coágulos es que pueden desprenderse y trasladarse a otra área del cuerpo como el corazón, pulmón o cerebro. Es justamente por esta razón que, es importante que el paciente tenga actividad física post operatoria para evitar problemas mayores (ACS, 2013).

Otras complicaciones adversas que pueden ocurrir, que son poco comunes, son aquellas a largo plazo como que:

Las personas que se someten a una cirugía colorrectal pudieran necesitar una abertura en el abdomen a la que se adhiere el extremo del colon (colostomía) Los hombres cuya próstata es extirpada (prostactectomía radical) están en riesgo de perder control sobre su orina (incontinencia) o de no poder lograr mantener una erección) (ACS, s.p 2013).

## **Quimioterapia**

La quimioterapia implica la utilización de medicamentos destinados a la destrucción de células cancerígenas y así detener su propagación. A diferencia del tratamiento quirúrgico, en el que únicamente extirpan o destruyen ciertas partes del cuerpo, la quimioterapia destruye todo a su paso (ASCO, 2012). La quimioterapia al entrar directamente al torrente sanguíneo tiene como propósito aniquilar las células cancerosas, pero las células normales del cuerpo son igualmente atacadas por ese tratamiento. A pesar de que con el paso del tiempo, el tratamiento de la quimioterapia y los fármacos utilizados en sus procesos van mejorando, el daño a las células normales es un efecto secundario que no ha podido ser evitado hasta el momento (ASCO, 2012).

La quimioterapia muchas veces se la conoce como el coctel de medicinas dado que, “actualmente se utilizan más de 100 medicamentos de quimioterapia en muchas combinaciones” (ACS, s.p, 2013). A pesar de que se puede utilizar un solo tipo de medicamento para tratar el cáncer, es altamente recomendable que se utilice la quimioterapia de combinación. De esta forma, se va a lograr que cada medicamento ataque a una mayor cantidad de células cancerígenas por lo que es más efectivo el tratamiento. De igual manera, al utilizar varios fármacos, existe una menor posibilidad que el cáncer se torne resistente al medicamento utilizado (ACS, 2013).

El objetivo principal de la quimioterapia es la utilización de medicamentos para destruir células cancerosas. De manera más específica, se debe analizar el tipo de tumor que tiene el paciente y la etapa en la que se lo diagnosticó. La quimioterapia puede ser utilizada en varias etapas y no siempre para el mismo enfoque, generalmente, se lo utiliza para “curar el cáncer, evitar que el cáncer se propague, desacelerar el crecimiento

del cáncer, matar las células cancerosas que puede que se hayan propagado hacia otras partes del cuerpo y aliviar los síntomas causados por el cáncer” (ACS, 2013, s.p).

La quimioterapia puede ser administrada en seis diferentes formas: por vía intravenosa, oral, intrarterial, intraperitoneal, tópica y por inyección. En el caso de la quimioterapia por vía intravenosa, el fármaco es introducido directamente en la vena y el tiempo de administración de la dosis puede variar de minutos a horas, dependiendo el medicamento que ha sido prescrito por el médico (ASCO, 2012).

Dentro de los nuevos métodos alternativos para la administración de la quimioterapia, se encuentra el tratamiento por vía oral, lo que implica que el medicamento se encuentra en una capsula o píldora. Esto facilita el tratamiento para el paciente (ASCO, 2012).

El tratamiento por vía intrarterial es una de las formas en la que la medicina tiene un ingreso más rápido y directo al ser introducido en la arteria que proporciona sangre directamente al tumor (ASCO, 2012).

Como previamente se ha mencionado, la quimioterapia es un tratamiento que debe ser aplicado de acuerdo a la etapa y tumor que presente el paciente. En el caso de cáncer de ovario, hígado y/o estómago, es preferible un abordaje por vía intraperitoneal. En este caso “el medicamento ingresa directamente en el abdomen o la cavidad peritoneal” (ASCO, 2012, s.p).

Dentro de los mecanismos más simples de la administración de la quimioterapia, se encuentra el tratamiento por vía tópica, en la que se aplica la medicina en crema directamente a la piel (ASCO, 2012).

Finalmente, se encuentra la administración de la quimioterapia por inyección, en

la cual el medicamento es introducido “en el músculo o en una parte adiposa del brazo, de la pierna o del abdomen” (ASCO, 2012, s.p).

El proceso de la quimioterapia se la proporciona a través de varios periodos los cuales, dependiendo del paciente en cuestión, puede durar desde un día a una semana. De acuerdo a Dugalde (2012), es necesario que el paciente que se encuentra recibiendo quimioterapia, tenga un espacio para reposar del tratamiento. Este periodo de descanso puede durar entre semanas hasta meses.

La quimioterapia es un tratamiento que tiene como efecto secundario principal el daño a las células sanas.

Las células normales con mayores probabilidades de ser dañadas por la quimioterapia son las células productoras de sangre en la médula ósea, así como las células de la boca, del tracto digestivo, del sistema reproductor y los folículos del cabello. Algunos medicamentos de quimioterapia pueden dañar las células del corazón, los riñones, la vejiga, los pulmones y el sistema nervioso (ACS, 2013, s.p).

Tomando en consideración que el tratamiento de la quimioterapia provoca daños en algunas de las células sanas previamente mencionadas, nuevamente esto depende del paciente. Es lógico, que la destrucción de células provoque efectos secundarios.

The American Cancer Association (2013) y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2011) indican que los efectos secundarios más comunes provocados por la quimioterapia son los siguientes:

- Anemia
- Cansancio
- Caída del cabello
- Aumento de peso
- Alteraciones en la vejiga y problemas de urinarios
- Alteraciones en la piel y uñas
- Nausea y vómito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Problemas de garganta, encías y úlceras bucales
- Alteraciones en la sexualidad y la fertilidad
- Alteraciones renales
- Alteraciones cardíacas
- Alteraciones neurológicas

El tiempo de duración de los efectos secundarios varían de acuerdo al paciente, pero usualmente desaparecen, aunque de manera lenta, una vez terminado el tratamiento. Esto ocurre el momento en el que las células sanas empiezan a recuperarse, desafortunadamente, toma tiempo y no se puede predecir un tiempo exacto, dado que depende del paciente en cuestión y el tipo de tratamiento que está recibiendo (ASC, 2013).

A pesar de que la mayoría de los efectos secundarios adversos provocados por la quimioterapia desaparecen, en ciertos casos puede llegar a originar daños irreversibles en el corazón, pulmón, riñón y/o órganos sexuales (ACS, 2013).

## **Radioterapia**

La radioterapia es la transmisión de energía con el propósito de dañar los genes de las células cancerígenas. Las células del cáncer tienen una mutación genética en su ADN por lo que empiezan a multiplicarse de forma excesivamente rápida provocando la formación de un tumor maligno. La radioterapia tiene como propósito dañar el material genético que está provocando ésta alteración y de esta manera evitar que continúen propagándose (ACS, 2014). Al aplicar al paciente con dosis de radioterapia, las células anormales empiezan a morir, lo que implica la eliminación de las células cancerígenas y como consecuencia, una reducción en los tumores (ACS, 2014).

Si bien la radioterapia está más enfocada al área afectada, las células sanas desafortunadamente, se ven igualmente afectadas.

La clara diferencia es que, aquellas células sanas que fueron afectadas por el tratamiento, pueden regenerarse. En cambio, las células del cáncer una vez que la radioterapia destruye su material genético, no presentan la capacidad de reparación (Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterapia, 2012).

En el caso de la radioterapia, el propósito principal es curar al paciente del cáncer, aun así, se la puede utilizar también para: “eliminar tumores que no se diseminaron a otras partes del cuerpo, reducir el riesgo de que vuelva el cáncer después de realizar la cirugía o la quimioterapia matando las pequeñas cantidades del tumor que pudieran haber quedado, achicar el cáncer antes de la cirugía” (SEOR, 2012, s.p)

Para la administración de la radioterapia es importante conocer qué tipo de cáncer y su etapa, la localización y la historia clínica del paciente. Una vez que el

médico conoce esta información, se decide si la radioterapia va a ser administrada de forma externa, interna y/o sistemáticamente (INC, 2008)

La radioterapia externa es aplicada con una máquina de rayos X que es colocada a un metro de distancia del paciente y durante este proceso “se dirige un rayo (o varios rayos) de radiación a través de la piel hacia el cáncer y el área circundante inmediata a fin de destruir el tumor principal y las células cancerosas cercanas” (SEOR, 2012, s.p). Este tipo de terapia se administra específicamente a pacientes ambulatorios, lo que implica que el paciente no debe estar hospitalizado para este tratamiento. Este tipo de terapia se aplica comúnmente al “cáncer de vejiga, cerebro, seno, cervix, laringe, pulmón, próstata y vagina” (INC, 2008, s.p). La radioterapia externa se encuentra dividida entre la radioterapia intraoperatoria y la irradiación craneal profiláctica.

La radioterapia intraoperatoria tiene como objetivo eliminar aquellos tumores que no pudieron ser extirpados quirúrgicamente en su totalidad y presentan una posibilidad mayor de remisión. Este tipo de terapia se debe aplicar directamente in situ al tumor durante y después de la cirugía (INC, 2008).

En cambio, la irradiación craneal profiláctica es un tratamiento externo aplicado al cerebro cuando el riesgo de metástasis cerebral es muy alto (INC, 2008).

La radioterapia interna o también conocida como braquiterapia es la aplicación de radiación cerca o en el interior del tumor. “La fuente de radiación está ordinariamente sellada en un portador pequeño llamado implante. Los implantes pueden ser alambres, tubos de plástico llamados catéteres, cintas, cápsulas o semillas. El implante se inserta directamente en el cuerpo” (INC, 2008, s.p).



La radioterapia interna se administra de dos formas, intersticial e intracavitaria o intraluminal. Al colocar fuentes radiactivas directamente en el tejido donde se encuentra localizado el tumor, en particular en tumores ubicados en la cabeza y en las regiones genitales, tanto en hombres como en mujeres, se conoce como radioterapia intersticial (SEOR, 2012).

La radioterapia intracavitaria o intraluminal, por su parte, se utiliza comúnmente en el cáncer de útero mediante un aplicador dentro de un espacio adyacente al tumor (INC, 2008).

Finalmente, la radioterapia sistémica utiliza yodo y estroncio (metal) que puede ser administrado al paciente de forma oral o mediante una inyección. Este tipo de tratamiento es comúnmente utilizado en pacientes adultos diagnosticados con linfoma no Hodgkin (INC, 2008).

En el caso de la radioterapia, los efectos secundarios pueden ser observados en el área en donde el paciente se encuentra recibiendo la radiación y suelen aparecer a partir de la segunda o tercera semana de tratamiento (SEOR, 2012). Los efectos secundarios más comunes que se reportan con la radioterapia son: cansancio, problemas en la piel, caída de pelo, alteraciones en el tórax (problemas para respirar y tragar), diarrea, vómitos, náusea y pérdida de peso (AECC, 2012).

## **Aspectos Psicológicos**

El cáncer como se mencionó previamente, implica una serie de cambios físicos, empezando desde la formación de los tumores hasta los diferentes efectos nocivos que ocurren con cada uno de los tratamientos a seguir. El proceso físico que conlleva el experimentar cada una de esas situaciones provoca también, un desenlace de pensamientos y emociones que desencadenan en trastornos psicológicos como es la ansiedad y la depresión. Dicho esto, el paciente con cáncer utiliza una serie de estilos y tipos de estrategias para poder afrontar de la mejor manera posible, su enfermedad.

## **Depresión**

Al momento de hablar de la depresión, es importante tomar en cuenta que no se está hablando de una tristeza pasajera o una señal de debilidad por parte de la persona afectada. La depresión es una patología psicológica que afecta a la persona tanto en los aspectos orgánicos como cognitivos (Kytly, Strock, Spearing, Wittenberg, Whittemore, Dobois & Alberts, 2004). La depresión debe ser tratada con la seriedad que merece y analizar qué tipo de depresión presenta el paciente dado que esto va a indicar el tiempo de duración y el tipo de tratamiento que debe ser administrado (Kytly y colaboradores, 2004).

La depresión explicada de forma más específica cumple con la “presencia de síntomas afectivos-esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica,

decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida” (Alberdi, Taboada, Castro, Vásquez, 2006, p.1).

De acuerdo a la American Cancer Association (2014) se debe tomar en consideración la frecuencia y duración de los síntomas que presenta el paciente para poder realizar un diagnóstico. En particular, se debe estar al tanto de tipo de síntomas que la persona está manifestando, los más comunes se observa:

- “Sentimientos de tristeza o “vacío”
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Irritabilidad, inquietud, ansiedad
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia
- Pérdida de interés en las actividades o los pasatiempos que antes resultaban placenteros” (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011).
- Problemas con la alimentación (pérdida del apetito o comer en exceso)
- Trastorno en el sueño (insomnio, despertarse temprano o dormir demasiado)
- Cansancio o menos energía
- Ideas suicidas o relacionadas a la muerte, o intentos de suicidio (ACS, 2014).

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV) hay cuatro criterios de depresión que deben ser tomados en cuenta, aun así, es de igual importancia no basarse únicamente en el criterio del manual, pero conocer la historia clínica del paciente para poder proveer un diagnóstico apropiado y con dicho conocimiento, empezar el tratamiento adecuado.

Los tipos de depresión son: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x), trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x), el trastorno distímico (300.4)

### **Criterios para el Episodio Depresivo Mayor**

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; 1 de los síntomas debe ser uno, estado de ánimo depresivo o 2, pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)**

**A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.

**B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar el estado del episodio actual o más reciente:*

- 0 Leve**
- 1 Moderado**
- 2 Grave sin síntomas psicóticos**
- 3 Grave con síntomas psicóticos**
- 4 En remisión parcial/en remisión total**
- 9 No especificado**

*Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):*

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el posparto (PSICOMED, 2014, s.p).**

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)**

**A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

**Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

**B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar el estado del episodio actual o más reciente:*

- 0 Leve**

- 1 Moderado**
- 2 Grave sin síntomas psicóticos**
- 3 Grave con síntomas psicóticos**
- 4 En remisión parcial/en remisión total**
- 5 No especificado**

*Especificar (para el episodio actual o el más reciente):*

- Crónico**
- Con síntomas catatónicos**
- Con síntomas melancólicos**
- Con síntomas atípicos**
- De inicio en el posparto**

*Especificar:*

**Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)  
Con patrón estacional” (PSICOMED, 2014, s.p)**

#### **Criterios para el diagnóstico del Trastorno distímico (300.4)**

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

**Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1.** Pérdida o aumento de apetito
- 2.** Insomnio o hipersomnia
- 3.** Falta de energía o fatiga
- 4.** Baja autoestima
- 5.** Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- 6.** Sentimientos de desesperanza

**C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Inicio temprano:** si el inicio es antes de los 21 años

**Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad (PSICOMED, 2014, s.p).

A pesar de que la depresión es un trastorno psicológico que afecta tanto a hombres como a mujeres, no necesariamente significa que va a presentarse de la misma



manera. Un episodio depresivo puede ocurrir después de que la persona ha recibido noticias desagradables, ha experimentado algún tipo de trauma o pérdida, exceso de estrés, pobreza y o abuso (INSM, 2011).

De acuerdo al Instituto Nacional de las Salud Mental (2011), existen evidencias que muestran que los hombres reaccionan de forma muy diferente que las mujeres ante un episodio depresivo. “Las investigaciones indican que las mujeres responden de manera tal que sus sentimientos de estrés son más prolongados que en los hombres lo cual aumenta el riesgo de padecer depresión” (INCM, 2011, p.8).

El ser adulto puede muchas veces ser un factor de vulnerabilidad y miedo ante la forma en la que la persona va a permitirse experimentar una emoción, en el caso de una emoción como la tristeza, que tiende a mostrar vulnerabilidad, hay una mayor aceptación social a que la mujer la exprese con mayor facilidad que un hombre. A pesar de esto, se está observando que muchas veces la mujer adulta prefiere no comentar sobre los sentimientos depresivos que puede estar experimentando, al ser esto así, los síntomas comunes, previamente mencionados, no suelen ser evidentes por familiares o expertos en el área (psicólogos/médicos) y desafortunadamente no se puede administrar un tratamiento (INSM 2011).

El otro problema que ocurre en el caso de aquellas mujeres que prefieren no divulgar sus sentimientos, es que suelen ser un grupo vulnerable ante el suicidio. La depresión puede ser tratada y manejada si es que el paciente se presenta dispuesto a trabajar. En el caso de que el paciente esconda su enfermedad, el afrontamiento a su depresión muchas veces no puede ser el adecuado (INSM, 2011). Aunque se está

observando un cambio en la forma en la que tanto hombres como mujeres expresan sus emociones, todavía se puede decir que las mujeres siguen siendo más expresivas sobre sus emociones y por ende, tienen una mayor probabilidad de recuperación ya que no presentan reproches ante la idea de solicitar ayuda (López, 2010).

En el caso de los hombres, el factor cultural afecta al momento de expresar sentimientos, en particular aquellos que no son considerados en el mundo occidental como suficientemente “masculinos”. En el caso de la depresión, si la situación provoca que la persona experimente los síntomas comunes sin importar el género, edad y origen, el problema es que, aunque orgánicamente y cognitivamente estén presentes, no significa que la persona va a permitirse vivenciarlos o peor aún, permitir que otras personas conozcan que es lo que les está ocurriendo. En el caso de los hombres, ellos suelen quejarse de “fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva” (Kytly y colaboradores, 2004, s.p).

En el caso del comportamiento de los hombres ante la depresión, se denota que a diferencia de las mujeres quienes se sienten cómodas solicitando ayuda profesional, los hombres suelen recurrir a un tratamiento un poco ortodoxo. Los hombres tienden a recurrir al alcohol y a las drogas ilícitas, así mismo, se puede observar que tienden a expresar la emoción contraria, por lo que al sentirse depresivos explotan en ira y muchas veces hasta en actos violentos. “Algunos hombres pueden responder a la depresión dedicándose de manera compulsiva a su trabajo, tratando de ocultar la depresión...otros hombres pueden responder a la depresión mostrando un comportamiento temerario, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas” (Kytly y colaboradores, 2004, s.p).

Como se puede ver, existe una diferencia de género al momento de experimentar la depresión, esto no debe ser tomado como una generalización ya que no toda persona va a reaccionar siempre de la misma manera, esto solamente son observaciones que se han realizado en varios estudios, pero nuevamente, no deben ser tomados al pie de la letra para cada paciente (López, 2010). Muchas veces se puede observar hombres que se muestran abiertos y dispuestos a trabajar en su depresión y mujeres prefieren el anonimato de sus sentimientos por miedo a ser consideradas “débiles”. En cualquier instancia, la depresión no debe ser tratada a la ligera, es una enfermedad como cualquier que debe ser atendida como cualquier otra. (Kytlye y colaboradores, 2004).

En el caso de pacientes que han sido notificados con la presencia de una enfermedad oncológica, son personas que se espera presenten síntomas de depresión, en particular, si está tratando de una enfermedad tan traicionera e inestable como es el cáncer.

Una persona con cáncer podría sentir la pérdida del control sobre los eventos de su vida, tener que lidiar con cambios en la imagen corporal, podría ser que sienta aflicción por las pérdidas y los cambios que el cáncer ha impuesto en su vida, podría sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o todas las cosas desconocidas que podrían acontecer (ACS, 2013, s.p).

Aunque la depresión de los pacientes oncológicos suele presentarse por los factores mencionados previamente, van a haber ocasiones en las que ciertas personas no experimentarían síntomas de depresión, mientras que otras, no solamente van a

experimentar los síntomas, pero también, pueden ser considerados un grupo aún más vulnerable ante la depresión. Son personas que presentan un cuadro clínico poco favorecedor y puede agravar los síntomas depresivos, esto implica a las personas que tienen ya presentan síntomas depresión por alguna razón en particular (ej., pérdida del trabajo/divorcio), un dolor que no puede ser manejado a su totalidad, diagnóstico de cáncer metastásico y la soledad (enfrentar una enfermedad in apoyo alguno) (INC, 2014).

El tratamiento para la depresión en pacientes oncológicos puede ser de tipo biológico o psicológico, dependiendo el paciente puede muchas veces necesitar un apoyo de ambas partes. Actualmente, se utiliza la terapia cognitiva conductual, la cual tiene como propósito modificar pensamientos distorsionados y por consecuencia las conductas inadecuadas (Valencia, 2006). Además de la terapia cognitiva conductual, se ha visto que la terapia de diálogo muestra ser efectiva en pacientes oncológicos como método para disminuir los síntomas depresivos

Otra forma también recomendada de tratamiento es la psicoeducación. Este tipo de terapia es especialmente efectiva dado que muchas veces el paciente recibe un diagnóstico oncológico, pero no necesariamente comprende a fondo lo que el médico acaba de mencionarle, por lo que hay casos en los que, el paciente sabe que tiene cáncer, pero no de que tipo o la etapa o hasta el tratamiento y sus efectos secundarios. Al no tener un conocimiento profundo o conocer sólo una parte de la enfermedad que padece puede aumentar los síntomas de depresión. En este caso, la psicoeducación provee al paciente toda la información necesaria tanto de su enfermedad, pero también sobre lo que se puede hacer para lidiar con las secuelas físicas y emocionales de su diagnóstico (Valencia, 2006).

Los tratamientos biológicos para la depresión en pacientes con cáncer incluyen también, el uso de fármacos. Los medicamentos a utilizar son antidepresivos, el primero es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y otro que funciona en la serotonina y la norepinefrina (INC, 2014).

El tratamiento para la depresión tiene como objetivo disminuir los síntomas y mejorar el estado de ánimo y por consecuencia aportar mayor conocimiento y fuerza al paciente en su capacidad de afrontamiento. Se recomienda en ciertos casos, utilizar tanto la psicoterapia y los fármacos dado que se presentan mayores beneficios para el paciente. Se ha comprobado en particular, un “aumento de la respuesta al tratamiento, mejoramiento de la calidad de vida, reducción de las tasas de recaída/recurrencia y facilitación de dosis bajas de medicación junto con el aumento de adherencia al tratamiento” (Valencia0, 2006, p.12).

## **Ansiedad**

Si bien el ser un paciente oncológico implica muchas veces tener la presencia de pensamientos y emociones que sobrepasan los niveles normales de tristeza que desencadenan en algún criterio dentro del trastorno de depresión. Esto puede nuevamente ocurrir pero provocando que el paciente experimente altos niveles de ansiedad.

La ansiedad es una reacción biológica la cual advierte a la persona sobre la posible presencia de un peligro, permitiendo que pueda reaccionar apropiadamente ante dicha situación amenazante (Díaz, 2008). Uno de los factores importantes de la

ansiedad es que muchas veces la ansiedad se presenta ante situaciones de tipo no amenazantes como una cita a ciegas, obligaciones laborales, trafico, en pocas palabras, situaciones estresantes, pero cotidianas. Este tipo de situaciones provocan que la persona sienta ligeros niveles de ansiedad vivenciados como estados de alerta y concentración (American Psychological Association, 2010). El momento en el que la intensidad de la sensación de temor e incertidumbre supera la capacidad adaptativa del individuo perdura por un tiempo mayor de lo normal, entonces se está hablando de un trastorno de ansiedad (Díaz, 2008).

Los trastornos de ansiedad son “un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo” (Díaz, 2008, p.22).

Al momento de diagnosticar al paciente se debe observar detenidamente que tipo de trastorno de ansiedad presenta la que la persona, dado que muchas veces los síntomas pueden llegar a ser similares.

De acuerdo a la American Psychological Association (2010), los síntomas comunes que se puede lograr percibir en un paciente con trastorno de ansiedad son:

- Temor extremo
- Falta de aire
- Taquicardia
- Insomnio
- Náusea
- Temblores

- Mareos

En el caso de que el paciente presente este tipo de síntomas se debe empezar por ver qué tipo de trastorno de ansiedad presenta para realizar un diagnóstico. Acto seguido, se inicia con el tratamiento adecuado.

En el caso de pacientes oncológicos, la ansiedad es uno de los trastornos más comunes que se observa, conjuntamente con la depresión. Los tipos de trastornos de ansiedad que se presentan en estos pacientes suele ser la “ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia específica y social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés post traumático” (INC, 2013, s.p).

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSMIV), los criterios de diagnóstico de estos trastornos se demuestran a continuación:

### **Criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02)**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (Panic Attack)**

**Nota:** No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparecen las crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21])

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo



9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el diagnóstico de agorafobia**

**Nota:** No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).

**A.** Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**Nota:** Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

**B.** Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

**C.** Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o

traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia). (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el Diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (300.01)**

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
  - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos). (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el Diagnóstico de Trastorno de Angustia con Agorafobia (300.21)**

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
  - b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
  - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

**B.** Presencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos). (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el Diagnóstico de Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)**

**A.** Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

**B.** Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

**C.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**D.** Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica. (PSICOMED, 2014, s.p).

**Criterios para el Diagnóstico de Fobia específica (300.29)**

**A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

**B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. *Nota:* En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

**C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños este reconocimiento puede faltar.

**D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

**G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

*Especificar tipo:*

**Tipo animal****Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua)**Tipo sangre-inyecciones-daño****Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)**Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas). (PSICOMED, 2014, s.p).**Criterios para el Diagnóstico de Fobia social (300.23)**

**A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

**C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.

**D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

**G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

**H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

*Especificar si:*

**Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación) (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el Diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)**

**A.** Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

*Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:*

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

*Las compulsiones se definen por 1 y 2:*

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

**B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

**Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.

**C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**D.** Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

**E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

**Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. (PSICOMED, 2014, s.p).

### **Criterios para el Diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático (309.81)**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:



1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

**D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

*Especificar si:*

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. (PSICOMED, 2014, s.p).

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental (2009), en Estados Unidos se ha reportado la presencia de un aproximado de 20% de personas quienes vivencian uno de los trastornos de ansiedad previamente mencionados.

Me daba malestar estomacal, se sentía casi como si tuviera influenza. El corazón me comenzaba a latir fuertemente, las palmas de las manos se me ponían sudorosas, y comenzaba a tener la sensación de que me apartaba de mí mismo y de todos los demás.  
(INSM, 2009, p.13).

La ansiedad es un tema que como se puede ver abarca varios síntomas que llegan a provocar altos niveles de malestar para la persona que los experimenta en particular, porque puede afectar no sólo una, pero varias áreas de la vida diaria de la persona. Se han realizado una serie de estudios en relación a la diferencia de género y la ansiedad y en grandes rasgos se puede llegar a proponer que en verdad existen diferencias empezando con la anatomía, la cultura, la historia personal y los factores psicológicos (Arenas, Puigcerver, 2009).

Las mujeres tienden a ser más predispuestas a desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con los hombres; pero como se mencionó anteriormente, a pesar de que se tiene parámetros para los síntomas de ansiedad, en libros como el DSMIV, son diferentes los factores que van a influir en el curso y afrontamiento de dicho trastorno (Arenas, Puigcerver, 2009).

En un estudio realizado para analizar las diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad, se observó que en el caso de la ansiedad generalizada no se

podía presenciar mayores diferencias entre ambos géneros, en cambio, en el trastorno obsesivo compulsivo, se denotó que las mujeres “muestran compulsiones dañinas sobre limpieza y comprobaciones, mientras que los hombres presentan más tics, mayor gravedad en los síntomas en general y un peor pronóstico” (Arenas, Puigcerver, 2009 , p.3).

A pesar de que hay evidencia que indica que las mujeres tienden a mostrar una mayor resiliencia frente a situaciones de estrés agudo, en comparación a los hombres, siguen siendo el grupo de mayor prevalencia en los trastornos de ansiedad, factor que ha generado gran interés de estudio. Lo que se ha llegado a proponer es que “aunque los estudios indican que las mujeres están protegidas de los efectos neurobiológicos y comportamentales del estrés, estas modificaciones que sí se observan en los hombres, tendrían en éstos un carácter adaptativo, a largo plazo, protegiéndoles de desarrollar trastornos de ansiedad”(Arenas, Puigcerver, 2009, p.7). En otras palabras, las modificaciones celulares que ocurren a través de la evolución parece que han logrado que exista un comportamiento adaptativo ante situaciones de estrés, por lo que es menor el porcentaje de hombres quienes padecen este trastorno.

El cáncer es una enfermedad que tiene el potencial de ser tratado y en muchos casos curado. En lo que respecta esta enfermedad, el pronóstico para el paciente depende de la fase en la que se encuentra, el tipo (localización del tumor) y la facilidad económica que tiene el paciente para recibir el tratamiento adecuado. Tomando estos factores en consideración, se puede también pensar en lo que la enfermedad implica no sólo físicamente, pero también en el aspecto psicológico. Se considera que la misma palabra cáncer puede generar ansiedad y un desfogue de pensamientos en cualquier persona que lo escuche, pero en un paciente que acaba de ser diagnosticado, la palabra

cobra vida y se vuelve personal. Para la mayoría de personas la ansiedad puede estar presente en las diferentes etapas al convertirse en un paciente oncológico.

En un principio existe la ansiedad, al ser potencialmente diagnosticado con cáncer, el nerviosismo, el desgarramiento emocional ante la incertidumbre de someterse a exámenes para descartar o confirmar la presencia de un cáncer (INC, 2013). Luego se puede presenciar nuevamente durante el lentificado paso del tiempo hasta poder recibir el diagnóstico en el que van a conocer qué tipo de cáncer presentan y peor aún, el estado en el que se encuentra (INC, 2013). Muchas personas van a empezar a sentir nuevamente la presencia de la ansiedad al pensar en el dolor de cirugías, inyecciones, efectos secundarios de los tratamientos, como la pérdida del cabello y las constantes náuseas, etc. (ACS, 2013).

El mayor problema que tiene el cáncer, es que es una incertidumbre persistente. Aquella trata con el miedo a morir y lo que pueda ocurrir después de su muerte, incluyendo lo que pueda llegar a suceder con familiares y amigos (ACS, 2013). La ansiedad ronda con pacientes oncológicos en cada momento del trayecto que propone esta enfermedad, mientras más fuerte sea la ansiedad, y menor la capacidad del paciente para poder manejarla, mayor son las consecuencias tanto psicológicas como orgánicas.

En el caso de las fobias que implica un temor irracional ante un objeto o una situación social, los pacientes oncológicos pueden presentar ansiedad ante espacios pequeños y provocar que ciertas pruebas como las de imagen por resonancia magnética sea toda una odisea. Otras personas, pueden presentar miedos ante ciertos

procedimientos, como por ejemplo, la aplicación intravenosa de la quimioterapia, en caso de que el paciente presente un miedo ante las inyecciones (INC, 2013).

Dentro de los varios efectos secundarios que puede presentarse durante el tratamiento contra el cáncer, se encuentra la pérdida del cabello, moretones, vómitos y hasta la pérdida de partes del cuerpo (mastectomía: extirpar ambas glándulas mamarias), etc. Para una persona, estos factores pueden convertirse en detonantes para una fobia social, al considerar salir al público sin cabello o presentarse sin un brazo.

Factores que pueden ser considerados muy obvios como situaciones que ocurren al tener cáncer, pero desencadenantes para un trastorno de ansiedad en algunas personas (ACS, 2013).

El trastorno obsesivo compulsivo, puede provocar que los pacientes empiecen a tener una serie de continuos pensamientos sobre su enfermedad y como consecuencia desarrollar algún tipo de mecanismo físico o compulsión, como su forma de afrontar dicha problemática. Este tipo de trastorno, puede presentarse como una persistente necesidad de lavarse las manos y como resultado, evitar que el paciente llegue a sus citas, cumpla con los tratamientos, etc. (INC, 2013).

Como se puede ver, al tener un montón de pensamientos relacionados a la enfermedad, esto puede provocar que el paciente desarrolle un trastorno de ansiedad generalizada en el que cada pensamiento, cada conducta, cada infinita posibilidad se vuelve un factor para sentir los desagradables síntomas de la ansiedad (INC, 2013).

Tomando en consideración aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados con el tiempo y la disponibilidad mental y física para pensar absolutamente todo que se relacione a la enfermedad, puede provocar un ataque de pánico. De igual manera se puede observar como el trastorno de estrés postraumático puede llegar a tocar la puerta

de un paciente oncológico, dado que puede en el momento menos pensado pensar en lo que podría ocurrir si el cáncer regresa y revivir el suplicio, el dolor físico y emocional que fue el tratamiento (INC, 2013).

Al ver como cada trastorno de ansiedad puede presentarse en los pacientes oncológicos, es de suma importancia el poder proveer al paciente con un tratamiento adecuado para poder manejar su ansiedad.

El tratamiento para la ansiedad incluye terapia farmacológica y psicológica. Los medicamentos a utilizar en la ansiedad son los mismos que se utilizan en la depresión, antidepresivos que tienen como función la recaptura de la serotonina y norepinefrina. Entre los medicamentos comúnmente utilizados se encuentra la “fluoxetina (Prozac®), sertralina (Zoloft®), escitalopram (Lexapro®), paroxetina (Paxil®), y citalopram (Celexa®) (INSM, 2009, p.21).

En la ansiedad, el tipo de enfoque psicológico que se utiliza es la terapia cognitiva conductual en la que se modifica gradualmente el pensamiento distorsionado y se cambia los patrones conducta (INSM, 2009). Con esta terapia, el psicólogo enseña al paciente, diferentes técnicas tanto de relajación (técnicas de respiración) como también de conducta (aproximación gradual ante ciertos objetos: inyecciones, grupos grandes de personas, etc.) y de esta manera, se logra disminuir las conductas no deseadas que ocurren con cada trastorno. (APA, 2010).

## **Afrontamiento y sus Estrategias**

En 1986, Lazarus y Folkman, introdujeron el concepto de afrontamiento ante el estrés, indicando que es un problema que ocurre en tres diferentes ámbitos; psicológico, biológico y social. Considerando que el ser humano es afectado por estos tres aspectos, es comprensible que ocurran situaciones estresantes y provoquen algún tipo de reacción, lo importante, es el cómo cada persona interpreta a estos estresores (Cuevas& García, 2012).

Lazarus y Folkman basaron su concepto de afrontamiento en la teoría transaccional, la cual define al estrés como un “proceso cognitivo conductual individual del ambiente...el individuo es quien evalúa al ambiente como estresante (amenazante) o no estresante (oportunidad)” (Cuevas y colaboradores, 2012, p.3).

Cada día implica una diferente situación, desde la situación per se hasta el entorno y estado de ánimo en la que la persona se encuentra. Van a ser unos factores de importancia al momento de analizar la forma tanto biológica como psicológica, en la forma que lo enfrente. Tomando en consideración la historia evolutiva del humano, se puede observar que al momento de presentarse una situación que provoque cierto tipo de angustia en la persona, esta debe encontrar algún de recurso para poder hacerle frente y sobrevivir (Cuevas y colaboradores, 2012).

A medida que pasa el tiempo, las situaciones que habían provocado estrés empezaron a modificarse y entre ello se pudo notar como la sociedad y por ende su cultura, sus principios, valores y dogmas, dieron paso a la modificación individual del pensamiento de la persona. Para Lazarus y Folkman (1986), “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como

amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Cuevas y colaboradores, 2012, p.4).

El tipo de afrontamiento que la persona va a tomar depende del significado que el mismo ha dado a la circunstancia que se le ha presentado, estas estrategias se conocen como “la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos” (Cuevas y colaboradores, 2012, p.4).

Para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento se define como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Soriano, 2002, p.2). En otras palabras, el afrontamiento se entiende en base al tipo de significado que ha otorgado la persona a un factor estresante y el tipo de acción que ha decidido tomar para afrontar aquella situación difícil.

Para que la persona pueda tomar la estrategia de afrontamiento adecuada, se debe valorar la situación estresora en la que se encuentra, dicho esto, Lazarus y Folkman (1986) indicaron que la valoración ocurre de dos maneras: la valoración primaria y secundaria.

La valoración primaria es la respuesta naciente que tiene la persona al evaluar la situación y se basa en cuatro características:

- a) La valoración de la amenaza, que presenta cuando la persona anticipa un posible peligro; b) valoración de desafío, que se presenta ante una valoración de amenaza en la que además existe una posibilidad de ganancia; c) evaluación de pérdida, cuando ha habido



algún perjuicio o daño como una enfermedad incapacitante, un deterioro a la estima propia o haber perdido a algún ser querido; y d) valoración de beneficio, que no genera reacciones de estrés (Solís, Vidal, 2006, p.2).

La valoración secundaria en cambio, implica que la persona analiza que tipo de reacción conductual va a utilizar para afrontar la situación angustiante en base al análisis cognitivo que realizo previamente de la situación (Solís, Vidal, 2006). Ahora bien, aunque el estrés se diferencia en base a si es angustiante o una oportunidad, se debe mediante la valoración primaria y secundaria, estipular el nivel de la intensidad que implica dicha situación. A esto se lo categoriza en reacciones fisiológicas, emocionales y cognitivas. (Solís, Vidal, 2006).

Las reacciones fisiológicas como su nombre lo indica, son aquellas que suceden a nivel biológico, específicamente en el sistema nervioso central. Lo que puede ocurrir, es un aumento en presión sanguínea, midriasis (aumento en el tamaño de la pupila), baja de la temperatura corporal, en particular, en las extremidades, etc. (Solís, Vidal, 2006). Las reacciones emocionales son: ira, felicidad, tristeza, miedo entre otras y finalmente, las reacciones cognitivas son: preocupación, negación y pérdida de control (Solís, Vidal, 2006).

Una vez que el individuo conoce qué tipo de estrés es el que la situación está provocando, entonces se puede trabajar en el estilo del afrontamiento. Lazarus y Folkman establecieron que existen dos tipos, el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.

El afrontamiento centrado en el problema también se lo conoce como el afrontamiento activo. Tiene como objetivo tratar de modificar, alterar y o eliminar al problema, de tal manera, que deje de ser un estresor para la persona (Galindo, Valadez, Álvarez, González, Robles Alvarado, 2011). Este tipo de afrontamiento es usualmente utilizado ante situaciones amenazantes o peligrosas que requieren que la persona encuentre o produzca una solución.

El afrontamiento pasivo por su parte, en cambio tiene como objetivo regular la reacción emocional que evoca la situación angustiante. A diferencia del afrontamiento activo, en este caso, el estilo de afrontamiento se efectúa cuando no hay nada que la persona pueda hacer para manipular el problema (Galindo y colaboradores, 2011). En el afrontamiento pasivo, la persona tiende a buscar una forma para disminuir el “el malestar emocional (evitación cognitiva, distanciamiento y atención selectiva), así como estrategias conductuales de huida o evitación, que pueden interferir en la solución del evento estresante” (Galindo y colaboradores, 2011).

Carmen Solís y Anthony Vidal (2006) mencionan que existen un total de dieciocho diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, los cuales se encuentran agrupados en tres categorías. La primera se conoce como “*Resolver el Problema*”, la segunda como “*Referencia hacia los otros*” y la tercera “*Afrontamiento no productivo*”

Resolver el problema implica la búsqueda de alternativas para dominar situaciones difíciles de manera inmediata y sus estrategias son: “concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenecía, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí” (Solís, Vidal, 2006).

La segunda categoría, referencia hacia los otros, en cambio, trata con afrontar mediante el apoyo en otros, en otras palabras buscar y permitirse pedir ayuda. Las estrategias para este apartado incluyen “buscar apoyo social, acción social buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional” (Solís, Vidal, 2006).

Finalmente la última categoría, el afrontamiento no productivo, el cual es considerado un enfoque del individuo de tono disfuncional, dado que a pesar de que implica el uso de estrategias, éstas no permiten que haya solución, de hecho hacen lo contrario. Las estrategias utilizadas son: “preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse (Solís, Vidal, 2006).

En el ámbito del afrontamiento también es importante conocer cuáles son los estilos habituales de las personas, al utilizar dichas estrategias previamente mencionadas. A pesar de que se mencionó dieciocho diferentes estrategias de afrontamiento, cada persona suele tener una preferencia no consciente del tipo de recurso utilizar en la gran mayoría de situaciones. Por el momento no se han hecho muchos estudios indagando los diferentes estilos de afrontamiento que tienen las personas pero aun así, se conoce que hay tres; personas que prefieren evitar o confrontar, personas que utilizan la catarsis y aquellos que prefieren utilizar más de una estrategia para solventar una situación agravante (Valverde, y colaboradores, 2000).

Al hablar de las personas evitativas o confrontadoras no se puede decir que un estilo es mejor que otro, ambos estilos pueden ser beneficiosos en la situación y medida apropiada. En el caso de tener un estilo evitativo, es preferible que se utilice en situaciones en la que la contexto estresante no sea de larga duración ni de un grado muy alto de amenaza.

El estilo confrontativo, por su parte, es más adecuado, cuando el problema es persistente, pues permite a la persona tomar las medidas necesarias para que el resultado emocional y o físico de dicho problema sea aminorado lo más posible (Valverde y colaboradores, 2000).

La catarsis es un estilo que se remonta al psicoanálisis únicamente en el núcleo mismo de la palabra, el beneficio de hablar. La habilidad de poder expresar los pensamientos, y sentimientos sobre el problema que aflige a la persona, como recurso para aliviar la tensión tiene grandes beneficios. Entre ellos, se ha venido viendo a través de los años, aquellas personas que se permiten conversar sobre sus intensas y doloras emociones, permite que una mejoría en el sistema inmunológico y psicológico (en particular en personas con trastorno obsesivo compulsivo) (Valverde y colaboradores, 2000). Esto ocurre, particularmente, basándose en la idea de que el ser humano es un ser biopsicosocial. Si bien esto implica que si la persona tiene la oportunidad de satisfacer una necesidad, como el poder expresar a otra persona sus estados emocionales, puede esto, brindar un mayor conocimiento de nuevas y estrategias de afrontamiento y así generar sentimientos de tranquilidad (Valverde y colaboradores, 2000).

Previamente se mencionó como muchas personas suelen utilizar de forma inconsciente, usualmente, un tipo de estrategia para la gran mayoría de escenarios angustiantes. A pesar de eso, existen personas que tienen una actitud más flexible ante el tipo de aproximaciones a usar, esto ocurre dado que hay circunstancias que ameritan dicha maleabilidad para obtener un mayor beneficio (Valverde y colaboradores, 2000).

El estilo de cada persona y el tipo de estrategia que cada persona utiliza, se basa igualmente en factores de la personalidad. Esto en otras palabras implica, que el tipo de

personalidad de cada individuo juega un rol importante en el estilo y por consecuencia el tipo de estrategia a utilizar.

Los autores, Valverde, Crespo & Ring (2000) indican que hay tres tipos de personalidades que participan en el afrontamiento, estas son: búsqueda de sensaciones, sensación de control y optimismo. Aquellas personas que podrían ser catalogadas como buscadores de sensaciones son individuos que tienen una apreciación ante nuevas experiencias, este bien pueden ser desde saltar de un puente, tener una aventura y hasta probar alguna sustancia ilícita. Estas personas tienen la capacidad de tener un significativo nivel de tolerancia ante situaciones estresantes, en comparación con otras personas (Valverde y colaboradores, 2000).

La sensación de control en cambio, es una impresión de dominio, un poder sobre la situación y sobre sí mismo. Este tipo de personalidad es muy importante con relación al afrontamiento ya que puede ser percibida la reacción desde el tener control y perderlo en segundos. En este caso, la sensación de control puede brindar a la persona la tranquilidad de saber qué tipo de estrategia utilizar y esto probar una mejoría en el sistema inmunológico de la persona o en el caso contrario, provocar un desencadenamiento de trastornos psicológicos (depresión/desesperanza aprendida, etc.) (Valverde y colaboradores, 2000).

En base a esto, se analiza el último factor de personalidad, el optimismo. En este caso, se trata de personas que perciben que la situación va a mejorar, al tener una actitud positiva. Esto suele ser un estilo común, en personas que se enfrentan a enfermedades como el cáncer, VIH/SIDA, diabetes, etc. Personas con este tipo de actitud, desarrollan un pensamiento centrado y realista de la situación y en base a eso, toman estrategias que van a poder ayudarlos a sentirse mejor. A pesar de que hay escenarios no tan positivos,

como un cáncer terminal, la persona busca igualmente alguna estrategia, como apoyo social, para acabar sus días con un tono positivo. (Valverde y colaboradores, 2000).

De la misma forma que hay personas que presentan una personalidad optimista, hay aquellos con una visión pesimista de la situación. Al tener personas con este tipo de actitud, se puede esperar que sus estrategias estén caracterizadas por negación y evitación ante el problema. (Valverde y colaboradores, 2000).

El porcentaje total de personas que The American Cancer Society estima sea diagnosticado con algún tipo de cáncer es de 1.665.540, mundialmente en el presente año (ACS, 2012). Cada una de esas 1.665.540 personas, va a afrontar su enfermedad de una manera completa y totalmente distinta.

El afrontamiento trabaja con la valoración cognitiva del problema y la reacción conductual de una persona ante una situación que provoca estrés. En el caso de los pacientes oncológicos, el afrontamiento ocurre el momento en el que la persona otorga un significado personal a su diagnóstico, seguido de la forma en la que planea confrontarlo (Soriano, 2002).

En 1989, poco después de que Lazarus y Folkman presentaron su teoría sobre el afrontamiento, Moorey y Greer trajeron a la mesa el “*esquema de supervivencia*” en el que se habla de las reacciones afectivas y los recursos individuales de afrontamiento que utilizan los pacientes con cáncer una vez que han recibido su diagnóstico (Soriano, 2002).

El esquema de supervivencia considera el tipo de reacción que el paciente pueda tener ante su diagnóstico, la forma en la que lo va a manejar, la actitud ante el pronóstico médico (Soriano, 2002). De igual manera, este esquema, trabaja con el tipo

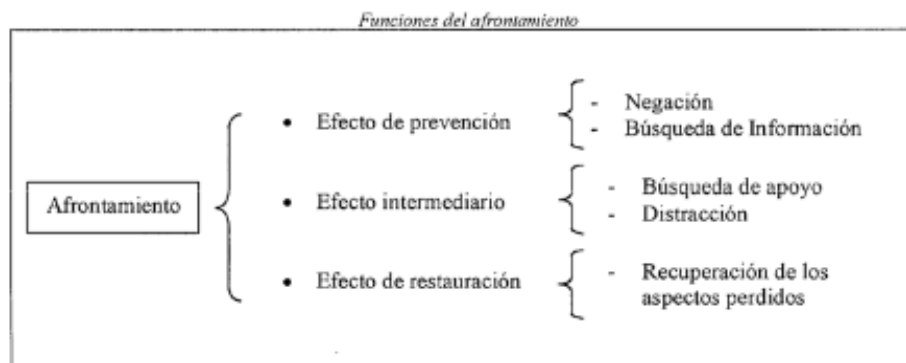
de afrontamiento y por ende su respuesta afectiva. A continuación se presenta el esquema:

**Esquema de supervivencia (Moorey y Greer, 1989)**

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

(Soriano, 2002, p.78 ).

El afrontamiento oncológico puede ser analizado en tres diferentes áreas, el efecto de prevención, el efecto intermediario y el efecto restaurador.



(Soriano , 2002, p.80).

El enfoque preventivo en el afrontamiento oncológico trae consigo dos tipos de reacciones, negación o búsqueda de información.

La negación en este aspecto, puede tener un tono positivo ya que momentáneamente el paciente puede experimentar una ligera tranquilidad (Soriano, 2002). La persona evitativa por su parte, va a toda costa, prevenir enfrentarse ante las emociones desagradables. En cambio, otras personas buscarán información sobre su

enfermedad y los pasos a seguir, como su recurso para afrontar el primer golpe del diagnóstico (Soriano, 2002).

El enfoque intermediario, es aquel con mayor peso en relación al afrontamiento oncológico. Este estilo de afrontamiento ocurre después de que el paciente ha sido diagnosticado y se encuentra vivenciando la hospitalización, el tratamiento y sus efectos secundarios (Soriano, 2002). En ésta área, se trabaja con la búsqueda de apoyo social, factor que tiene como propósito aminorar los efectos secundarios emocionales (ansiedad, depresión, frustración, etc.) ante el conocimiento de ser una estadística en una enfermedad incierta (Soriano, 2002).

Finalmente, el afrontamiento enfocado en la restauración se centra en la recuperación posterior del control y balance emocional y cognitivo (Soriano, 2002).

Para poder saber qué tipo de enfoque de afrontamiento va a ser utilizado por el paciente, se debe primeramente tener en cuenta la disposición y los recursos que tiene la persona ante su situación. En un principio varios son los pensamientos que tiene el paciente. Estos mayormente son de miedo ante la muerte y lo incierto de su diagnóstico (Soriano, 2002). Aun así, hay otros pensamientos más presentes como su capacidad monetaria para acceder una adecuada atención médica, seguido de la modificación emocional y del pensamiento para finalmente aceptar y adaptarse a su enfermedad. Acto seguido se considera los recursos que tiene la persona tanto como individuo autónomo y su apoyo social para afrontar el cáncer (Soriano, 2002).

De acuerdo a José Soriano (2012), el estilo de adaptación está basado en las expectativas cognitivas, afectivas y conductuales propias del paciente y de su grupo de apoyo.



Las expectativas del paciente son las siguientes:

Recobrar su bienestar, ajustar o restaurar la integridad de su organismo tras la mutilación o pérdida de determinadas funciones corporales, superar la inseguridad y la pérdida de control ante la autoimagen y la reorientación hacia el futuro, adaptación ante las situaciones extrañas (médicas) tales como la hospitalización con nuevas relaciones interpersonales, adaptarse a la amenaza existencia (al tener en cuenta la enfermedad terminal), preservación de una sensación de calidad de vida ante cualquier tipo de circunstancias (Soriano, 2002, p.9).

Las expectativas de la familia son las siguientes:

Sentirse bien, recobrar los roles en la familia y en el entorno social, preservar o recobrar una relación aceptable con la pareja, asegurar la posición laboral o adaptarla a los cambios producidos por la enfermedad, asegurará los recursos financieros familiares y sociales, mantener las relaciones sociales con las amistades y conocidos del entorno (Soriano, 2002, p.9).

Se han realizado una serie de estudios para dar a conocer el tipo de afrontamiento y sus estrategias. En el estudio: *Estilos de Afrontamiento en Pacientes con Cáncer Testicular en Tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México*, realizado por Galindo, Valadez, Álvarez, González, Robles

& Alvarado,(2011), tuvo como propósito identificar y comparar los tipos de afrontamiento de treinta y tres pacientes con cáncer testicular. Este estudio utilizó el instrumento de Lazarus y Folkman traducido al español como herramienta de investigación (Galindo, 2011).

Los resultados mostraron que los pacientes que se encuentran bajo tratamiento recurren a un afrontamiento pasivo al evadir el problema mediante el uso de fantasías y falta de actitudes positivas. Se notó también que en el grupo de pacientes que utilizan el afrontamiento activo, recurran a la búsqueda de estrategias de solución de problemas (Galindo, 2011). Así mismo, se observó que los pacientes hospitalizados prefieren utilizar estrategias conductuales pasivas, mientras que los pacientes que iban por seguimiento, preferían actividades de búsqueda de soluciones, en particular, mediante mayores visitas médicas de revisión.

En el estudio *Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello* realizado por Hernández, Pérez, Guerra, Treto & Grau (2012), se buscó establecer cuáles eran los estilos de afrontamiento en 30 pacientes de cáncer de cabeza y cuello. En este estudio aplicaron el cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad y la Entrevista Psicológica.

Los resultados demostraron que los pacientes tienen una predisposición a responder a su enfermedad mediante la negación optimista y afecto distracción (Hernández, 2012) A pesar de que el cuestionario no media el apoyo social, todos los participantes mencionan que la relación familiar la cual les había brindado “ayuda, comprensión y apoyo,” era el factor de mayor importancia durante su enfermedad (Hernández, 2012, p.3).

En el estudio *Afrontamiento en Pacientes con Cáncer de Mama en Radioterapia: Análisis de la Escala Cope Breve* realizado por Ornelas, Tufiño, Sierra, Tena, Riveros & Sánchez (2013) tuvo como propósito analizar el tipo de afrontamiento utilizado en doscientas tres mujeres que estaban recibiendo radioterapia. Se utilizó en el estudio el cuestionario Brief COPE que se encuentra agrupado por catorce subescalas: “afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y autoinculpación” (Ornelas, 2013, p.6). En este estudio se observó que comúnmente las mujeres utilizan “el humor, la planeación, la valoración positiva y la búsqueda de apoyo social. (Ornelas, 2013).

En el estudio de *Afrontamiento en Cáncer de Mama: Pensamientos, Conductas y Reacciones emocionales* realizado por Font y colaboradores (2009) tuvo como objetivo principal, conocer como 215 pacientes de cáncer de mama afrontan su enfermedad. En este estudio se utilizó el cuestionario PCE (Pensamientos, Conductas y Reacciones Emocionales). Los resultados demostraron que las mujeres tienden a enfrentar su patología mediante la comunicación social, pero también hay mujeres que prefieren evitar comunicar sus dolencias y pensamientos (Font y colaboradores, 2009).

En el estudio *Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de &pacientes oncológicos hospitalizados* realizado por Chau, Morales y Wetzell (2002), se estudió estilos de afrontamiento mediante el uso del Test de Estimación de Afrontamiento COPE. En este estudio, participaron 28 pacientes de ambos géneros y se pudo observar que el afrontamiento más utilizado fue enfocado en la emoción. Dentro de este tipo está el uso de la religión, la reinterpretación positiva, la aceptación de la

enfermedad y el apoyo social (Chau, 2002). El segundo tipo de afrontamiento más utilizado por los pacientes fue el activo, enfocado en encontrar una solución a su problema. En cambio, los estilos menos empleados son desentendimiento conductual, enfocar y liberar emociones y la supresión de actividades competentes (Chau, 2002).

En el estudio sobre la *Influencia de la Expresión Emocional Escrita sobre el Afrontamiento del dolor en la Enfermedad del Cáncer* realizado por Suarez & Pérez (2011), propuso analizar la utilización de la expresión afectiva al ser escrita como afrontamiento en pacientes con cáncer. Fueron ciento cincuenta los participantes de ambos sexos hospitalizados en Bolivia y se les aplicó el Cuestionario de Afrontamiento del Dolor CAD, el Cuestionario Genérico de Salud SF-36 y las Escala Visual Analógica EVA. Los datos demostraron que las principales estrategias utilizadas por estos pacientes son la creencia religiosa (independientemente de que tipo de región practican) y el apoyo social, en particular en redes sociales dado que esto es un mecanismo para poder comunicar sus experiencias y recibir retroalimentación positiva (Suarez y colaboradores, 2011).

En la tesis doctoral *Cuestionario de Creencias, Atribuciones y Afrontamiento al Cáncer* realizado por Romero, 2011 se propuso conocer qué tipo de estrategias de afrontamiento son utilizadas por ciento cuarenta y seis pacientes a los cuales se les aplicó los siguientes cuestionarios: “cuestionario IPQ (Illness Perception Questionnaire) de Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996), Modos de Afrontamiento WCS (Ways of Coping) de Lazarus y Folkman (1985) (Adaptación española de J. Sanchez-Cánovas), Modos de Afrontamiento WCS (Ways of Coping) de Lazarus y Folkman (1985) (Adaptación española de J. Sanchez-Cánovas), COPE de

Carver, Scheier y Weintraub (Adaptación española de J.F. Soriano), Short Interpersonal Reactions Inventory (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), Control Externo vs. Control Interno y el cuestionario Life Orientation Test (LOT) y el Inventario de Problemas Psicosociales en Enfermas de Cáncer (IPPEC)” (Romero, 2011).

En esta investigación, los resultados demostraron que las estrategias más utilizadas son “evitación, represión emocional, aceptación y búsqueda de apoyo emocional” (Romero, 2011, p.164). En base al análisis del pronóstico de su enfermedad se ve también que cambia el tipo de estrategia que utilizan, si el pronóstico es positivo, entonces su reacción emocional también lo es, por lo que manejan más la “autoconfianza, aceptación y búsqueda de apoyo emocional” (Romero, 2011, p.158). En cambio, si el pronóstico es negativo, entonces se observa que los pacientes presentan un afrontamiento pasivo disfuncional con el uso de represión emocional, pesimismo, distanciamiento y huida/evitación (Romero, 2011).

Al analizar el tipo de estrategia mediante género, se observa que las mujeres prefieren el apoyo emocional y evitan la huida y el distanciamiento como mecanismo de adaptación. El tipo de enfermedad que padecen también juega un rol importante al decidir qué tipo de estrategia utilizar. En este caso se nota que aquellas personas diagnosticadas con cáncer ginecológico, el cual tiene mayores probabilidades de presentar consecuencias devastadoras, entonces las estrategias de enfrentamiento son de distanciamiento y evitación (Romero, 2011).

Al momento de analizar el tipo de estrategia de afrontamiento que los pacientes oncológicos utilizan, es importante tomar en consideración una serie de aspectos que afectan en las decisiones que van a tomar. La edad, la cultura, la crianza, el tipo de cáncer y su etapa, la presencia o no de un apoyo social, el tratamiento y los efectos

secundarios que presentan etc. Aun así, se puede notar que comúnmente la persona busca el apoyo social para poder hablar y comentar sobre su situación dado que esto ha mostrado ser beneficioso para el individuo. De igual manera, se ha podido distinguir que las personas se apoyan mucho en la religión. si bien el cáncer es una enfermedad incierta, esto puede provocar en muchas personas buscar otro tipo de apoyo, más personal. Ante una enfermedad como el cáncer, hay veces que se debe abrir la mente con tal de poder sobrevivir.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tuvo como objetivo general evaluar a una muestra de 60 pacientes y averiguar cómo difiere el género en el tipo de estrategias de afrontamiento de los pacientes oncológicos, mayores de 18 años, hospitalizados dentro del Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. A pesar de que el número requerido para la investigación fue de 60 pacientes, se obtuvo únicamente una muestra de 30 pacientes. El Hospital contó con la presencia de más de 30 pacientes oncológicos durante el tiempo de la práctica, muchos de los pacientes por razones personales, por efectos secundarios del tratamiento o por el cáncer mismo, no quisieron ser parte de la investigación.

Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, en donde se especificó que en el caso de que el paciente no desee participar en el estudio se aceptara la participación mínima de 25 pacientes así permitiendo que la investigación continúe siendo válida bajo los parámetros de la Asociación Americana de Psicología

La investigación utilizó el método cuantitativo para poder obtener una respuesta ante la interrogante de si el tipo de recurso emocional y cognitivo de un paciente oncológico adulto que se encuentra hospitalizado, difiere de acuerdo al género del mismo. La investigación cuantitativa “usa la recolección de datos para comprobar hipótesis en base de la medición numérica y el análisis estadístico” (Hernández, y colaboradores, 2010). El cuestionario utilizado como herramienta para responder a la pregunta de investigación fue el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)* (Soriano, Monsalve, 2002) y para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico *MiniTab*.

**Cronograma:**

Primeramente se entregaron los formularios de solicitud de aprobación de tesis al Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito. Una vez que se obtuvo dicha aprobación, se entregaron al Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, los formularios de aprobación para realizar la tesis dentro de la institución. Al momento de tener la aprobación por parte del hospital se empieza a trabajar en la fecha determinada. La investigación fue realizada a partir de las 14H00 para evitar interrupciones de rondas médicas, aplicación de tratamientos (cirugías, radioterapias, pruebas, etc.) o visitas familiares.

Se le informa al paciente del propósito del estudio y se le brinda el consentimiento informado para que pueda leer y determinar si desea ser partícipe de la investigación. Una vez que el paciente decida aceptar, la cortina que divide las camas va a ser utilizada para brindar mayor privacidad al paciente que se encuentra respondiendo el cuestionario. Esto se realizara en cada habitación del primero y tercer piso, donde se encuentran hospitalizados los pacientes adultos.

**Procedimientos:**

Inicialmente se concretó una cita con Dra. Edith Dueñas, psicóloga del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, para discutir sobre la temática del afrontamiento en pacientes con cáncer. Una vez terminada la cita, se decidió trabajar únicamente con pacientes adultos que se encuentren hospitalizados durante el tiempo de la investigación. Para brindar mayor profundidad a la investigación, se decidió averiguar si existe una diferencia con relación al género de los



pacientes y el tipo de estrategia que utilizan para afrontar su enfermedad. Una vez que se tuvo claro el tema de investigación, se realizó una solicitud formal, al Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, informado cada detalle de la investigación que se quería realizar, con el fin de obtener su aprobación. Al lograr tener la respuesta del comité, se continuó con el siguiente paso, conseguir el consentimiento para realizar el estudio, dentro del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. La Junta Médica del Hospital aceptó la propuesta y se pudo empezar la parte práctica de la investigación.

El hospital está dividido en tres pisos para los pacientes hospitalizados. El primero y tercer piso es dedicado únicamente para adultos, mientras que el segundo es para pediatría. En cada piso hay un total de diecinueve habitaciones, en cada cuarto hay cuatro camas con una cortina que provee privacidad en el caso de que el paciente la requiera. Cada cuarto es dividido por género y en ningún punto hombres y mujeres comparten habitación. Los pacientes hospitalizados, están recibiendo quimioterapia por intravenosa, pueden también estar recibiendo morfina, entre otros medicamentos.

En el caso de que haya pacientes que presenten algún tipo de baja de defensa o enfermedad alterna al cáncer que esté poniendo al paciente en una situación de vulnerabilidad mayor, es transferido a un cuarto de aislamiento. En esas habitaciones, sí se puede entrar pero únicamente si se está utilizando mascarilla y guantes quirúrgicos. Esto evita que el paciente este aún más vulnerable ante posibles infecciones o contaminaciones.

La gran mayoría de cuartos no tienen una televisión y los pacientes suelen tener en su armario libros para entretenerse, pero, comúnmente se observa una biblia en su mesa personal. En otros casos, hay pacientes que están hospitalizados por un largo periodo de tiempo, por lo que se encuentran en cuartos privados y tienen el privilegio de tener una televisión y otros artículos personales como flores, portarretratos con fotos de sus familias, radios, etc. Estos son casos muy raros. La mayoría de pacientes no tiene mayores artilugios personales dado que su estadía no suele ser muy larga, esto se debe a que están recibiendo su tratamiento y este no tiende a durar muchos días.

En el hospital, las horas de visitas terminan a las cuatro de la tarde, por lo que era de esperar que los pacientes estén rodeados de familiares y amigos. Lo que se notó fue que sólo ciertas personas tenían visitas a su lado y muchas veces no había comunicación alguna entre ellos. Aquellas personas que sí gozaban de una compañía podían ser vistos riendo, tomando fotos, comiendo algún postre preferido del paciente. En otras palabras, eran personas que disfrutaban de sus vistas y se olvidaban momentáneamente en donde estaban.

En el caso de aquellas personas que estaban solas, las actitudes eran más apáticas y serias. Así mismo, eran personas que o estaban tratando de dormir o estaban con la mirada fija en el techo. En las habitaciones con personas en aislamiento, usualmente no se observaba la presencia de visitas y los pacientes se encontraban en posición fetal observando a la distancia de sus ventanas. En ciertos casos, había pacientes cuyas únicas visitas eran de médicos o enfermeras. Cada día que se iba a realizar la investigación, era crucial averiguar en la estación de enfermería, si había la presencia de algún paciente que cumpla alguno de los criterios de exclusión. Afortunadamente esto no se observó.

El primer contacto con el paciente fue dentro de la habitación en la que se encuentra, en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. Se saluda al paciente cortésmente, y se explica el objetivo de la investigación. Se hace entrega al paciente el consentimiento informado y se le brinda mayor detalle sobre el cuestionario cuando fuese requerido. En el caso de que algún paciente que no haya deseado ser parte de la investigación, se le agradeció por su tiempo y se continuó con el siguiente paciente. Aquellas personas que firmaron voluntariamente el consentimiento informado recibieron una copia del mismo y se les entregó el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)* (Soriano, Monsalve, 2002) para responder.

En el caso de pacientes que aceptaron participar en el estudio, se les pidió que sus familiares o amigos no se encuentren presentes al momento de responder el cuestionario, como una manera adicional de asegurar la confidencialidad de sus datos. No hubo personas con dificultades de lectura o escritura por lo que no fue requerida la presencia de un testigo para verificar que se esté leyendo el consentimiento y las preguntas del cuestionario con la exactitud con la que está escrita. Una vez que el paciente hubo terminado de contestar el cuestionario, se le agradeció su participación, se le recordó el anonimato de sus respuestas y se preguntó si tenía alguna pregunta o duda que quisiera que se le respondiera.

La gran mayoría de pacientes una vez que terminaban de responder el cuestionario, gustaban de conversar de varios temas y comúnmente preguntaban sobre si iban a recibir algún tipo de asistencia psicológica.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

La presente investigación tuvo como propósito conocer qué tipo de estrategia de afrontamiento utilizan los pacientes adultos oncológicos en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. Así mismo, se buscó conocer como varía el tipo de estrategia utilizada dependiendo del género del paciente.

Para poder responder la pregunta de la investigación “¿Cómo y hasta qué punto el tipo de recurso emocional y cognitivo de un paciente oncológico adulto que se encuentra hospitalizado, difiere de acuerdo al género del mismo?” se decidió utilizar el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)* (Soriano, Monsalve, 2002). Este cuestionario ha sido previamente utilizado en otros estudios sobre afrontamiento en pacientes con cáncer y también fue validado por el autor. A su vez, este cuestionario trabaja con seis de los más comunes tipos de afrontamiento utilizados y consta con 31 preguntas. El paciente debe responder de acuerdo a lo que conoce y prefiere, de acuerdo a cada estrategia con la que se trabaje en dicho momento.

Las preguntas del cuestionario están hechas en base a la escala psicométrica Likert y el paciente debe especificar el nivel en el que se encuentre, sea este, acuerdo o desacuerdo con el ítem presente. Las preguntas del cuestionario están divididas entre: Religión, Catarsis, Distracción, Autocontrol Mental, Autoafirmación y Búsqueda de Información.

Para analizar estadísticamente el cuestionario, se utilizó un “*T-Test 2 Sample*”, que se encuentra en el programa estadístico denominado “*MiniTab*”.

El propósito de utilizar el “*T-Test 2 Sample*” sirve cuando los datos de la variable dependiente son obtenidos de dos grupos independientes. Eso implica, que el diseño es

entre sujetos, es decir que no son los mismos sujetos los que están en un grupo de los que están en el otro grupo (Hernández y colaboradores, 2010). En el estudio, los grupos se dividieron en género para poder analizar si existe una diferencia entre hombres y mujeres y su estrategia de afrontamiento ante el cáncer

Para analizar si hubo diferencias de género en base a la frecuencia de respuestas se utilizó un “*Chi cuadrado*” que se encuentra en el programa estadístico denominado “*MiniTab*”. El propósito de utilizar este método estadístico es que permite determinar mediante el uso de frecuencias, el resultado de una variable independiente sobre una variable dependiente, cuando ambas son de tipo categórico. (Hernández y colaboradores, 2010).

### **Herramienta de investigación utilizada**

Para obtener los datos necesarios, se utilizó el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)*, el cual fue aplicado a 15 hombres y 15 mujeres hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. El CAD es un cuestionario que fue realizado por Soriano y Monsalve en el año 2002 en España, de fácil aplicación y con una estructura estable que permite la evaluación de pacientes con dolor crónico. Es un instrumento que fue realizado tomando en consideración otros cuestionarios parecidos, pero con el propósito de corregir sus fallas o deficiencias y puede ser “válido para la evaluación de una dimensión cada vez más relevante en el ámbito del dolor crónico, sin duda relevante para el control y manejo de la percepción algica” (Soriano, Monsalve, 2002).

El CAD, es un cuestionario autoadministrado que consta de 31 ítems distribuidos en 6 categorías: religión, catarsis (búsqueda de apoyo social emocional), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información (búsqueda de apoyo

social instrumental). Es un cuestionario tipo Likert con una escala de 5 puntos (Totalmente en desacuerdo = 0, algo en desacuerdo = 1, neutro = 2, algo en acuerdo = 3 y totalmente en acuerdo = 4). Los autores del cuestionario no indican la presencia de un punto de corte y cada estrategia tiene 5 ítems de análisis por estrategia, excepto distracción el cual tiene 6.

Cinco de las seis escalas, tiene como enfoque principal un análisis de afrontamiento emocional excepto por la categoría “búsqueda de información”, el cual se enfoca principalmente en una estrategia activa de solución ante el problema.

De acuerdo al estudio de validación de Soriano y Monsalve (2012), sobre el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)*, indican que, *religión* es un estilo de afrontamiento que es altamente relacionado a emociones de ira y preocupación. *Catarsis*, no tiene presencia de una respuesta emocional clara, *distracción*, se relaciona a emociones de tono optimista, como también *autocontrol mental* y *búsqueda de información*, aunque con una intensidad menor (Soriano, Monsalve, 2002).

### **Descripción de participantes**

Para esta investigación participaron quince pacientes mujeres y quince pacientes hombres mayores de 18 años que se encontraban hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, durante dos semanas.

Son pacientes que no presentan cabello y al estar recibiendo quimioterapia son más propensos a presentar hematomas de diverso diámetro y coloración. Hay pacientes que se encuentran con muy bajo peso y esto provoca que sus extremidades estén

altamente delgadas y frágiles. De igual manera, se observa que muchos pacientes se encuentran con un índice de masa muscular tan baja que su caja torácica es visible. El bajo peso puede ser provocado por los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia. Los pacientes masculinos se mostraron abiertos a participar en la investigación, mayormente porque solían estar solos y gustaban de poder conversar sobre su vida y tener alguien que los escuche con interés. Hubo un paciente en particular quien se mostró muy emocionado de tener alguien a quien hablar, mencionó que en su vida hubo muchas peleas con su familia y ahora batalla el cáncer solo. Fue una conversación que duró un poco más de una hora en la que se pudo ver los cambios emocionales en el paciente y el alivio y tranquilidad cuando terminó de contar su historia.

Los pacientes masculinos de menor edad, se mostraban dispuestos a ayudar, más no en conversar, en cambio a mayor edad, los hombres, más fuerte era su deseo de conversar, de poder contar a alguien sobre su enfermedad, sobre su vida y su historia. En cambio, en mujeres la situación era al revés.

Las pacientes jóvenes gustaban de conversar sobre su vida, sus deseos y miedos, mientras que mientras mayor era su edad menos dispuestas estaban a hablar o participar en el estudio. Una paciente que se encontraba en aislamiento, presentaba cáncer de seno y se mostró muy abierta para conversar, pero a diferencia de los hombres que quieren poder comentar su vida, ella prefirió conversar sobre sus miedos y frustraciones que le causaba la enfermedad.

Las edades de los pacientes masculinos oscilan entre las edades de 19 hasta 80 años, teniendo una media de 62 años. En cambio, en el grupo femenino, las edades varían entre los 27 hasta los 83 años con una media de 49 años.

Los tipos de cáncer más comunes en hombres fueron: cáncer de próstata, leucemia linfoma no Hodgkin (hubo un solo paciente masculino que presentó metástasis).

Los tipos de cáncer más comunes en mujeres fueron de seno, mientras que el resto de cánceres estaban localizados en el área reproductiva (cáncer de ovario, útero y pelvis)

Para la presente investigación, se requirió que los participantes fueran únicamente aquellos pacientes que voluntariamente decidan participar en el estudio una vez que hayan leído y firmado el consentimiento informado.

En este estudio se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión fueron que los pacientes sean diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, debían ser mayores de 18 años y que puedan leer y escribir sin problema. Los criterios de exclusión por su parte, excluyeron únicamente que no presenten enfermedades neurodegenerativas, problemas de abuso de sustancias ilícitas o que hayan desarrollado algún trastorno psicótico. Estos criterios de exclusión fueron impuestos dado que se quería obtener resultados que no puedan ser interpretados erróneamente en base a un factor externo.

Al momento de la administración del cuestionario, únicamente se preguntó la edad del paciente, su diagnóstico y el tiempo que había transcurrido desde que obtuvo su diagnóstico. El tiempo de transcurso era particularmente importante dado que el cuestionario de afrontamiento utilizado tiene como único requisito que sea administrado a pacientes cuyo diagnóstico haya sido con seis meses de anterioridad. De esta manera,



el paciente tiene un mayor conocimiento sobre cómo ha afrontado su enfermedad. Uno de los factores de mayor importancia en la selección de participantes, fue el género.

Esto se debe a que el estudio busca averiguar si el sexo del participante es una variable significativa en el tipo de estrategia de afrontamiento durante el transcurso de la enfermedad. El nivel socioeconómico de la persona no fue una variable de interés durante la investigación dado que se consideró que averiguar esta información podría provocar posibles reacciones adversas en el paciente y uno de los principales puntos del estudio era minimizar cualquier riesgo. Dado que la población participante en el estudio son personas que se encuentran atravesando el cáncer, también son pacientes hospitalizados lo que implica que se encuentran recibiendo tratamiento. Al ser esto así, se puede considerar que el tipo de respuestas que fueron provistas al momento de contestarlas varié dependiendo de la situación en la que se encuentren en dicho momento. Esto no se puede saber dado que en ningún momento se averiguo el estadio del cáncer o se realizó una historia clínica para conocer más sobre el paciente y su enfermedad.

### **Fuentes y recolección de datos**

Aquellos pacientes que decidieron participar en el estudio, primeramente, debieron leer, comprender y responder voluntariamente el consentimiento informado. Acto seguido, contestaron el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)* (Soriano, Monsalve, 2002). Los datos fueron recolectados por el investigador en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito en el primero y tercer piso, donde se encuentran hospitalizados los pacientes oncológicos adultos. La recolección de

datos fue realizado una vez que se obtuvo el permiso y aprobación del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito y de la Junta de Médicos del Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito.

Una vez, que el paciente quien voluntariamente decidió participar en el estudio y ha respondido el cuestionario, éste será guardado en una carpeta que estará bajo custodia única y permanente del investigador. Al finalizar el día, los datos fueron transferidos a Excel y guardados en una computadora con clave, la cual solo el investigador tiene conocimiento de la misma. Ninguna persona, excepto el investigador, la directora de tesis y la Dra. Edith Dueñas, psicóloga encargada de la supervisión de la investigación dentro del Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, tiene accesos a los cuestionarios.

Los cuestionarios físicos y la copia de los consentimientos informados estarán guardados en una carpeta aparte de la que se utilizó en el hospital y estarán guardados en un cajón que se encontrará bajo llave todo el tiempo. El tiempo de reserva de los datos y consentimientos será de 5 años, de acuerdo a lo que estipula la Ley Ecuatoriana. Dado el estilo del cuestionario en sí, las respuestas que darán los pacientes, fueron codificadas numéricamente para mantener y asegurar la protección de los datos como de los participantes. Los datos de esta tesis son presentados de forma estadística y el análisis se realizó en base a la codificación de cada respuesta, asegurando el anonimato de todo participante. Los datos recolectados que han sido codificados numéricamente estarán visibles dentro de la tesis presentada como requisito de grado y la misma se encontrará en el internet, en la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito.

A petición del Dr. Carlos Torres F. Jefe de Docencia e Investigación, Cirujano Oncológico en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito; los datos

estadísticos y los resultados de la investigación deberán ser presentados a la Junta Médica. Los cuestionarios físicos y los consentimientos informados no estarán visibles para el público.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

El procedimiento de la investigación como previamente se mencionó, implicaba presentarse en las habitaciones y brindar una breve información sobre el estudio que se estaba realizando. Si el paciente se mostraba interesado, se le ofrecía el consentimiento informado para que pueda informarse a fondo de la investigación y las implicaciones de ser partícipe de la misma. Aquellas personas que voluntariamente decidieron participar se les ofrecían el cuestionario y lo llenaban. En el caso de que hubiese la presencia de algún familiar o amigo, éste debía de salir de la habitación para brindar mayor privacidad de los datos y también era un método para minimizar el sesgo en las respuestas.

Una vez que el paciente terminaba de llenar el cuestionario, se le preguntaba si tenía alguna duda o comentario con respecto al cuestionario o a la investigación y se le agradecía por la participación. Una gran mayoría, averiguó, si es que iban a recibir terapia psicológica en algún momento, mientras que otros utilizaban esta pregunta como una oportunidad para comentar sobre su enfermedad, sus miedos, su historia, etc. En el caso de que un paciente deseaba conversar sobre su situación, se corría la cortina para poder brindar privacidad al paciente que se encontraba emocionalmente vulnerable. En otros casos, los pacientes terminaban de llenar el cuestionario y no tenían preguntas o dudas por lo que se podía continuar con el siguiente paciente. En el caso de los pacientes que deseaban hablar, solamente se los escuchaba y en ningún momento se realizó ningún tipo de acción terapéutica. Una vez que el paciente se sentía más

tranquilo, entonces se le preguntaba si deseaba conversar de alguna otra cosa, pero eso no solía suceder. Dando paso a continuar con los siguientes pacientes.

En un principio se decidió que la muestra para el estudio iba a ser de sesenta pacientes, pero desafortunadamente se obtuvo únicamente treinta. Cabe recalcar que la razón no es por falta de pacientes en el hospital, pero durante el transcurso de las dos semanas hubo pacientes que no querían participar por razones varias. Aquellos pacientes que voluntariamente ofrecían una razón, mencionaron que se encontraban con muchísimo dolor, otros no podían hablar por efectos del cáncer, como fue el caso de un paciente que no podía hablar dado que su cáncer estaba localizado en sus cuerdas vocales y el área de la boca y labios estaba llena de llagas que producía un excesivo nivel de dolor al hablar.

En otros casos, los pacientes se encontraban con los ojos cerrados, sea porque estaban con mucho dolor, intentado dormir o por algún otro factor, no se los podía molestar así que no se podía realizar la investigación. Finalmente, el otro grupo de pacientes que no deseaba participar era mujeres mayores de 70 años, quienes se presentaban con mucha ira y negaban vehementemente ante la idea de participar en un estudio, a pesar de que en ningún momento se les insistió. En cambio, a mayor la edad del hombre, mayor su disponibilidad para conversar y un más, el deseo o la necesidad de ser escuchado.

El análisis de los datos recolectados se hizo en un principio, mediante la suma de puntuación por cada una de las 6 categorías del cuestionario. Para poder declarar la presencia o no de una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, se aplicó un “*T-Test 2 Sample*” utilizando el programa estadístico “*MiniTab*”, por cada una de las categorías. Finalmente, una vez que se obtuvo esos resultados, se decidió

realizar una análisis extra, para ver la preferencia dentro del subtipo de categoría (las preguntas) mediante las frecuencias obtenidas de los extremos de posibles respuestas (Totalmente de Acuerdo vs Totalmente en Desacuerdo). Este análisis estadístico de frecuencias, se realizó mediante el uso de un “*Chi Cuadrado*” Esto permitió observar si hubo diferencias estadísticamente significativas en el tipo de estrategia específicamente preferida por hombres y mujeres.

Para poder comprobar la hipótesis de que el género es una variable determinante en cuanto al tipo de estrategia que va a utilizar cada paciente, es necesario realizar un análisis estadístico. Una vez que se obtuvo los promedios de las respuestas del cuestionario de los hombres y las mujeres, se decidió realizar el “*T-Test 2 Sample*”. Los resultados se observan en la siguiente tabla:

| <b>Categoría</b>               | <b>Promedio Hombres</b> | <b>Promedio Mujeres</b> | <b>T-Value</b> | <b>P-Value</b> |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|----------------|
| <b>Religión</b>                | x=18,40                 | x=18,07                 | t=-0,22;       | p= >0.05       |
| <b>Catarsis</b>                | x=12,40                 | x=12,80                 | t=-0,16        | p= >0.05       |
| <b>Distracción</b>             | x=15,67                 | x=13,67                 | t=-0,76        | p= >0.05       |
| <b>Autocontrol Mental</b>      | x=14,07                 | x=11,67                 | t=-1,12        | p= >0.05       |
| <b>Autoafirmación</b>          | x=17,20                 | x=16,33                 | t=-0,55        | p= >0.05       |
| <b>Búsqueda de Información</b> | x=14,13                 | x=11,80                 | t=-0,92        | p= >0.05       |

Al realizar el análisis estadístico comparativo de cada estrategia propuesta en el cuestionario, se observa que, ninguna es estadísticamente significativa. Esto implica que los pacientes hospitalizados en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala, Solca

Núcleo de Quito; no muestran diferencias de género en el tipo de estrategias de afrontamiento utilizados durante el transcurso de su enfermedad.

Al realizar el análisis estadístico comparativo de cada estrategia propuesta en el cuestionario, se observa que, ninguna es estadísticamente significativa. Esto implica que los pacientes hospitalizados en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito; no muestran diferencias de género en el tipo de estrategias de afrontamiento utilizados durante el transcurso de su enfermedad.

Dado de que el análisis estadístico realizado mediante la aplicación “*T-Test 2 Sample*” invalidó la hipótesis, sobre si el género de la persona determina el tipo de estrategia de afrontamiento a utilizar, se decidió añadir un último análisis. Se utilizó un “*Chi Cuadrado*” para conocer si el género influye en la preferencia en el estilo de estrategia, en base a la frecuencia de respuestas, obtenidas de ambos extremos (Totalmente en Acuerdo vs. Totalmente en Desacuerdo).

El análisis estadístico para hombres mostro que no existe una diferencia significativa ( $p > 0.05$ ;  $SR < 1$ ) para ninguna estrategia de afrontamiento. El mismo análisis estadístico se realizó en las respuestas provistas por parte de las mujeres y tampoco existe una diferencia significativa ( $p > 0.05$ ;  $SR < 1$ ) para ninguna estrategia de afrontamiento.

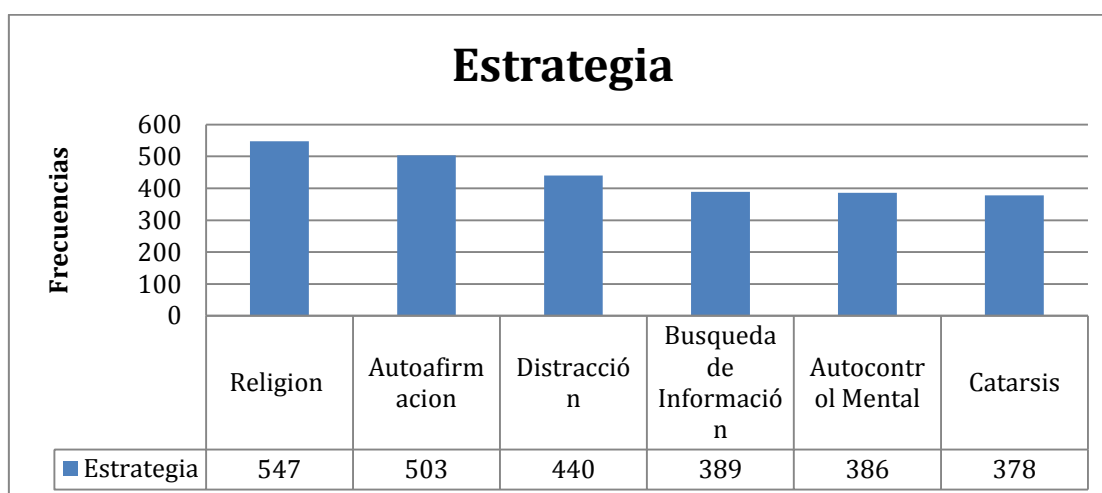
El presente estudio demostró mediante los dos tipos de estadísticas (“*T-Test 2 Sample* y *Chi Cuadrado*”) que el género no juega un rol importante al momento de la elección de una estrategia de afrontamiento. Esto invalida la hipótesis más no la investigación.

Lo que se puede decir es que los estereotipos de rol de género y las creencias erróneas sobre cómo debe comportarse un hombre y una mujer ante una situación estresora, son barreras sociales que se disuelven inmediatamente al momento que éstas personas son diagnosticadas con cáncer. El cáncer no discrimina género, edad, estatus socioeconómico, solo aparece; el paciente no discrimina su ayuda al momento de enfrentarse al mayor desafío de sus vidas. Un paciente mencionó lo siguiente “*Con el cáncer no tienes opción o abres la mente o te limitas a una cura*”.

El cáncer suele tener el estigma de ser una batalla pérdida, es una enfermedad en la que el tipo del cáncer y su fase son los factores determinantes para decidir qué hacer. En ciertos pacientes el cáncer pudo ser detectado a tiempo, por lo que su tratamiento presentará un mejor pronóstico y por ende un mayor tiempo para emplear diferentes estrategias de afrontamiento y así conllevar la enfermedad de la mejor manera posible. En cambio, en el caso de pacientes cuyo diagnóstico fue demasiado tarde y se encuentran en fase IV (metástasis) entonces se podría observar que el tipo de afrontamiento puede ser más pasivo y hasta disfuncional (rendirse).

A pesar de que los resultados estadísticos mostraron que no existe una diferencia significativa en relación al género y el tipo de estrategia de afrontamiento a utilizar, se decidió continuar el análisis. Esta vez, el análisis se realizó en base a la preferencia en el estilo de estrategia a utilizar de los pacientes, sin considerar el sexo de los mismos, como variable relevante. Para poder hacer esto, se utilizó únicamente la suma de frecuencias de respuestas por estilo estrategia por parte de ambos sexos. De esta forma explicar los tipos y estilos de estrategia de afrontamiento son las más comunes dentro de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito.





*Gráfico1. Frecuencias de mayor a menor obtenidos de la suma total de respuestas por categoría de los 30 cuestionarios.*

En el primer gráfico, se observa que el tipo de estrategia utilizada comúnmente utilizada es la religión, le sigue la autoafirmación, la distracción, la búsqueda de información, el autocontrol mental y la catarsis. En previos estudios realizados sobre el afrontamiento oncológico, indican que la religión suele ser el tipo de afrontamiento más común como estrategia a utilizar, por parte de los pacientes. El estudio *Influencia de la Expresión Emocional Escrita sobre el Afrontamiento del dolor en la Enfermedad del Cáncer* (Suarez y colaboradores, 2011), realizado en Bolivia, explica que al ser un país latinoamericano, la religión tiene un peso muy fuerte y por ende no fue sorpresa para la autora, que haya sido localizada entre las primeras estrategias de afrontamiento utilizada por los pacientes.

Ahora bien, considerando que el Ecuador es un país altamente religioso, acá tampoco es un factor de sorpresa que la religión sea la estrategia más utilizada. En particular no solo porque hay mucha fe (sin tomar en cuenta que tipo de religión practiquen los pacientes), pero por el hecho de que la enfermedad provoca que se

busque cualquier tipo de ayuda para sobreponerse ante el cáncer. Un paciente en particular mencionó que, previamente a ser diagnosticado con cáncer, nunca fue un hombre creyente, pero que padecer ésta enfermedad, le obligó a abrir su mente a nuevas opciones y no limitarse al tipo de ayuda que pueda obtener, a pesar de ser una que no pueda ver o tocar. “Con el cáncer no tienes opción o abres la mente o te limitas a una cura”.

### Estrategia: Religión

Tabla 1.

|            |   |
|------------|---|
| Pregunta 1 | Rezo para que mis dolores desaparezcan              |
| Pregunta 2 | Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema |
| Pregunta 3 | Rezo para curarme                                   |
| Pregunta 4 | Utilizo la fe para aliviar mis dolores              |
| Pregunta 5 | Pido a Dios que me alivie de mis dolores            |

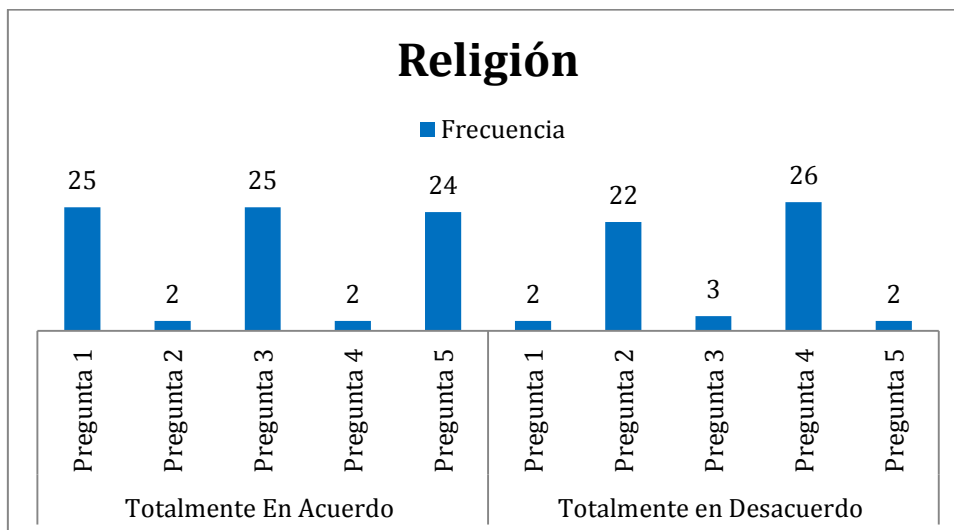


Gráfico 2. Frecuencia: Religión

En el gráfico 2 se observa que los tres estilos de mayor preferencia para los pacientes son *rezo para conseguir más fuerza*, *rezo para curarme* y *pido a Dios que alivie mis dolores*. Se puede pensar que en estos tres estilos de estrategia utilizados, los pacientes presentan un afrontamiento activo al utilizar la religión como una herramienta de ayuda externa. Esto implica que el paciente es proactivo con su lucha contra su enfermedad, al recurrir a una herramienta no visible y meramente de fe como una fuerza adicional. El ser humano durante el transcurso de su enfermedad se va debilitando física como emocionalmente por lo cual el acudir a una fuerza mayor y solicitar mediante el rezo fuerza para continuar es un indicativo de lucha.

La siguiente estrategia más común es la autoafirmación. Esto es considerada una estrategia de afrontamiento activo, centrado en la búsqueda de solución y más específicamente una solución personal. Esto demuestra que los pacientes que participaron tienen un deseo muy profundo de superar su enfermedad, de tomar las medidas necesarias sean o no desagradables los efectos secundarios. Este estudio demuestra que el paciente oncológico adulto quien es consciente de su enfermedad y las consecuencias que pueden ocurrir aun así presenta con ahínco su deseo no solamente de sobrevivir, pero de vivir más allá del estigma social que implica ser “un paciente con cáncer”.

### **Estrategia: Autoafirmación**

*Tabla. 2*

|             |   |
|-------------|---|
| Pregunta 22 | Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer         |
| Pregunta 23 | Me doy ánimos para aguantar el dolor                    |
| Pregunta 24 | Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte             |
| Pregunta 25 | Cuando tengo dolor no me rindo, peleo                   |
| Pregunta 26 | Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note |

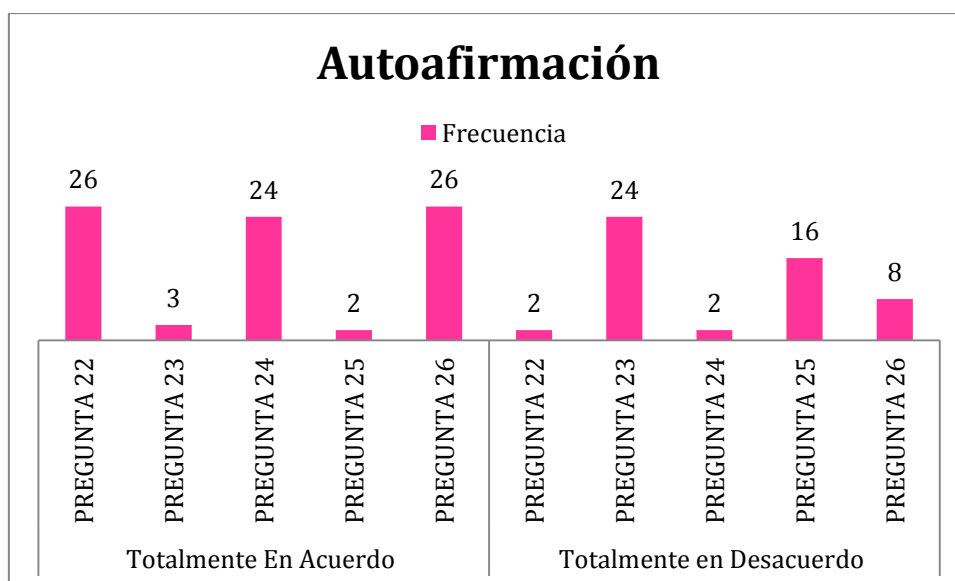


Gráfico 3. Frecuencia: Autoafirmación

Los estilos de afrontamiento dentro del tipo de estrategia de autoafirmación más comunes, son: pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer, me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte, aunque me duele me contengo y procuro que no se me note.

Lo que esto indica, es que se está hablando de un afrontamiento activo, centrado en el problema. Se observa que son personalidades de control, esto implica que los pacientes quieren sentir que a pesar de que están ya recibiendo un tratamiento médico, ellos no pueden dejar todo a la medicina por lo, se reafirman constantemente que deben de seguir luchando pesar de los efectos adversos que puede provocar el cáncer.

Lo que es interesante es que los pacientes quieren tener un rol activo en el que buscan soluciones para afrontar su enfermedad y no un comportamiento pasivo en el que paciente puede generar un afrontamiento disfuncional. Esto se observa en el cuadro, al ver que hubo una tendencia mayor por parte de los pacientes al estar en contra de darse *ánimos para aguantar el dolor*. Esta frase es clave por la palabra “aguantarse” lo que implica no buscar ayuda, un afrontamiento pasivo que puede tener repercusiones negativas tanto físicas como psicológicas. Un paciente, durante la investigación indico

que “el cáncer es una oportunidad para luchar, una segunda oportunidad para ser mejor y no dejarme vencer”. Los pacientes oncológicos prefieren hacer algo, tomar una actitud de solución más no, el sufrir su dolor.

### Estrategia: Distracción

Tabla 3.

|             |   |
|-------------|---|
| Pregunta 11 | Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras                |
| Pregunta 12 | Busco algo en qué pensar para distraerme                          |
| Pregunta 13 | Ignoro el dolor pensando en otra cosa                             |
| Pregunta 14 | Intento recrear mentalmente un paisaje                            |
| Pregunta 15 | Cuando tengo dolor pienso en otra cosa                            |
| Pregunta 16 | Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo |

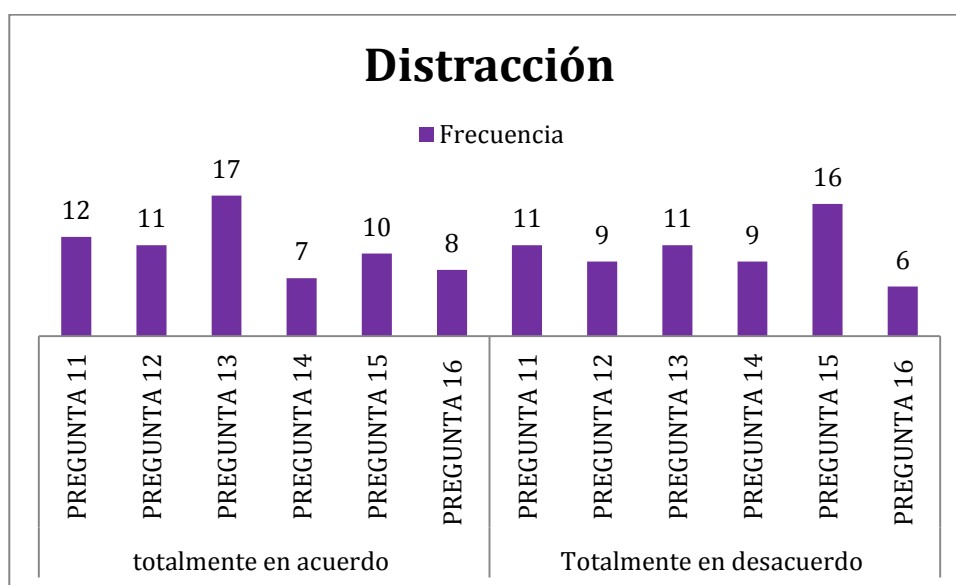


Gráfico 4. Frecuencia: Distracción

A pesar de que la distracción es el tercer estilo más común entre los pacientes, se puede observar que no hay una preferencia marcada por un estilo de afrontamiento. En realidad lo que se observa es que en el tema de la distracción, varios factores deben ser tomados en cuenta, la personalidad de la persona, el tipo de cáncer y la fase en la que se

encuentra, etc. El cuadro indica que por un lado hay un grupo de pacientes que prefieren ignorar el dolor pensando en otra cosa, mientras que la otra mitad indica que cuando tienen dolor no pueden pensar en otra cosa.

Ahora bien, el ignorar el dolor pensando en otra cosa es una actitud evitativa, más no disfuncional dado que los pacientes mencionaban que no podían estancarse en dolor, por lo que pensaban en sus hijos, imaginaban poder estar sanos y esto les daba fuerza. En cambio, aquellos pacientes quienes indicaron no poder pensar en otra cosa al momento de sentir dolor, usualmente comentaban que cuando el dolor provocado por los tratamientos puede llegar a ser demasiado fuerte como para pensar en otra cosa. Estos pacientes mencionaron que cuando el dolor ocurría ellos preferían dormir ya que al hacer esto no sentían dolor y momentáneamente podían estar en paz.

En el cáncer, no se puede esperar que todos los días el paciente se encuentre positivo, activo y con deseo de lucha, es una enfermedad que brinda sus buenos y malos días. No se puede olvidar que los pacientes con cáncer siguen siendo humanos por lo que habrá días en que el deseo de lucha puede quebrantarse más no es una reacción permanente.

### **Estrategia: Búsqueda de Información**

*Tabla 4.*

|             |   |
|-------------|---|
| Pregunta 27 | Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor  |
| Pregunta 28 | Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación                    |
| Pregunta 29 | Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente |
| Pregunta 30 | Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente  |
| Pregunta 31 | Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor  |

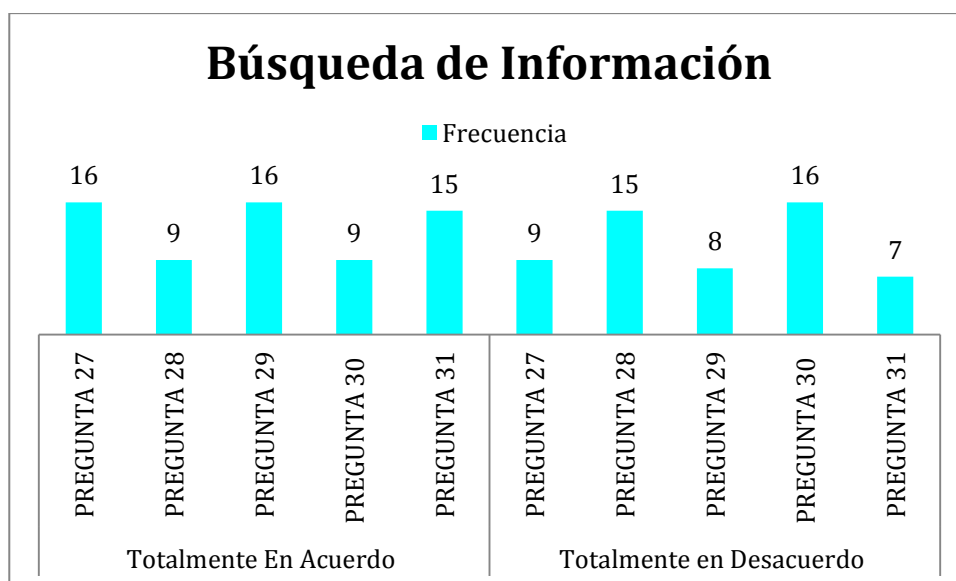


Gráfico5. Frecuencia: Búsqueda de Información

El gráfico se observa nuevamente que las personas están dispuestas a tomar una actitud activa, de solución ante su enfermedad. Las estrategias de mayor preferencia son: *intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor, hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente y hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor.*

Esto indica, que las personas son más propensas a investigar sobre su enfermedad, pero también están más dispuestos a recibir ayuda alterna a la médica para poder afrontar su dolor. El que las personas busquen qué hacer para disminuir el dolor y cómo afrontar a su enfermedad, indica que las personas no se dejan vencer por el cáncer o por el dolor, prefieren tomar una actitud activa y de solución.

En el caso de la pregunta 28 (*Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación*) las personas optaron por estar en contra de estas dos afirmaciones. Esto se debe a que los pacientes indicaron que a pesar de que la familia es un soporte muy importante, no son personas que poseen un conocimiento

mayor sobre la enfermedad, pero también el comentar a su familia sobre el dolor en el que se encuentra y pedir su ayuda implica para los pacientes ver como sus palabras hieren a sus familiares. Los pacientes mencionan que ellos no son los únicos vivenciando el cáncer, por lo que estar comentando a sus familiares de su dolor implica ver como ellos sufren ante la impotencia que esto provoca en ellos.

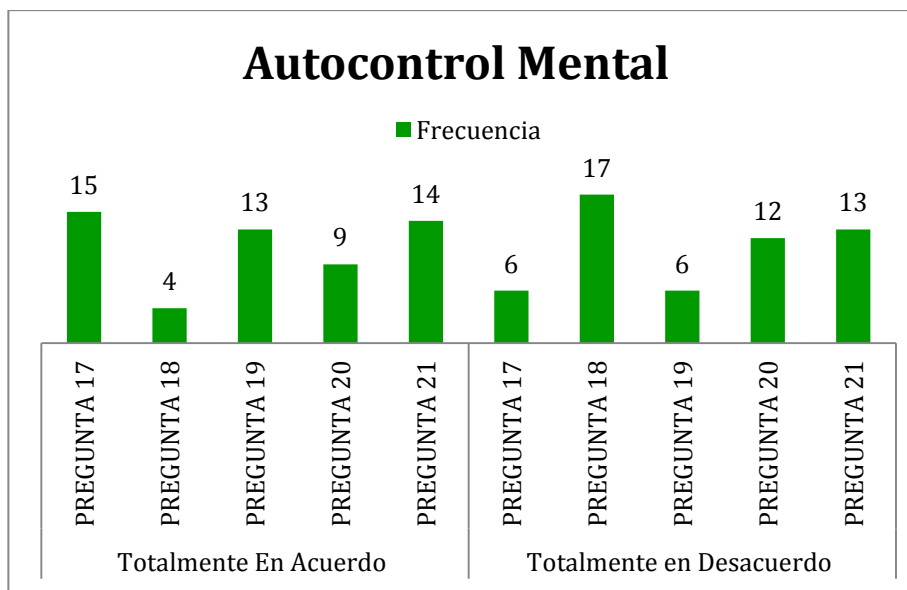
En la pregunta 30 (*Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente*) las personas contestaron en total desacuerdo pero mencionaron que fue porque consideran que al no comprender a fondo los términos médicos de su enfermedad no hay razón por la cual preocuparse innecesariamente. Esto implica que las personas prefieren mantener una actitud positiva y la información necesaria que ellos requieren sobre su enfermedad ya es explicada por sus médicos.

### **Estrategia: Autocontrol Mental**

*Tabla 5.*

|             |   |
|-------------|---|
| Pregunta 17 | Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor                |
| Pregunta 18 | Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca                   |
| Pregunta 19 | Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo |
| Pregunta 20 | Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente                   |
| Pregunta 21 | Trato de dejar la mente en blanco   |





*Gráfico 6. Frecuencias Autocontrol Mental*

En el gráfico 6, se observa que los tipos de estilo en relación al autocontrol mental como tipo de estrategia de afrontamiento son: *me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor y cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo*. Esto demuestra que los pacientes prefieren tomar una actitud de solución, de lucha a pesar del dolor y el malestar emocional y físico que provoca el cáncer. Un punto interesante fue que las personas respondieron que están en desacuerdo con la pregunta 18 (me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca) pero, a su vez, indicaron que el pensar en sus familias, en sus hijos, en sus parejas, en salir del hospital sanos es lo que les motiva. De esta forma el solo concentrarse en el dolor mediante el bloqueo de todo lo demás no es una herramienta que funciona para los pacientes. Ellos mencionan que prefieren luchar con un objetivo en mente.

## Estrategia: Catarsis

Tabla 6.

|             |   |
|-------------|---|
| Pregunta 6  | Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo                         |
| Pregunta 7  | Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor |
| Pregunta 8  | Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones  |
| Pregunta 9  | Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor  |
| Pregunta 10 | Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor                                    |

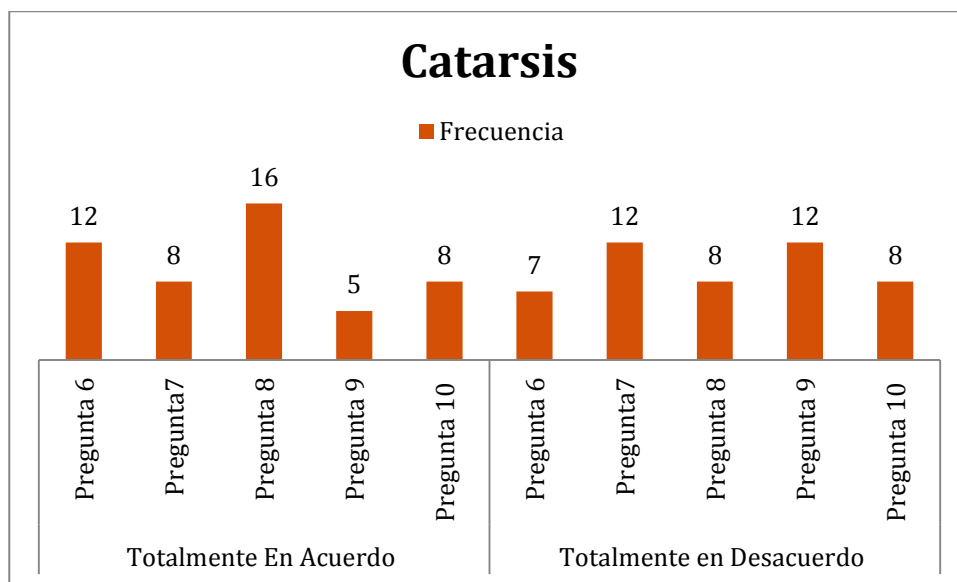


Gráfico 7. Frecuencia: Catarsis

En desacuerdo a previos estudios, la catarsis no fue el tipo de estrategia más común utilizada por los pacientes oncológicos. Los estilos de afrontamiento preferenciales son: *cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa, esto me ayuda a soportarlo y cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones*. El poder hablar con alguien sobre lo que se está vivenciando brinda la sensación de empatía, apoyo y bienestar para las personas, independiente de

una enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer, mencionaron que hablan con sus familias, su principal apoyo.

El gráfico demuestra que los pacientes se sienten cómodos comentando que tienen dolor ya que el recibir palabras de apoyo los hace sentir mejor. De igual manera pueden hablar sobre que tienen cáncer con otras personas sin mayor problema. En cambio, prefieren no hablar sobre el grado del dolor que están sintiendo o cuando lo están vivenciando. Esto es interesante dado que los pacientes comentaron que por un lado es importante hablar de su enfermedad con sus familiares y tener un apoyo, más prefieren evitar entrar en detalle sobre su dolor.

Los pacientes indican que el comentar a sus familiares que a pesar de que ellos conocen que su enfermedad produce momentos de excesivo dolor, prefieren no decirles, dado perciben que hieren a sus seres cercanos. Como previamente se mencionó, los pacientes prefieren no comentar sobre su dolor a sus familiares, dado que ellos no son los únicos sufriendo la enfermedad. Una paciente en particular dijo “no quiero que sientan pena por mí, así que me callo”. Para ellos, el poder hacer creer a sus familiares que no tienen dolor y que se encuentran bien, produce un mayor bienestar, al ver la paz que emanan en la habitación y simplemente disfrutar al olvidar momentáneamente, su enfermedad.

En cambio, los pacientes indicaron que quisieran poder comentar sobre su dolor, hablar a mayor profundidad. En particular sobre lo extenuante que puede llegar a ser, sus miedos y frustraciones con un extraño, como un psicólogo dado que son personas que podrían brindarles el apoyo que desafortunadamente sus familiares no pueden. Para los pacientes es importante hablar, solo que prefieren hacerlo con una persona que no va a resultar emocionalmente afectada, bajo su percepción, al ellos elaborar lo que implica ser un paciente oncológico.

Hubo ciertos pacientes que mencionaron que les pareció interesante la pregunta 29 (Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) dado que muchos no sabían que podrían acudir a un psicólogo para recibir ayuda sobre su enfermedad, bajo la creencia que el cáncer merece únicamente un tratamiento médico.

Cabe recalcar, que hubo una gran cantidad de pacientes quienes una vez que terminaron el cuestionario preguntaron si iban a poder recibir asistencia psicológica por parte del hospital. A pesar de que el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, tiene un psicólogo, muchos pacientes no han tenido terapia de ningún tipo y comentaron que estarían altamente dispuestos a recibir un tratamiento psicológico.

Explicaron los pacientes que la presencia de un psicólogo sería muy beneficiosa para ellos dado que podrían aprender sobre su enfermedad, aspecto que no pueden hablar con sus médicos, igualmente mencionaron la importancia de poder hablar sobre lo que sienten al ser “pacientes con cáncer” y el estigma que esto produce en ellos. Un paciente en particular mencionó “me gustaría poder recibir terapia y que me expliquen que va a pasar conmigo cuando ya me operen...si salgo de la operación y ya no tengo cáncer sigo siendo yo o el paciente que tuvo cáncer...no sabría cómo comportarme con mi familia”. Este es uno de los múltiples ejemplos en donde el paciente necesita de urgencia terapia psicológica para poder saber cómo afrontar las diferentes situaciones de alto nivel de estrés que se pueden presentar.

En base a que hubo una alta cantidad personas quienes mencionaron que gustaría recibir terapia psicológica, se realizó un último análisis. Esto, se basó a las temáticas recurrentes que indicaron los pacientes. De los 30 pacientes 22 mencionaron que les gustaría recibir terapia. A continuación se puede observar un gráfico en el que se

observa que un 73% de los pacientes están dispuestos e interesados en recibir un tipo de asistencia clínica más personalizada y enfocada en las necesidades de cada paciente.



Gráfico 8. Porcentaje Pacientes con Necesidad de Asistencia Psicológica

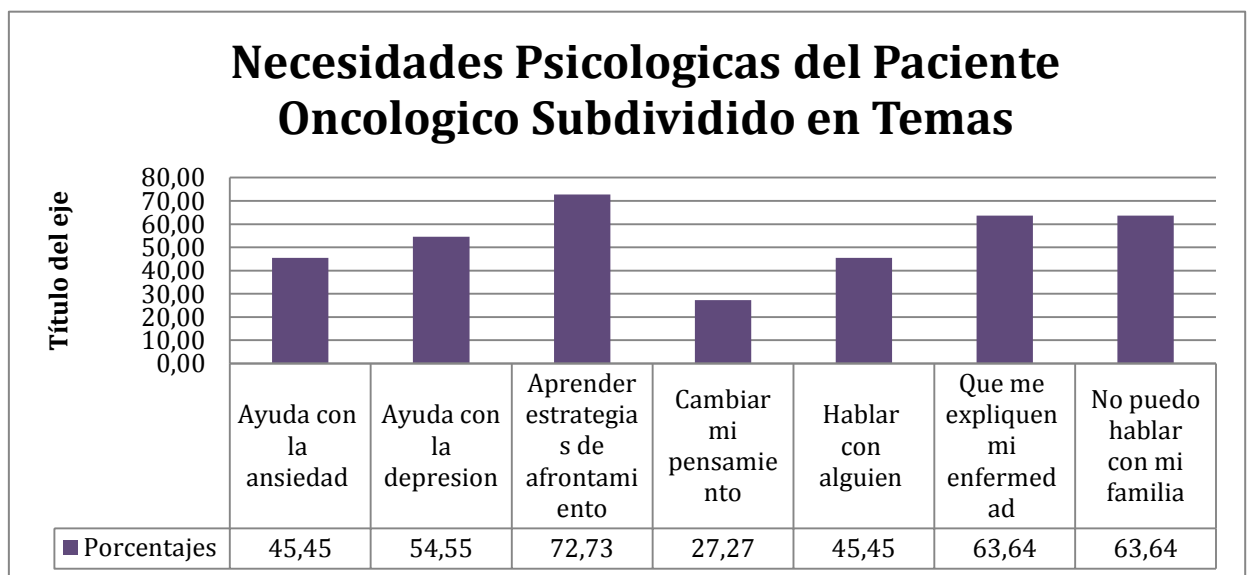


Gráfico 9. Porcentaje Frecuencias: Necesidades Psicológicas del Paciente Oncológico Subdividido en Temas

Aquellos pacientes que mencionaron que les gustaría recibir terapia psicológica señalaron una variedad de temas de los cuales quisieran poder recibir algún tipo de

ayuda. Los temas más recurrentes y relevantes se pueden observar en el gráfico 9. El tema que presenta el porcentaje más alto con 72.7% trata con la necesidad de aprender estrategias de afrontamiento. Esto implica que de los 22 pacientes quienes mencionaron que estarían dispuestos a recibir terapia, un total de 16 personas indicaron que quisieran aprender nuevas estrategias de afrontamiento. Los pacientes mostraron interés por aprender, en base a lo que leyeron en el cuestionario, indicando que ellos sobreviven a su enfermedad con lo poco que saben. La religión es lo que les mantiene a flote aquellos creyentes, mientras que otras personas sólo tienen a su familia. Estas personas indicaron que el cáncer es una enfermedad que obliga tener una mente abierta y cualquier nueva herramienta que ayude, debe ser tomada en consideración.

El siguiente tema “Que me expliquen mi enfermedad” obtuvo un porcentaje de 63.6% lo que implica que fueron 14 personas quienes requieren una explicación de la enfermedad más profunda. Los pacientes que mencionaron esta temática, indicando que muchas veces aunque el médico les explica su enfermedad, lo hacen mediante el uso de términos clínicos, los cuales ellos desconocen. La mayoría de pacientes quienes llenaron su cuestionario, al preguntarles su diagnóstico sólo decían “cáncer” o el nombre clínico, más no siempre entendían completamente el grado de su enfermedad y sus implicaciones tanto medicas como psicológicas. Para los pacientes, el ser diagnosticado con cáncer, acarrea consigo una serie de diferentes pensamientos y emociones en base a la ignorancia de lo que todo lo que implica dicho diagnóstico.

Desde el primer momento en el que se diagnostica al paciente, muchos pueden buscar información en el internet, pero esto en varios casos, produce altos niveles de ansiedad, en particular, si no se entiende a profundidad lo que se está leyendo. Los

pacientes mencionan que les gustaría poder tener un psicólogo ya que consideran que son personas que van a conocer la parte médica detrás de su enfermedad, pero también, van a poder brindar una atención personalizada, en la que van a poder explicar cada duda con la paciencia y tranquilidad que el paciente necesita.

El tercer tema “No puedo hablar con mi familia” nace en base de que el paciente muchas veces sólo tiene a su familia con quien contar para recibir algún tipo de apoyo. El problema es que con el cáncer, el paciente no es la única persona que se encuentra vivenciándolo. Es una enfermedad que produce un claro deterioro tanto físico como emocional y a pesar de que la familia este haciendo todo lo posible para brindar apoyo, ellos también sufren, por lo que el tipo de apoyo o ayuda puede ser limitado para las necesidades del paciente.

Dentro de este tema en particular, muchos pacientes mencionaron en el cuestionario que prefieren esconder su dolor, sus frustraciones y sus miedos ante los ojos de los familiares dado que es una forma de evitar ver a sus queridos sufrir por “culpa de ellos y su enfermedad”.

Las estrategias de afrontamiento indican la importancia de poder hablar, pero qué ocurre cuando estas personas empiezan a embotellar sus emociones, escondiendo de la familia y hasta de ellos mismos. Los pacientes mencionan lo importante que sería para ellos poder conversar con un psicólogo de su enfermedad, los miedos y sus dudas, como de cualquier otro tema mientras se encuentran hospitalizados. Estas personas señalan que al estar hospitalizados, es más frontal para la persona su enfermedad, en casa puede pretender, en el hospital no.

En otros pacientes que por alguna razón no tienen un familiar cercano o amigo en quien refugiarse, aunque sea momentáneamente, provoca una variabilidad de

emociones y cogniciones en el paciente. El estar día tras día en una habitación con tres personas diferentes, no invita al paciente a abrirse y comentar su vida personal a personas que no sabe si va a volver a ver algún día.

El 45% de estas personas o en otras palabras, las 10 personas que se encontraban en permanente soledad mientras estaban hospitalizados indicaron que aunque no conocen exactamente qué es lo que un psicólogo realiza, les gustaría poder tener alguien con quien hablar, simplemente para no sentirse solos. Una paciente indicó que ella debe estar hospitalizada por largos periodos de tiempo y esto provoca en ella altos niveles de depresión. La paciente indicó lo siguiente “si yo pudiera tener un psicólogo que me visite personalmente durante mi estadía en el hospital, significaría que podría volver a sentirme como un ser humano otra vez, una persona con una historia que contar, una oportunidad de olvidarme que soy la paciente con cáncer”. Esta es solamente una pequeña mirada a lo que ocurre con el paciente oncológico que se encuentra hospitalizado.

La ansiedad y la depresión son los dos trastornos más comunes que se observan en pacientes oncológicos, más esto no se puede tratar únicamente con fármacos. Durante el tiempo que se realizó la investigación, 12 personas (54.5%) indicaron que han experimentado episodios de depresión pero lo han tratado mediante el uso de medicinas, mientras que el 45.4% (10 personas) mencionaron tener ansiedad. Esto implica que en un grupo pequeño de 22 personas, 12 personas piden trabajar con la depresión, entenderla y más que nada, indicaron que quieren trabajar en ella sin la necesidad de fármacos.



Los pacientes indican que les gustaría poder tener un psicólogo que les enseñe como manejar su depresión de una forma más activa y directa. De igual manera, 10 pacientes indicaron que muchas veces no saben qué hacer con la ansiedad que están experimentando, mencionan que los efectos físicos de la ansiedad pueden llegar a ser tan desagradables como una dosis de quimioterapia. Es por esto que los pacientes piden poder ser tratados también emocionalmente, ya que como un señor lo puso “mi enfermedad me obliga a luchar, por mí y por mi familia, pero si yo no me siento capaz, no hay quimio que me cure ni Dios que me salve”.

Es justamente este tipo de frases que demuestran la necesidad tan fuerte de una asistencia psicológica más personal y directa para cada paciente. Muchas veces, lo más simple es lo que más ayuda. En ciertos pacientes una terapia cognitiva conductual sería lo más apropiado dado que es de corto tiempo, es directa y enfocada en el problema. En cambio, en otros casos, el poder simplemente escuchar puede brindar un mayor beneficio de lo que se podría esperar.

### **Importancia del estudio**

La presente investigación es de gran importancia dado que es un estudio que rompe los esquemas de creencias sociales sobre la forma en la que se espera que se comporte un hombre y una mujer al momento de afrontar su enfermedad. Desde un principio, se tuvo la creencia que el rol de género iba a marcar una diferencia en el tipo de estrategia utilizada por los pacientes, pero las estadísticas demuestran que no existe una diferencia significativa en relación al género y su elección de estrategia. Claramente, las personas dejan a un lado cualquier estereotipo cultural y se abren a

física, emocional y mentalmente a cualquier ayuda que permita que salir victoriosos de ésta enfermedad.

El cáncer es una enfermedad que no discrimina al momento de escoger su víctima, y de la misma manera, el paciente no se limita su arsenal de herramientas para defenderse de su atacante. Otro factor importante es que aunque no se nota diferencia de género en el estilo de estrategias de afrontamiento, se debe trabajar en todo lo que el paciente utilice y brindarle mayor apoyo.

En el caso del paciente oncológico, el primer y muchas veces el único paso una vez que fue diagnosticado con algún tipo en particular de cáncer, es optar por la asistencia médica. Considerando que el cáncer es principalmente una enfermedad biológica por lo que es lógico que su tratamiento sea médico, es crucial que el paciente sea atendido de tal forma que pueda tomar la acción necesaria para derrotar y eliminar el cáncer de su sistema. En ningún momento, la presente investigación tiene como propósito descreditar la absoluta importancia médica, lo que se propuso con esta investigación es brindar a la luz la importancia de juntar lo emocional con lo orgánico.

El paciente con cáncer puede ser tratado, recibir sus dosis de quimioterapia o radioterapia y si es necesario, un tratamiento quirúrgico. El cáncer puede ser extirpado y eliminado mediante este enfoque. Desafortunadamente, no hay quimioterapia o cirugía suficiente como para eliminar el desborde emocional que puede provocar ser diagnosticado con cáncer. Desde el momento que el paciente recibe la noticia se debe proveer de un acompañamiento psicológico para que pueda afrontarlo de una manera más adecuada, que minimice los estragos afectivos de la enfermedad. El perder un órgano o un miembro del cuerpo, el sentir como hay mechones alrededor de la almohada, la pérdida de peso drástico causado por el exceso de vómito y diarrea que

produce la quimioterapia y la radioterapia. La noción de que el tratamiento es incierto a largo plazo, el miedo constante de que el cáncer puede regresar en cualquier momento sin llamar a la puerta. Comprender que tener cáncer no solamente afecta al paciente como tal, pero también afecta a los miembros de la familia. Esto implica que si el pronóstico del paciente es pobre y su tiempo de vida es corto, también el tiempo que puede disfrutar de los pequeños placeres de la vida. Una vida, que se espera que dure muchos años, es arrebatada de la persona sin que pueda luchar. Estos son algunos de los miedos y reacciones emocionales que el paciente oncológico atraviesa durante su travesía con el cáncer. Son tantos los miedos y cogniciones que tiene el paciente que es difícil comprender como es posible que únicamente se lo trate con medicina. El paciente es un ser humano con tantas emociones como órganos y células, cada una con una función necesaria y por lo mismo es que debe ser tratada cada área del paciente con la misma importancia.

Este estudio tuvo como propósito no solamente averiguar si existían diferencias de género en el tipo de estrategias de afrontamiento, pero también poder conocer cuáles son las estrategias más comunes que utiliza el paciente para en un futuro, con mayor conocimiento e investigación poder brindar un mayor servicio de apoyo al paciente en el área psicológica. Si bien en este estudio los pacientes no se beneficiaron directamente, en cambio, brindaron a la comunidad médica y psicológica el conocimiento del tipo de estrategias que utilizan y la urgencia de la asistencia psicológica.

En la psicología se trabaja con la importancia de hablar, de comunicar los miedos, las preocupaciones, tener la oportunidad de ser escuchado sin herir a nadie, sin ser juzgado y simplemente eso, es de gran ayuda para la persona. Si a esto se añade la

enseñanza de nuevas estrategias de afrontamiento, nuevas maneras de comprender y visualizar a la enfermedad, los beneficios no van a ser únicamente emocionales, pero afectaran positivamente al organismo biológico que lo sostiene.

### **Resumen de sesgos del autor**

En el presente estudio se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico como herramienta para conocer el tipo de estrategias que el paciente oncológico hospitalizado en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito, utiliza para afrontar su enfermedad. En la presente investigación se trató de evitar cualquier tipo de sesgo, pero aun así puede haber un sesgo no intencional. Dicho esto, pueden existir limitaciones debidas a que si se toma en consideración previos estudios sobre el tema de estrategias de afrontamiento, se suele utilizar más de un cuestionario. Dado que en el presente estudio solamente se utilizó el CAD, esto puede presentarse como una limitación, ya que al combinar varios cuestionarios, más específicos serían los resultados diversos. En otras palabras, el CAD solamente tiene seis categorías para analizar, lo que implica que otros tipos de estrategias y sus estilos no están siendo tomados en cuenta. A pesar de la limitación, el analizar no solamente el resultado del CAD, pero también conocer cuál es el estilo de estrategia preferencial por parte de los pacientes.

## CONCLUSIONES

### **Respuesta la pregunta de investigación**

La pregunta que se buscó contestar en esta investigación fue ¿Cómo y hasta qué punto el tipo de recurso emocional y cognitivo de un paciente oncológico adulto que se encuentra hospitalizado, difiere de acuerdo al género del mismo? Para poder obtener dicha respuesta se llevó a cabo la aplicación de treinta y un preguntas del *Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Soriano, Monsalve, 2002)*. Una vez realizado el análisis estadístico de cada cuestionario, se llegó a concluir que en cuestión del tipo de estrategia de afrontamiento utilizado por el paciente, el género no tiene relevancia significativa.

A pesar de que las estadísticas demostraron que el sexo de la persona no es una variable relevante al momento de elegir su estrategia de afrontamiento, se pudo descubrir otros aspectos psicológicos importantes.

Al realizar un análisis más exhaustivo en base a las respuestas del cuestionario se dio a conocer que el tipo de estrategia más utilizada es la religión, le sigue la autoafirmación, la distracción, la búsqueda de información, el autocontrol mental y la catarsis. Se observó que la catarsis, factor psicológico de suma importancia resulto ser el tipo de estrategia menos utilizada por factores varios. Desde no conocer sobre la posibilidad de hablar con un psicólogo, hasta el evitar conversar con sus familiares y así no causarles mayor malestar.

Un factor de suma importancia que el estudio reveló fue el deseo de lucha tan fuerte de los pacientes, al analizar cada estrategia a fondo, se notó que las personas prefieren tomar una actitud positiva y activa (búsqueda de soluciones) para afrontar su

enfermedad. Esto demuestra que los pacientes oncológicos son una fuerza que se debe reconocer, son personas que no se rinden ante una enfermedad tan traicionera como es el cáncer.

De igual manera, hubo 22 pacientes quienes una vez que terminaron de contestar el cuestionario, mencionaron que les gustaría recibir atención psicológica dentro del hospital. Se observó seis temas recurrentes, dentro de ellos está, un deseo de aprender estrategias de afrontamiento, que se les explique su enfermedad, no poder hablar con su familia, ayuda con la depresión y la ansiedad y finalmente el tener con quien hablar. Estos son seis de las necesidades psicológicas más recurrentes que los pacientes que se encuentran hospitalizados mencionan requerir asistencia.

Es importante no olvidar que el cáncer no es una enfermedad meramente biológica por lo que es crucial poder manejarlo de manera tanto médica como psicológica para poder brindar la mejor asistencia y ayuda al paciente.

Esta investigación fue exploratoria dado que en el país no existen muchos estudios psicológicos en relación al paciente oncológico, dentro de los pocos estudios, estos se centran en pacientes terminales y cuidados paliativos. Es importante poder trabajar específicamente con los pacientes quienes están batallando, quienes todavía presentan una oportunidad de lucha. Son personas que muchas veces no conocen que más hacer, pero son personas que merecen recibir toda la ayuda posible. Es un estudio que brindó la oportunidad de observar el aspecto más humanista de la enfermedad, al ver el deseo inquebrantable de lucha por parte de cada uno de los pacientes, sin limitarse al tipo de estrategia o ayuda. Son personas que están dispuestas a pelear contra viento y marea, no sólo para sobrevivir su enfermedad, pero vivir más allá de ella y sus implicaciones físicas y psicológicas.

### **Limitaciones del estudio**

En el presente estudio, existen algunas limitaciones que cabe mencionar. La muestra que se utilizó fue únicamente de treinta personas, quince mujeres y quince hombres. Esto puede ser considerado una limitación dado que implica que puede haber una variabilidad en el tipo de respuestas que se podrían obtener en el caso de que la muestra fuese más grande. Al ser una muestra pequeña, se está en peligro de generalizaciones, esto implica que si se haría un réplica exacta del mismo estudio, puede haber la presencia de diferentes resultados. A pesar de que el estudio presenta sus limitaciones como cualquier otro, cabe recalcar que al hacer el estudio teórico, para la presente investigación, otros estudios presentaron muestras parecidas y los resultados tienen concordancia. Esto no quita que puede haber respuestas distintas en otra ocasión, una limitación brinda la oportunidad para realizar un cambio en un siguiente estudio, de esta forma poder obtener un mayor conocimiento del tema a tratar.

Como se mencionó previamente, otra posible limitación es la utilización de un solo cuestionario para obtener conocimiento de estrategias de afrontamiento. Aun así, se utilizó dicho cuestionario porque fue creado en base a un análisis de otros cuestionarios eliminando las fallas (Soriano, Monsalve, 2002). Otra limitación fue el no realizar un entrevista a profundidad de cada paciente ya que mucho de sus actitudes, cogniciones y conductas con relación al cáncer pueden ser obviadas si se utiliza únicamente un cuestionario con análisis netamente cuantitativo.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

El presente estudio debe ser tratado como una investigación exploratoria, esto implica que se está empezado abrir campo con estudios oncológicos en el país, por lo que se encuentra en estos momentos alta disponibilidad para trabajar en varias áreas dentro del ámbito psicológico en relación al paciente oncológico. Dicho esto, se recomendaría realizar una réplica de estudio con una muestra más grande y conocer si realmente la muestra pequeña afecta en gran medida a los resultados. Así mismo, se recomendaría realizar una entrevista a profundidad como factor agregado al cuestionario, de esta forma se podría obtener una información más personalizada sobre la forma específica que los pacientes afrontan su enfermedad. Se recomendaría igualmente replicar el estudio pero en pacientes que se encuentran en diferentes etapas de su enfermedad, en diferentes tipos de cáncer (un tipo de cáncer por estudio). Al realizar esto se podría observar si el tipo de estrategia cambia por género, por enfermedad, por estadio del cáncer mismo, etc.

### **Resumen general**

El propósito de la presente investigación fue dar a conocer si el género es una variable a considerar al momento de analizar el tipo de estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas en pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito. Se realizó el estudio a treinta pacientes durante el transcurso de dos semanas del año 2014. La herramienta utilizada para poder responder a la pregunta del estudio, fue el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor



Crónico (Soriano, Monsalve, 2002). Durante el periodo de investigación, no solamente se obtuvo los resultados de los cuestionarios, pero también la oportunidad de vivenciar como ciertos pacientes mostraban apertura para comentar sobre su enfermedad y la travesía emocional, física y espiritual que ha sido para ellos. Al analizar los cuestionarios se observó que el género no cumple un rol determinante en relación al tipo y estilo de estrategia de afrontamiento utilizar. A su vez, se logró conocer que el paciente oncológico ecuatoriano va a usar cualquier recurso que conozca y esté por conocer, en su proceso de batalla contra una de las enfermedades más traicioneras en la historia de la humanidad.

## REFERENCIAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., Vásquez, V. (2006). Depresión. *Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"*. Guía Clínica 6. Recuperado de:  
<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Alvarado, M. *Sígsig: el hogar de una joven pareja que superó el cáncer*. Noticia publicada en Internet el 9 de febrero del 2014. Recuperado de:  
<http://www.hoy.com.ec/noticiasecuador/sigsig-el-hogar-de-una-joven-pareja-que-supero-el-cancer-600546.html>
- American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2014, 2014* Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/%40research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>
- American Cancer Society. *Cirugía para el cáncer: una guía para los pacientes y sus familias*, 2013. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/otrostratamientos/fragmentado/cirugia-how-is-surgery-used-for-cancer>
- American Cancer Society. *Cómo enfrentar el cáncer en la vida diaria*, 2012. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/un-mensaje-de-esperanza-haciendo-frente-al-cancer-en-la-vida-diaria-intro>
- American Cancer Society. *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos*, 2013. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/document/s/document/acspc-036792.pdf>
- American Cancer Society. *El cuidado del paciente en el hogar: una guía para pacientes y sus familias*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/cuidadoresdelasalud/fragmentado/la-atencion-del-paciente-con-cancer-en-el-hogar-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-care-at-home-intro>
- American Cancer Society. *La Ansiedad, El Miedo y la Depresión*, 2013 Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/la-ansiedad-el-miedo-y-la-depresion-cancer-and-your-emotional-health>

American Cancer Society. *¿Qué es el cáncer?*, 2013. Atlanta: American Cancer Society.

Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreelcancer/que-es-el-cancer>

American Cancer Society. *¿Qué es el cáncer de colorrectal?*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guiadetallada/cancer-colorrectal-what-is-what-is-colorectal-cancer>

American Cancer Society. *¿Qué es el cáncer de seno?*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>

American Cancer Society. *¿Qué es la leucemia linfocítica aguda?*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemialinfociticaagudaadultos/guiadetallada/leucemia-linfocitica-aguda-adultos-what-is-what-is-a-l-l>

American Cancer Society. *¿Qué es la leucemia linfocítica crónica?*, 2014 Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemialinfociticacronica/guiadetallada/leucemia-linfocitica-cronica-what-is-what-is-c-l-l>

American Cancer Society. *¿Qué es la leucemia mieloide aguda?*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemiamieloidenaaguda/guiadetallada/leucemia-mieloide-mielogena-aguda-what-is-a-m-l>

American Cancer Society. *¿Qué es la leucemia mieloide crónica?*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemiamieloidenaaguda/guiadetallada/leucemia-mieloide-mielogena-aguda-what-is-a-m-l>

American Cancer Society. *Quimioterapia: una guía para pacientes y sus familias*, 2013. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/quimioterapia/fragmentado/quimioterapia-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-learning-what-is-it-how-it-works>

American Cancer Society. *Principios de Radioterapia*, 2014. Atlanta: American Cancer Society. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/radioterapia/fragmentado/principios-de-la-radioterapia-intro>

American Institute of Stress. *What is stress*, 2014. Recuperado de

<http://www.stress.org/what-is-stress/>

- American Society of Clinical Oncology. *Cáncer pulmón*, 2013. Recuperado de:  
[www.cancer.net/cancernet-en-español/tipos-de-cáncer/cáncer-de-pulmón](http://www.cancer.net/cancernet-en-español/tipos-de-cáncer/cáncer-de-pulmón)
- American Cancer Society. *¿Qué es el cáncer de colorrectal?*, 2014. Atlanta: American  
 Cáncer Society. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guiadetallada/cancer-colorrectal-what-is-what-is-colorectal-cancer>
- American Society of Clinical Oncology. *¿Qué es la cirugía de oncológica?*, 2012.  
 Recuperado de: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa% C3% B1 ol/todo-sobre-el-c% C3% A1 ncer/tipos-de-tratamiento/qu% C3% A9-es-la-cirug% C3% AD-oncol% C3% B3 gica>
- American Society of Clinical Oncology. *¿Qué es la quimioterapia?*, 2012. Recuperado  
 de: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa% C3% B1 ol/todo-sobre-el-c% C3% A1 ncer/tipos-de-tratamiento/qu% C3% A9-es-la-quimioterapia>
- American Society of Clinical Oncology. *The stages of cancer*, 2013. Recuperado de:  
<http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/diagnosing-cancer/stages-cancer>
- American Society of Clinical Oncology. *Uterine cancer*, 2012. Recuperado de:  
<http://www.cancer.net/cancer-types/uterine-cancer>
- American Psychological Association (2008) *Trastorno de la ansiedad: el papel de la  
 psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Washington, DC 20002-4242. Recuperado  
 de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Cirugía: Efectos secundarios*, 2011.  
 Recuperado de:  
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/CIRUGIA/Paginas/efectossecundarios.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Efectos secundarios de la radioterapia*, 2012.  
 Recuperado de:  
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Radioterapia/Paginas/Efectoss secundarios.aspx>
- Asociación Linfoma, Melanoma y Leucemia. *El sistema linfático*, 2014. Recuperado de:  
<http://www.aeal.es/index.php/el-sistema-linfatico>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Fases de la enfermedad*, 2012. Recuperado de:  
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Fasesdelaenfermedad.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Qué es el cáncer*, 2012. Recuperado de:  
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/% C2% BFQu% C3% A9ese lc% C3% A1 ncer.aspx>

- Asociación Española Contra el Cáncer. *Objetivos de la cirugía*, 2011. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/CIRUGIA/Paginas/objetivosdelacirugia.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Origen de la enfermedad*, 2012. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Origendelaenfermedad.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *¿Qué es el cáncer de mama?*, 2014. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quees.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *¿Qué es el cáncer de colon?*, 2013. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/quees.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *¿Qué es el cáncer de próstata?*, 2012. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeprostata/Paginas/quees.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Quimioterapia: Efectos secundarios más frecuentes: descripción y consejos*, 2011. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Quimioterapia/Paginas/Efectossecundariosmasfrecuentes.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Tipos de cáncer*, 2012. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Tiposdecancer.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Tratamientos*, 2012. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Paginas/Tratamientos.aspx>
- Arenas, C. & Puigcerver, Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología* 2009, vol.3, n.1 pp. 20-29. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>
- Baiocchi, A, Lugo, E., Palomino, N. & Tam, E. (2013) Estilos de afrontamiento en pacientes de cáncer de cuello uterino. *Servicio de Ginecología de un Instituto Nacional. Rev.Enferm. Herediana* 6(1):18-24. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/revista201361/04%20cncer%20de%20cuello%20uterino.pdf>
- Bueno, C. (2013) Ficha técnica del cáncer de estómago y colorrectal. *OncoCare*. Recuperado de: <http://www.saludoncocare.com/index.php/tipos-de-cancer/datos-estadisticos/84-ficha-tecnica-del-cancer-de-estomago-y-colorrectal.html>

- Centers for Disease Control and Prevention. *United States Cancer Statistics. 2010 Cancer types grouped by race and ethnicity, 2010*. Department of Health and Human Services. Recuperado de:  
<http://apps.nccd.cdc.gov/uscs/cancersbyraceandethnicity.aspx>
- Chau, C., Morales, H. & Wetzell, M. (2002) Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Vol. XX, 1*. Recuperado de:  
[revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/3703/3684](http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/3703/3684)
- Cuevas, M. & García, T. (2012) Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *NB-Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas* (ISSN 1514-6871). Recuperado de:  
<http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/19%20CUEVAS%20TORRES%20Estres%20en%20el%20trabajo.pdf>
- Cueva, P. (2014) El cáncer en el Ecuador. *OncoCare*. Recuperado de:  
<http://www.saludoncocare.com/index.php/tipos-de-cancer/datos-estadisticos/135-2014-02-03-19-48-27.html#.U3B5byjpONr>
- De Alba, M. (2009) *Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos* (Tesis para obtener Licenciatura en Enfermería) Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería. Minatitlán Veracruz Recuperado de:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/624/1/AFRONTAMIENTOALVIDA PACONCOLO.pdf>
- Díaz (2008) *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo & Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+completa.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220399613448&ssbinary=true>
- Dugalde, D. (2012). Cáncer. *Institutos Nacionales de la Salud*. Recuperado de:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001289.htm>
- Dugalde, D. (2012). Quimioterapia. *Institutos Nacionales de la Salud*. Recuperado de:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002324.htm>
- Dugalde, D. (2013). ¿Qué son los cuidados paliativos? *Institutos Nacionales de la Salud*. Recuperado de:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>

- El Comercio. *OMS advierte alarmante estadística del cáncer a nivel mundial*. Noticia impresa publicada el 3 de febrero del 2014. Recuperado de: [http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/cancer-OMS-estadistica-paises\\_pobres-tabaco-alcoholismo-IARC\\_0\\_1078092310.html](http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/cancer-OMS-estadistica-paises_pobres-tabaco-alcoholismo-IARC_0_1078092310.html)
- Fernández, I., Zubieta, E., & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 73-98). Recuperado de: <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/FernandezCLPaidos.pdf>
- Font, A. & Cardoso (2009) Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* 1696-7240. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A/15260>
- Galindo, O. Valadez, L., Álvarez, M, A., González, C., Robles, R. & Alvarado, S. (2011) Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. *Gaceta Mexicana de Oncología* (GAMO VOL.10 N° 3). Recuperado de: [http://www.smeo.org.mx/gaceta/2011/GAMOV10%20\\_3\\_2011.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/2011/GAMOV10%20_3_2011.pdf)
- GLOBOCAN. *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, 2012*. International Agency for Research on Cancer. Recuperado de: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- GLOBOCAN. *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, 2012* International Agency for Research on Cancer. Recuperado de: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
- Instituto Nacional del Cáncer. *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento*, 2013. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/Patient/page5>
- Instituto Nacional de Cancerología. *El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. 2004. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Cáncer colon y recto*, 2013. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Cáncer pulmón*, 2013. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/pulmon>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Clasificación celular del cáncer de glándulas salivares*, 2014. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:

- <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/hodgkininfantil/HealthProfessional/page2>  
Instituto Nacional del Cáncer. *Clasificación celular y correlaciones biológicas*, 2014. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/glandulasalival/HealthProfessional/page2>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Definición del cáncer*, 2014. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Definición de cáncer de seno*, 2014. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Depresión*, 2014. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/Patient/page1>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Diccionario del Cáncer*, 2013. Departamento de Salud y Servicios Humanos Recuperado de: <http://www.cancer.gov/diccionario>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Diccionario del Cáncer: Adenocarcinoma*, 2013. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/diccionario?CdrID=45963>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Diccionario del Cáncer: Adenocarcinoma*, 2013. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/diccionario?CdrID=46216>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Diccionario del Cáncer: Célula madre hematopoyética*, 2013. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/diccionario?cdrID=693540>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Diccionario del Cáncer: Leucemia*. 2013. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Recuperado de: <http://www.cancer.gov/diccionario?expand=L>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Información general sobre el cáncer de próstata*, 2014. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/patient/#Keypoint1>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Información general sobre el rhabdomiocarcinoma infantil*, 2014. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:  
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/rabdomiosarcomainfantil/Patient/page1>
- Instituto Nacional del Cáncer. *Trastorno de tensión postraumática*, 2013. Departamento de Salud Servicios Humanos. Recuperado de:



- <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/tensionpostraumatica/Patient/page2>
- Instituto Nacional de la Salud Mental, (2012) *Depresión y el Cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*. Recuperado de: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-el-cancer/doi\\_cancer\\_sp\\_508.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-el-cancer/doi_cancer_sp_508.pdf)
- Instituto Nacional de la Salud Mental. *Las mujeres y la depresión*, 2011. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado de: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression\\_sp\\_ln\\_08.10.2011.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression_sp_ln_08.10.2011.pdf)
- Instituto Nacional de la Salud Mental. *Trastorno de ansiedad*, 2011. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud NIH Núm. SP 09-3879. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- Hernández, D., Pérez, Y., Guerra, V., Treto A. & Grau, R. (2012) Estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Finlay de Enfermedades no Transmisibles, Vol. 2. N°2*. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/114/987>
- Kytle, R., Strock, M., Spearing, M., Wittenberg, C., Whittemore, D., Dobois, R., & Alberts, L. (2004) Los hombres y la depresión. *National Institute of Mental Health*. NIH No. SP 04-4972 Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-hombres-y-la-depresion-folleto/index.shtml#pub6>
- La Hora. *4000 muertes al año por cáncer de mama en Ecuador*. Noticia impresa publicada el 14 de octubre del 2013. Recuperado de: <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101576560#.U3B5EijpONr>
- La Hora. *Ecuador: de cada 100 tipos de cáncer registrados, tres se producen en niños y jóvenes*. Noticia impresa publicada el 2 de junio del 2013. Recuperado de: <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101515272#.U3BKFFfpONr>
- León, J.G. *Cáncer, Vida y Diálogo de Saberes*. Noticia publicada en Internet el 2 de diciembre del 2013. Recuperado de: [http://www.elcomercio.com/jorge\\_g\\_leon\\_trujillo/Cancer-vida-dialogo-saberes\\_0\\_1040296037.html](http://www.elcomercio.com/jorge_g_leon_trujillo/Cancer-vida-dialogo-saberes_0_1040296037.html)
- López, I. *Ser mujer favorece la depresión- la enfermedad que afecta el doble a la población femenina que a la masculina. La genética y las hormonas influyen, pero es decisiva la sobrecarga social*. Noticia impresa publicada el 4 de junio del 2010  
Recuperado de: [http://elpais.com/diario/2010/06/04/sociedad/1275602401\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2010/06/04/sociedad/1275602401_850215.html)

- Movva, S. (2014) Understanding cancer-the basics. *Cancer Health Center*. Recuperado de: <http://www.webmd.com/cancer/understanding-cancer-basics>
- Nueva Era. *La problemática a nivel mundial del cáncer*. (2014). SOLCA Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador Matriz. Año 1 N°2.
- Organización Mundial de la Salud. *Cáncer: Datos y Cifras*, 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ornelas, R., Tufiño, M., Sierra, A., Tena, O., Riveros, A. & Sánchez, J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE BREVE. *Psicología y Salud*, Vol. 23, N°1:55-62. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Rosa%20Elena%20Ornelas%20Mejorada.pdf>
- PSICOMED (2014). Trastornos de ansiedad. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Recuperado de: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv7.html>
- PSICOMED (2014). Trastornos del estado de ánimo. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Recuperado de: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html>
- Rocha, T. & Rolando (2005) Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología* Vol. 21, N°1 (junio) 42-49. Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/05-21\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/05-21_1.pdf)
- Romero, R. R. (2011) Cuestionario de Creencias, Atribuciones y Afrontamiento al Cáncer. (Tesis Doctoral)Universitat de València. España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/78864/romero.pdf?sequence=1>
- Sociedad Española de Oncología Médica. *Psicooncología y Oncología Integrativa*. 2012. Recuperado de: <http://www.oncosaludable.es/inicio/terapias-integrativas/terapia-cuerpo-mente/114211-psicooncologia>
- Sociedad Española de Oncología Médica. *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?*, 2013. Recuperado de: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Sociedad Estadounidense de oncología radioterápica. *Radioterapia para el cáncer*, 2012. ASTRO. Recuperado de: [http://www.rtanswers.org/uploadedFiles/Treatment\\_Information/Brochures/rtforcancersp.pdf](http://www.rtanswers.org/uploadedFiles/Treatment_Information/Brochures/rtforcancersp.pdf)
- Solís, C. & Vidal, A. (2006) Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Vol. VII N°1 pp33-39. Recuperado de:

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>

Soriano, J & Monsalve (2002) CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico.

Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 9, N. ° 1. Recuperado de:

[http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13055/CAD\\_Cuestioanrio\\_de\\_afrontamiento.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13055/CAD_Cuestioanrio_de_afrontamiento.pdf)

Soriano, J & Monsalve (2002) CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de:

[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario\\_de\\_afrontamietno\\_ante\\_el\\_dolor\\_cronico.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_afrontamietno_ante_el_dolor_cronico.pdf)

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología* 73-78. Recuperado de:

<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

Suarez, T. & Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu*, 284-307, ISSN 2077-2161. Recuperado de:

<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v9n2/v9n2r5.pdf>

Valencia, C. (2006) *Depresión en personas diagnosticadas con cáncer*. Revista Diversitas-perspectivas en psicología. 1794-999 Vol. 2. N°2. Recuperado de:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v2n2/v2n2a06.pdf>

Valverde, C., Crespo, M. & Ring, J.(2000). Estrategias de Afrontamiento. *Medición en Clínica en Psiquiatría y Psicooncología* (pp.425-446) Barcelona: Masson. Recuperado de:

[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf)

## ANEXO A

### Consentimiento Informado



**Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

#### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Diferencias de Género en el Tipo de Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Adultos Oncológicos Hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito

**Versión:** #2

**Fecha:** 27 de Marzo del 2014

**Organización del investigador:** Universidad San Francisco de Quito

**Nombre del investigador principal:** María Belén Pérez Semblantes

**Números telefónicos**

**Celular:** 0992792842

**Teléfono:** 2863196

Correo Electrónico: [mb\\_semlantm@hotmail.com](mailto:mb_semlantm@hotmail.com) / [mabesemblantes@gmail.com](mailto:mabesemblantes@gmail.com)

**Nombre del Testigo en caso de que sea necesario:** Mónica Semblantes Moncayo

### 1. Introducción

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre como los hombres y mujeres mayores de 18 años enfrentan su enfermedad. Para poder analizar las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer se va a utilizar el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)* (Soriano, Monsalve, 2002).

Para participar puede tomarse el tiempo necesario para decidir si lo hará o no, conjuntamente con su familia y amigos que se encuentren presentes, si es que usted lo prefiere. Este formulario incluye un resumen de la información que el investigador analizará con usted. Si usted decide participar en el estudio, recibirá una copia de este formulario. Le invitamos a compartir cualquier duda que usted tenga y se hará todo lo posible para poder aclararla. En el caso de querer participar en el estudio, se pide que sus familiares o amigos no se encuentren presentes al momento de responder el cuestionario como una manera adicional de asegurar la confidencialidad de sus datos.

**2. ¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?** Se está realizando este estudio con el objetivo de conocer cómo usted enfrenta ésta enfermedad

**3. ¿Este estudio tiene algún beneficio para usted y/o para la sociedad?** Usted no tendrá ningún beneficio directo por participar en este estudio. El beneficio será para que en un futuro, psicólogos y médicos puedan brindar a otras personas en su misma condición, un mejor servicio de apoyo al momento de enfrentar ésta enfermedad.

**4. ¿Cuántas personas participarán en el estudio?** Participaran 60 personas divididas entre hombres y mujeres mayores de 18 años que se encuentren hospitalizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito.

**5. ¿En qué consiste el estudio?** Usted va a leer detenidamente cada parte del presente documento y si tiene alguna pregunta puede preguntar a la investigadora, es su decisión si desea participar o no en el estudio. Si usted no acepta ser parte de la investigación no habrá problema alguno. En el caso que usted acepte ser parte de este estudio, usted deberá firmar el consentimiento y se le entregará una copia del mismo. La investigadora va a entregarle el *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD) (Soriano, Monsalve, 2002)*. Usted puede tomarse el tiempo que necesite para responder, en caso de tener alguna pregunta, no dude en preguntar al investigador.

**6. ¿Cuánto tiempo durará su participación en este estudio?**

- Lectura del consentimiento informado: 2-5 minutos
  - Completar el cuestionario: 10-20 minutos
- \*El tiempo puede variar dependiendo del participante.

**7. ¿Cuáles son los riesgos para usted, como participante de este estudio?** Usted puede llegar a sentirse cansado o indispuesto durante el tiempo que se lea este documento o durante el proceso de responder el cuestionario. Si usted siente algún malestar, por favor indicarlo a la investigadora.

**8. ¿La información o muestras que doy son confidenciales?** Absolutamente. Para mantener su privacidad se aplicará las siguientes medidas para mantener segura la información que usted nos proporciona:

- Únicamente la investigadora presente, tendrá acceso al consentimiento informado que usted firme y el cuestionario que responderá.
- No se le pedirá datos personales
- El Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito está encargado de la asegurar la confidencialidad de los datos y el resguardo de su privacidad

**9. ¿Qué otras opciones tengo?**

Usted puede decidir NO participar.

**10. ¿Cuáles son los costos para el participante por ser parte de este estudio?** Usted no tendrá que correr con los costos del estudio.

**11. ¿Me pagarán por participar en el estudio?** No aplica. Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio

**12. ¿Cuáles son mis derechos como participante de este estudio?** Su participación en este estudio es voluntaria, es decir, usted puede decidir NO participar. Si usted decide

participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento. Para hacerlo debe ponerse en contacto con la investigadora. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios si usted decide no participar, o decide retirarse del estudio.

**13. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas?** Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame o envíe un mensaje de correo electrónico a:

María Belén Pérez Semblantes. Celular: 0992792842. Teléfono: 2863196.  
Correo electrónico: [mb\\_seblantm@hotmail.com](mailto:mb_seblantm@hotmail.com) / [mabesemblantes@gmail.com](mailto:mabesemblantes@gmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario también puede contactar a la Dra. María Isabel Roldós, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al teléfono 02-297-1149 o por correo electrónico a: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

**14. El consentimiento informado:**

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación.

**Firma del participante**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: María Belén Pérez Semblantes**

**Firma del investigador**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del Testigo: Mónica Semblantes Moncayo**

**Firma del testigo (si aplica)**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO B**  
**Cuestionario Original**  
**Cuestionario de Afrontamiento Contra el Dolor Crónico**

**Nombre****Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia**

**CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO (CAD)**

**Población diana:** Población general con dolor de una duración superior a 6 meses.

Se trata de un cuestionario autoadministrado.

| Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico  | Totalmente en desacuerdo | Más en desacuerdo que de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Más de acuerdo que en desacuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <b>Religión</b>  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 1. Rezo para que mis dolores desaparezcan  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 3. Rezo para curarme   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| <b>Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)</b>   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo                         |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor                                   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| <b>Distracción</b>   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 12. Busco algo en qué pensar para distraerme   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 14. Intento recrear mentalmente un paisaje   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo  |                          |                                  |                                |                                  |                       |

| Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico   | Totalmente en desacuerdo | Más en desacuerdo que de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Más de acuerdo que en desacuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <b>Autocontrol Mental</b>   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor                                    |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca                                       |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo                     |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente                                       |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 21. Trato de dejar la mente en blanco   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| <b>Autoafirmación</b>   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 23. Me doy ánimos para aguantar el dolor  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note   |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| <b>Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)</b>  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación                    |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente  |                          |                                  |                                |                                  |                       |
| 31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor  |                          |                                  |                                |                                  |                       |





## **CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO (CAD)**

### **Instrucciones para el profesional:**

**Población diana:** Población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** que consta de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Los autores no sugieren punto de corte. Este cuestionario sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas con las estrategias más destacadas para el control y manejo de la percepción algica.

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Totalmente en desacuerdo: 0
- Más en desacuerdo que de acuerdo: 1
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2
- Más de acuerdo que en desacuerdo: 3
- Totalmente de acuerdo: 4

### **Referencias bibliográficas**

- Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp. Dolor 2002; 9: 13-22.

**ANEXO C**  
**Cuestionario Modificado**

**CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO  
(CAD)**

Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Tiempo Transcurrido desde el Diagnostico \_\_\_\_\_

- Por favor contestar las preguntas con total honestidad. No hay respuestas correctas o incorrectas.
- Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar a la investigadora.
- Se le recuerda que sus respuestas son anónimas y confidenciales
- Responda colocando un X en el espacio que le parezca más adecuado
- Totalmente Desacuerdo  
Algo en Desacuerdo  
Neutro  
Algo en Acuerdo  
Totalmente en Acuerdo

| <b>Cuestionario de Afrontamiento contra el Dolor Crónico</b> | <b>Totalmente Desacuerdo</b> | <b>Algo en Desacuerdo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Algo en Acuerdo</b> | <b>Totalmente en Acuerdo</b> |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|
| <b>Religión</b>  |                              |                           |               |                        |                              |
| 1. Rezo para que mis dolores desaparezcan                    |                              |                           |               |                        |                              |
| 2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema       |                              |                           |               |                        |                              |
| 3. Rezo para curarme   |                              |                           |               |                        |                              |
| 4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores                    |                              |                           |               |                        |                              |
| 5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores                  |                              |                           |               |                        |                              |
| <b>Cuestionario de Afrontamiento contra el Dolor Crónico</b> | <b>Totalmente Desacuerdo</b> | <b>Algo en Desacuerdo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Algo en Acuerdo</b> | <b>Totalmente en Acuerdo</b> |
| <b>Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)</b>         |                              |                           |               |                        |                              |

|  |                              |                           |               |                        |                              |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|
| 6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien Y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo                         |                              |                           |               |                        |                              |
| 7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor |                              |                           |               |                        |                              |
| 8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones  |                              |                           |               |                        |                              |
| 9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor  |                              |                           |               |                        |                              |
| 10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor                                   |                              |                           |               |                        |                              |
| <b>Distracción</b>   |                              |                           |               |                        |                              |
| 11. Cuando tengo dolor imagino situaciones Placenteras   |                              |                           |               |                        |                              |
| 12. Busco algo en qué pensar para distraerme   |                              |                           |               |                        |                              |
| 13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa  |                              |                           |               |                        |                              |
| 14. Intento recrear mentalmente un paisaje   |                              |                           |               |                        |                              |
| 15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa   |                              |                           |               |                        |                              |
| 16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo  |                              |                           |               |                        |                              |
| <b>Cuestionario de Afrontamiento contra el Dolor Crónico</b>   | <b>Totalmente Desacuerdo</b> | <b>Algo en Desacuerdo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Algo en Acuerdo</b> | <b>Totalmente en Acuerdo</b> |
| <b>Autocontrol Mental</b>  |                              |                           |               |                        |                              |
| 17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir  |                              |                           |               |                        |                              |

|  |                              |                           |               |                        |                              |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|
| el dolor   |                              |                           |               |                        |                              |
| 18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca                    |                              |                           |               |                        |                              |
| 19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo  |                              |                           |               |                        |                              |
| 20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente                    |                              |                           |               |                        |                              |
| 21. Trato de dejar la mente en blanco  |                              |                           |               |                        |                              |
| <b>Autoafirmación</b>  |                              |                           |               |                        |                              |
| 22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer  |                              |                           |               |                        |                              |
| 23. Me doy ánimos para aguantar el dolor   |                              |                           |               |                        |                              |
| 24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte  |                              |                           |               |                        |                              |
| 25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo  |                              |                           |               |                        |                              |
| 26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note                                    |                              |                           |               |                        |                              |
| <b>Cuestionario de Afrontamiento contra el Dolor Crónico</b>                                   | <b>Totalmente Desacuerdo</b> | <b>Algo en Desacuerdo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Algo en Acuerdo</b> | <b>Totalmente en Acuerdo</b> |
| <b>Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)</b>                         |                              |                           |               |                        |                              |
| 27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor                           |                              |                           |               |                        |                              |
| 28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación |                              |                           |               |                        |                              |
| 29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo,   |                              |                           |               |                        |                              |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente   |  |  |  |  |  |
| 30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente |  |  |  |  |  |
| 31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor |  |  |  |  |  |

*Gracias Por Su Participación*