



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica:

**Autora:** González Vallejo, Jessica Lissette

**Tutor:** Ps. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

**Ambato – Ecuador**

**Julio, 2017**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del proyecto de investigación sobre el tema: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS”** de González Vallejo, Jessica Lissette estudiante de la carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los méritos y requisitos necesarios para que sea sometido a la evaluación pertinente por parte del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo 2017

EL TUTOR

.....  
**Ps. Cl. Sandoval Villalba. Juan Francisco**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios que se han emitido en el proyecto de investigación, “**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS**” así como los contenidos e ideas además de las conclusiones son exclusivamente de mi persona, como autora de este trabajo.

Ambato, Marzo 2017

LA AUTORA

.....

González Vallejo, Jessica Lissette

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga uso de este proyecto de investigación o parte de él, como un documento que esté disponible para lectura y procesos de investigación.

Cedo los derechos de patrimoniales de mi proyecto de investigación con finalidad de discusión pública, además apruebo la reproducción de este proyecto dentro de los predios de la Universidad, siempre y cuando este hecho no tenga que ver con ganancias de tipo económico y que se realice respetando los derechos de autora.

Ambato, Mayo 2017

LA AUTORA

.....  
González Vallejo, Jessica Lissette

**APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del jurado examinador aprueban el proyecto de investigación sobre el tema **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS”**, de González Vallejo Jessica Lissette, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Julio 2017

Para constancia firman:

.....

**PRESIDENTE/A**

.....

**1ER VOCAL**

.....

**2DO VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser la luz de mi vida, llenarme de bendiciones y de sabiduría para alcanzar mis objetivos.

A mis Padres Juan Ernesto y Marcia quienes son el pilar fundamental que me han inculcado valores importantes para guiarme por el camino del bien y me han educado para ser una mujer de bien.

A mis hermanos Juan Carlos y Gabriela que son los segundos padres en mi vida que han velado por mi bienestar estando en las buenas y en las malas junto a mí, brindándome el apoyo necesario para salir adelante siempre.

A mi familia quienes han permanecido a mi lado y me han apoyado en todo sentido para cumplir mis metas.

## **AGRADECIMIENTO**

Es importante mencionar a mi querida Universidad Técnica de Ambato por haber sido el medio necesario para obtener mi Título Universitario.

A la Dra. Mg. Aida Aguilar Directora encargada de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua- Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.”, por ser una de las principales guías en mi proyecto de investigación quien me brindo la apertura en el centro y también fortalecer mis conocimientos en el tema.

A mi tutor Ps. Cl. Juan Sandoval por la paciencia, el apoyo y la orientación en la realización de mi proyecto de investigación ya que aparte de ser un excelente docente, fue un amigo incondicional.

A las docentes Ps. Cl. Fernanda Flores, Ps. Cl. Rocío Ponce, Ps. Cl. Ismael Gaibor Mg. por ser docentes con excelente profesionalismo y guiarnos con valores para ser buenos profesionales.

## Índice de contenidos

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR .....</b>	<b>II</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....</b>	<b>III</b>
<b>DERECHOS DE AUTOR.....</b>	<b>IV</b>
<b>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....</b>	<b>V</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>VI</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....</b>	<b>XI</b>
<b>RESÚMEN .....</b>	<b>XII</b>
<b>1 EL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 TEMA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2 CAPÍTULO II.....</b>	<b>13</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>4 CAPÍTULO III .....</b>	<b>40</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>



3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN: .....	40
3.2	SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO .....	40
3.3	POBLACIÓN .....	40
3.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	40
3.5	DISEÑO MUESTRAL .....	41
4.1	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	42
3.6	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
3.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	49
8	CAPÍTULO IV.....	51
8.1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	51
	CAPÍTULO V .....	74
8.2	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
8.2.1	CONCLUSIONES: .....	74
8.2.2	RECOMENDACIONES: .....	75
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
	LINKOGRAFÍA:.....	81

## Índice de tablas

Tabla 1. Edad de la población .....	75
Tabla 2. Género de la población.....	76
Tabla 3. Estado civil.....	77
Tabla 4. Tiempo de Enfermedad .....	78
Tabla 5. Tipo de tumor .....	79
Tabla 6. Tratamiento psicológico .....	80
Tabla 7. Tipos de afrontamiento.....	81
Tabla 8. Estrategias de afrontamiento .....	82
Tabla 9. Calidad de Vida.....	84
Tabla 10. Dimensiones de Calidad de Vida .....	85
Tabla 11. Relación de Variables.....	86
Tabla 12. Género y estrategias de afrontamiento .....	87
Tabla 13. Casos procesados.....	88
Tabla 14. Chi Cuadrado.....	90

## Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Edad de la población .....	52
Ilustración 2. Género de la población.....	53
Ilustración 3. Estado civil .....	54
Ilustración 4. Tiempo de Enfermedad .....	55
Ilustración 5. Tipo de tumor .....	56
Ilustración 6. Tratamiento psicológico .....	57
Ilustración 7. Tipos de afrontamiento.....	59
Ilustración 8. Estrategias de Afrontamiento .....	61
Ilustración 9. Dimensiones Calidad de Vida .....	64

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES ONCOLOGICOS”**

**Autora:** González Vallejo, Jessica Lissette

**Tutor:** Ps. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

**Fecha:** Marzo, 2017

**RESÚMEN**

La presente investigación estuvo encaminada a determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos, se eligió a la Unidad Oncológica Solca Tungurahua- Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.”, de la ciudad de Ambato, para la investigación se contó con la participación de 100 personas de edades entre los 18 y 60 años. El tipo de investigación que se realizó fue correlacional, bibliográfica y documental. Para la obtención de datos se administró reactivos psicológicos encaminados a identificar los tipos de afrontamiento (Escala de Afrontamiento de Lazarus), mientras que para medir los niveles de calidad de vida se utilizó (Cuestionario SF-36). Luego de la aplicación de reactivos se efectuó el análisis estadístico, y la verificación de la hipótesis a través del programa SPSS.22 y se determinó que las estrategias de afrontamiento si se relacionan con la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

**PALABRAS CLAVES:** ESTRATEGIAS, AFRONTAMIENTO, CALIDAD\_VIDA, CÁNCER.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY**

**"STRATEGIES OF LIFE AND QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGICAL PATIENTS".**

**Author:** González Vallejo, Jessica Lisette

**Tutor:** Ps. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

**Date:** July, 2017

#### **ABSTRACT**

The present research aimed to determine the relationship between coping strategies and quality of life in cancer patients, was chosen at the Solca Tungurahua-Hospital Oncology Unit "Dr. Julio Enrique Paredes C. ", of the city of Ambato, for the investigation was counted on the participation of 100 people of ages between the 18 and 60 years. The type of research that was carried out was correlational, bibliographical and documentary. To obtain data, psychological reagents were used to identify types of coping (Lazarus Stress Scale), while SF-36 Questionnaire was used to measure quality of life levels. After the application of reagents, statistical analysis and verification of the hypothesis were carried out through the SPSS program.<sup>22</sup> It was determined that the coping strategies are related to the quality of life of cancer patients.

**KEYWORDS:** ESTRATEGIES, COPING, QUIALITY\_LIFE, CANCER.

## **INTRODUCCIÓN**

En base al tema que se ha planteado que tiene que ver con las, “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”, para la ejecución del mismo se ha tomado como referencia investigaciones que se han realizado a nivel mundial, como contextualización macro se ha tomado en cuenta a Europa, siendo España el país donde más investigaciones se han llevado a cabo dando especial énfasis a la calidad de vida de los pacientes oncológicos, se ha encontrado variables significativas en relación a la edad, genero, nivel socio económico, preparación académica, para la contextualización meso se tomó en cuenta a países de Latinoamérica, siendo Argentina, Chile y Colombia los países que se han encargado del estudio de la problemática en especial del impacto emocional que han tenido los cuidadores de pacientes oncológicos, en Ecuador también se han desarrollado investigaciones que se han enfocado en el estudio de la calidad de vida y de las estrategias de afrontamiento, para el desarrollo de la presente investigación se ha dividido de manera estructurada el proceso que se va a seguir de la siguiente manera.

En el primer capítulo se planteó el tema, se desarrolló la contextualización considerando lo que se ha mencionado con anterioridad, además se planteó los objetivos, teniendo como objetivo general: determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua- Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Los objetivos específicos fueron: determinar el tipo de estrategias de afrontamiento, diferenciar las estrategias de afrontamiento en estos pacientes de acuerdo al género y localización de la enfermedad e identificar los niveles de calidad de vida.

Dentro del capítulo dos se realizó una revisión de investigaciones realizadas con anterioridad, la información que se recolecto en esta parte fue extraída de fuentes

bibliográficas confiables de revistas científicas, además se planteó hipótesis que ayudaran a la verificación de los supuestos.

En el capítulo dos también se desarrolló el sustento teórico de la investigación, mismo que es la base fundamental para entender a la problemática desde sus orígenes, es así que se tomó en cuenta las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida que es un componente esencial del bienestar psicológico.

En el capítulo tres se analiza el tipo de investigación que se va a desarrollar, la modalidad de investigación, la población el diseño muestral, la Operacionalización de las variables que ayuda a determinar la viabilidad de la investigación ya que se toma en cuenta también los reactivos psicológicos que se van a aplicar, los niveles y dimensiones de los mismos y como realizar la posterior relación entre las variables, además de los aspectos éticos y principios de bienestar para quienes formaron parte en la investigación.

En el capítulo cuatro en cambio se realizó el análisis y la interpretación de los resultados, para lo que se utilizó el programa Excel para el procesamiento de algunos datos, mientras que para la verificación de la hipótesis se utilizó el programa SPSS.22 donde se ingresaron los resultados y mediante el estadístico de Chi-cuadrado.

Finalmente, en el capítulo cinco se realizaron las conclusiones y en base a las mismas y teniendo en cuenta los objetivos se efectuó las recomendaciones, de esta forma se procedió a la realización de la presente investigación que deberá ser de gran utilidad para la comunidad universitaria interesada en el campo de la investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Tema**

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos.

#### **1.2 Planteamiento del problema**

##### ***1.2.1 Contextualización***

En Valencia España en el tema sobre “Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de afrontamiento y de control cognitivo”, se contó con la participación de 125 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que acudieron a la Asociación Española contra el Cáncer, se realizaron 8 sesiones, se encontró que el 58% de las mujeres mostraron estrategias de afrontamiento adecuadas frente a su enfermedad y son quienes, se ajustan a un mejor control cognitivo de ideas irracionales, mientras que el 22% muestra déficit en las estrategias pero ha logrado desarrollar mejor control cognitivo, y el 20% muestra mejor control cognitivo (Gutierrez, Luciano, & Paez, 2011).

En Málaga España, en el estudio sobre, “Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico”, la muestra fue de 101 personas con diagnóstico de cáncer de distinto tipo en etapa uno, se utilizó los instrumentos; Courtauld Emotional Control Scale» (CECS), el Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), el Cuestionario de dolor de McGill los resultados indican que el 43.7% de los casos muestra relación entre la represión emocional y el dolor a través de estrategias activas, en un 32% se



muestra que las estrategias activas positivas se relación con el manejo del dolor, por lo que se llegó a la conclusión de que el dolor se relaciona con las estrategias positivas (Martinez, Parra, & Zarasaga, 2012).

En Madrid España en el tema, “Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y estrategias de afrontamiento” para el estudio se contó con la participación de 25 parejas de padres, a los que se les administro la Escala de Estrés percibido y el cuestionario para Afrontamiento del estrés y el Cuestionario de afrontamiento, luego del análisis se encontró que la mayoría de las madres es decir el 87% mostraron una relación directa entre niveles de estrés alto frente al diagnóstico de cáncer de sus hijos, por ende presentaron estrategias negativas de afrontamiento, mientras que los padres presentan niveles medios de estrés en un 38% y se relaciona más bien con estrategias positivas de afrontamiento (Rodriguez & Rubio, 2011).

En Navarra España en la investigación sobre, “La evaluación de la calidad de vida del paciente Oncológico, para efectos de esta investigación se contó con la participación de 145 pacientes diagnosticados con cáncer en etapas iniciales de la enfermedad, se utilizó el cuestionario general QLQ-C30, que mide la calidad de vida en especial en pacientes con cáncer, luego de analizar los resultados se ha evidenciado que del total de los participantes el 39% presente una calidad de vida moderada, el 56% una inadecuada calidad de vida y se relacionaba adicionalmente con aquellos casos con dolor crónico y etapa de cáncer distinta (Arraras, Maite, & Nuria, 2014).

En Murcia España en el tema sobre “Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia”, para este estudio se contó con la participación de 62 pacientes diagnosticados con cáncer, y se realizó entrevistas en dos momentos de la enfermedad, al inicio de la enfermedad y al final de la quimioterapia, luego de la evaluación se ha determinado que la calidad de vida global se relaciona directamente con la condición física percibida además de guarda relación con la depresión en un 56% de los casos analizados, además en un 34% de los evaluados se

encontró que existe una relación entre los dos momentos de la enfermedad y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en los casos estudiados (Rofriguez & Santuan, 2013).

En Barcelona España en el tema, “Evaluación del cáncer y calidad de vida en pacientes etapa inicial”, se contó con la participación de 165 pacientes que acudieron al centro oncológico de Barcelona, a quienes se le administro el cuestionario de calidad de Vida CVC, con el objetivo de analizar la calidad de vida, se ha encontrado que aquellas personas en un 76% quienes no tienen una red de apoyo solida no logran desarrollar un nivel alto en la escala global de calidad de vida, mientras que en cuanto a quienes tuvieron síntomas y dolor crónico en la primera etapa del cáncer, difícilmente se podrá lograra que tengan niveles medios de calidad de vida (Salcido & Tiban, 2014).

En México en el tema sobre, “Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama”, se aplicaron cuestionarios psicológicos de estrés percibido (PSS), optimismo disposiciones (LOT-R) y estrategias de afrontamiento (MAC) a 17 mujeres con cáncer de mama en estadio I, II y III, posterior al análisis de los resultados se ha encontrado que Respecto a las variables psicológicas, solo difieren en la variable de optimismo las estrategias de afrontamiento - espíritu de lucha y evitación cognitiva - son las variables que tienen más influencia en los niveles de cortisol, y explican un 55% de la varianza, lo que indica que las estrategias de afrontamiento se relacionan de manera directa con los niveles de cortisol (Garcia & Gonzales, 2016).

En Chillan Chile en el tema, “Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer”, se realizó una adaptación al Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico (CAD) a una y la muestra estuvo constituida de 123 pacientes con diagnóstico de cáncer de cualquier etiología de cáncer, las personas utilizan estrategias adaptativas relacionadas con las categorías: esperanza (media de 5,1), autoinstrucciones (media de 4,33), distracción cognitiva (media de 4,9), es decir la confianza, la ayuda y la visión de un futuro sin dolor; se destacan como conductas

desadaptativas (media de 3,9) y fe y plegarias (media 5,23), finalmente se llegó a la conclusión de que las estrategias de afrontamiento guardan relación con el dolor crónico (Barragan & Rodriguez, 2013).

De igual forma en México en el tema, “Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños con cáncer”, se contó con la ayuda de 206 niños a quienes se les diagnosticó cáncer en diversos centros hospitalarios de la ciudad, se les administró el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento CREAM, y para medir las alteraciones a nivel psicólogo, se encontraron correlaciones positivas bajas significativas entre las principales variables. Finalmente se analizó si las niñas y niños difieren en cuanto a las variables medidas, encontrando únicamente que las niñas se ubican en moderadamente estresadas mientras los niños se encuentran no estresados y son aquellos que se relacionan también con aquellos con dolor menos crónico en el diagnóstico de cáncer (Nava, Trujillo, & Vega, 2013).

En Argentina en el tema sobre, “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos”, en esta investigación se consideró necesario el estudio de 201 casos de pacientes con diagnóstico de hipertensión, a quienes se les administro dos cuestionarios, el uno en la parte medica encargado de determinar la varianza de su presión arterial, además del cuestionario de calidad de vida, además se utilizó un cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestructurada, elaborados por Ways of Coping Questionnaire y Health-Promoting Lifestyle Profile II. En el grupo de pacientes con creencias de tipo psicosocial en un 45% se observó más una estrategia de afrontamiento, por la cual el individuo reconoce haber influido en las causas del problema en un 67%. En cambio, el grupo con creencias de tipo biológicas el 32% se focalizó en atender la enfermedad (Ofman & Pereyra, 2016).

Por su parte en Medellín Colombia en el tema sobre, “Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico”, este estudio tenía como fin determinar si existía relación directa entre aquellas personas de ambos géneros con diagnóstico de diversos tipos de cáncer, se contó con la participación de 68 personas de edades entre los 16 y 65 años de edad, a quienes se les realizó acompañamiento psicológico en un promedio de seis sesiones y a la mitad del proceso se evaluó la calidad de vida, se encontró que aquellas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tenían mejor calidad de vida en un 56%, y pacientes con diagnóstico de cáncer prostático 22% esófago 12% y estomago 14% tenían niveles medios y bajos de calidad de vida (Quiceno & Riveros, 2013).

De acuerdo a una investigación que se llevó a cabo en Brasil sobre; “Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas”, se contó con la participación de 198 personas que tenían diagnóstico de enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, para la evaluación de la calidad de vida se ha visto necesario la conformación de grupos homogéneos de acuerdo a cada enfermedad, una vez que se han conformado los grupos se procedió a la evaluación a través del cuestionario de calidad de vida de STCV, mismo que demostró que del total de los evaluados el 34% presento nivel global medio de calidad de vida, el 65% nivel bajo de calidad de vida y se encontró que estos eran aquellas personas con diagnóstico de cáncer y diabetes, finalmente el 11% calidad de vida moderada (Orozco & Vinaccia, 2012).

En el estudio investigativo que se llevó a cabo en Trujillo Perú sobre, “Afrontamiento y calidad de vida en enfermedades catastróficas”, la principal idea de este estudio estaba en indagar aquellos factores sociales que pueden ir acompañados a la persona que acude a consulta luego de recibir la noticia de tener una enfermedad como el cáncer, lo que llevo además al establecimiento de variables alternas, como la calidad de vida, para lo cual se contó con la participación de 69 pacientes con este tipo de diagnóstico a quienes se les evaluó a través de entrevista semiestructurada y un cuestionario adaptado de la versión española de CCV, se encontró que 35 de los evaluados presento necesidad de

búsqueda de apoyo social, 21 de ellos han tenido problemas y niveles bajos en la calidad de vida (Rodriguez & Soria, 2011).

En la investigación realizada en Buenos Aires Argentina sobre, “valoración de la calidad de vida de pacientes con cáncer y diabetes mielitis tipo I”, el objetivo de este estudio estaba en determinar la incidencia de las enfermedad como el cáncer en la calidad de vida, se evidencio que más del 50% mostro un nivel general y categorías adyacentes bajas y medias en la calidad de vida, y se relacionaba directamente con aquellos quienes tenían cáncer de cualquier tipo, pero se indago que aquellos quienes tenían diabetes y habían llegado a la fase de insuficiencia renal son quienes tenía un nivel más bajo en la calidad de vida en un 32% del total de los casos (Trujanos & Vanegas, 2013).

De acuerdo a datos publicados por la base de datos de Solca en cuanto a la atención que ha dado a los pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de Cáncer, durante el año 2008 hasta el 2011 se han atendido alrededor de 256.412 casos, a quienes se les ha dado atención prioritaria a nivel nacional, siendo las provincias con mayor incidencia, Guayas, Pichincha y Tungurahua, se han deriva los casos a las principales casa asistenciales, se ha determinado que del total de los atendidos, el 43% acude constantemente a consultas, se ha indagado además si reciben algún tipo de apoyo psicológico, y se ha determinado que la mayoría prefiere abandono los tratamientos, por la ausencia de continuidad y de profesionales especializados (SOLCA, 2014).

De acuerdo a un estudio realizado en Quito Ecuador, en la Universidad Central sobre, “Estrategias de afrontamiento en madres con niños menores a los cinco años en que permanecen en cuidados intensivos”, la investigación se realizó en el hospital militar Eugenio Espejo, y se contó con la participación de 123 padres y madres en un periodo de seis meses, se logró la conformación de grupos para la evolución de acuerdo a las citas médicas de los hijos luego de salir de la unidad de cuidados intensivos, se logró evaluar a las madres en especial y se encontró que aquellos niños de edades de tres a cinco años las madres presentaban niveles medios en estrategias sociales y personales en el afrontamiento

de la enfermedad en un 65%, mientras que el 32% presento dificultad en el manejo de sus hijos en cuidados intensivos (Villegas, 2012).

En Quito dirigido y supervisado por la Universidad Central del Ecuador sobre, “Estrategias de afrontamiento y su relación con el autoestima en pacientes diagnosticados con cáncer en etapa inicial fase uno”, para evaluar a los pacientes se tomó como referencia a aquellos que acuden a Solca durante un periodo de ocho meses aproximadamente, se les administró el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Seligman, y se evidencio que del total de los participantes que fueron 55, se encontró que el 43% mostro estrategias de manejo deficientes frente al enfrentamiento de la enfermedad, mientras que un 66% mostro falta de conocimiento en las estrategias de afrontamiento (Medina, 2012).

En Guayaquil en el tema sobre, “evaluación de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama Metastásico durante el tratamiento con anticuerpos monoclonales, Quimioterapia vs. Quimioterapia sola en el Hospital Abel Gilbert Pontón”, el diseño del estudio fue de tipo transversal, por el periodo de tiempo en el que se dio de aproximadamente un año según la asistencia de los pacientes, se les administro el cuestionario de calidad de vida. QLQC, y a través de análisis estadístico del chi cuadrado se encontraron relaciones significativas entre la calidad de vida en un 76% a aquellos pacientes que recibieron tratamiento con Bevacizumab más citostáticos, medicamentos que por su tiempo de acción y efectividad logran mejorar en niveles medios y bajos la calidad de vida de los pacientes (Ronquillo, 2011).

Según una investigación que se llevó a cabo en Quito, sobre “la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de diabetes”, para efectos de la presente investigación se ha considerado la evaluación a los pacientes que acuden al hospital militar, en la unidad Renal, durante un periodo de nueve meses aproximadamente se contó con 77 pacientes que acudieron permanentemente a controles esporádicos para medir sus niveles de glucosa y hemoglobina además de la función hepática, aquellos pacientes en etapa inicial o a quienes les habían dado el diagnostico hace menos de dos meses, les costaba más afrontar la situación y por ende sus niveles de calidad vida en un 44% eran más bajos, mientras que

aquellos que los que estaban ya más tiempo en tratamiento han podido tener un mejor nivel de calidad de vida (Alcoser, 2010).

En la ciudad de Cuenca sobre, “Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de edades entre los 18 y 35 años de edad”, el objetivo de este estudio fue demostrar y medir el nivel de calidad de vida de las personas con hipertensión, se analizaron adjuntamente factores de tipo social y económico, además de las redes de apoyo familiar con que las personas cuentan , para lo cual se efectuó un seguimiento continuo a los pacientes que acudían al Hospital Regional de Cuenca durante once meses, y se les brindo además apoyo psicológico en una duración de 8 sesiones en promedio, y se les evaluó a través de cuestionario AQCv, que mide la calidad de vida, y se ha encontrado que aquellos quienes han logrado a través de los medicamentos controlar, en un total del 76% tienen una calidad de vida y que se relaciona adicionalmente con los de nivel económico medio alto (Rodas, 2012).

### ***1.2.2 Formulación del problema***

¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes oncológicos?

### **1.3 Justificación**

La investigación se centró en el afrontamiento del paciente ante el hecho de recibir el diagnóstico de un cáncer y por lo tanto en su reacción. Gracias a la investigación se podrá comprender mejor la reacción psicológica ante esta enfermedad grave que amenaza la vida y para tratar de encontrar datos que ayuden a desarrollar estrategias adecuadas en el futuro de prevención y de tratamiento de alteraciones psíquicas en estos pacientes. Algo que también podría servir para otros enfermos que se enfrenten a situaciones de similar gravedad, especialmente si la enfermedad es un cáncer de mal pronóstico.

Es importante realizar esta investigación debido a que no existen los suficientes datos acerca de las reacciones psíquicas ante la enfermedad, centrándose muy poco en la salud mental de los enfermos, se ha elegido el cáncer por ser una de las enfermedades catastróficas más frecuentes en la actualidad y haber sido muy poco estudiado desde una perspectiva psicológica. El diagnóstico de cáncer en una persona conlleva un impacto psicológico en la vida de muchas ellas, esto aumenta el riesgo de que aparezcan diversas alteraciones psicopatológicas, es por este motivo que hay mayor demanda por parte de estos pacientes para recibir ayuda en servicios de salud mental con numerosas quejas de su estado psíquico.

Tendrá un aporte social gracias a que incrementará el conocimiento acerca de las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Es importante investigar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades oncológicas, porque los resultados de esta investigación permitirán una visión global actual de su estado emocional y cognitivo. Los principales beneficiarios serán los pacientes, familiares y cuidadores pues promoverá una atención óptima.



La presente investigación aportará una mirada más humana en relación a los pacientes oncológicos y su realidad, a la vez proporcionará datos estadísticos sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes y la calidad de vida

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan los pacientes oncológicos.
- Diferenciar las estrategias de afrontamiento en estos pacientes de acuerdo al género y localización de la enfermedad.
- Identificar los niveles de calidad de vida en estos pacientes

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Estado del arte**

##### **Estrategias de afrontamiento**

Lazarus & Folkman (1994) definen al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes desbordantes del ser humano.

También en Venezuela se investigó para determinar las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres de niños y adolescentes con cáncer, con una muestra de 118 sujetos de niños con diagnóstico reciente concluyendo que la estrategia más utilizada por los padres es la centrada en el problema, afrontamiento religioso y la reinterpretación positiva. (Chacín & Chacín, 2011).

En la investigación realizada en España en la Universidad de Valencia sobre estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer se concluyó que los padres han implementado estrategias de afrontamiento activas las cuales tienden a centrarse en el problema de forma adecuada y con calma; controlando el miedo; búsqueda de apoyo social, apoyo espiritual; también usan la distracción buscando alternativas de ocio para bajar niveles de ansiedad. Y entre las estrategias pasivas o evitativas se manifiestan los sentimientos de miedo ante la muerte; huida, evitación, aislamiento social (Espada & Grau, 2012).

De igual forma en la investigación sobre el concepto del estilo de afrontamiento que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer indican que la mayoría de los pacientes se orienta al problema, mientras la minoría se orienta a la emoción, empleando estrategias de afrontamiento tales como resolución de problemas, búsqueda de apoyo social, y la

aceptación, esto permite mantener la esperanza en el individuo y adecuarse al dolor crónico (Barrera, Martínez, Oliveros, et al., 2012).

En España se investigó acerca de las reacciones de pacientes oncológicos ante su enfermedad a través de los datos obtenidos de 189 pacientes, a nivel conductual las estrategias de afrontamiento más empleadas son cumplir con las prescripciones médicas e ir al médico, la estrategia menos utilizada es disfrutar con aspectos positivos. A nivel de pensamiento prevalece la estrategia de superarlo uno mismo, intentar no pensar en la enfermedad y lo menos utilizado es buscarle un sentido a la enfermedad, Y las reacciones emocionales utilizan la resignación y lo menos utilizado es sentirse culpable (Cardoso & Font, 2013).

En Colombia además investigaron acerca de la estrecha relación entre el afrontamiento familiar con respecto al afrontamiento individual y se resalta que para la persona al ser parte del grupo familiar es parte de la toma decisiones frente a las formas de manejar situaciones críticas, y fuera del ámbito familiar el sujeto bajo sus propios criterios asume y toma sus decisiones. Esto fomenta el desarrollo de recursos psicológicos en el individuo para afrontar situaciones de alto nivel de estrés (Macías et al., 2013).

En una investigación realizada en Colombia para valorar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en personas con cáncer dentro de procesos físicos y emocionales se aplicó la versión española del cuestionario de afrontamiento del dolor crónico (CAD) con una muestra de 117 personas con cáncer, mayores de 18 años y concluyeron que las categorías más utilizadas son la esperanza, auto instrucciones, distracción cognitiva, ayuda y visión de un futuro sin dolor y como conductas desadaptativas se desatacan la catastrofización y fe y plegarias (Barragán & Rodríguez, 2013).

También en México en el Hospital General Regional uno y Unidad Médica de atención ambulatoria del Instituto Mexicano del seguro social investigan que ante el diagnóstico de cáncer de mama las mujeres tienden a reaccionar con sentimientos de temor, las estrategias de afrontamiento que más utilizan es la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo

social y expresión emocional atribuyendo a un nivel alto de escolaridad. En esta investigación se trabajó con 98 pacientes. (Haro et al., 2014).

También en Cuba se realizó una investigación con el objetivo de identificar las fuentes de estrés, estrategias de afrontamiento empleadas, evaluar estados emocionales como ansiedad y depresión y la funcionalidad de estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en las mujeres evaluadas, con una muestra de 115 participantes en donde dio como resultado el predominio de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como la más empleada el autocontrol, dando a conocer que no regularon el malestar emocional, la ansiedad en niveles medios y prevaleció la distimia depresiva (Castillo et al., 2016).

## **CALIDAD DE VIDA**

Calidad de vida es un término utilizado para describir varios aspectos. La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que son componentes de la calidad de vida esferas como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos (ONU, 2003).

En cuanto a la Calidad de Vida se muestran las siguientes investigaciones que han sido tomadas de artículos científicos:

También en España se investigó sobre la calidad de vida del paciente oncológico se evidenció que los pacientes consideran satisfactoria su calidad de vida a largo plazo, aunque existen limitaciones en la preocupación por el futuro en el funcionamiento sexual y el disfrute sexual relacionado con trastornos de la imagen corporal, insomnio, preocupación por el futuro (Arraras et al., 2004).

Un estudio en España donde se investigó la calidad en vida en paciente oncológicos, con una muestra de 91 pacientes, quienes mencionaban que llevaban una vida casi normal, los aspectos que reducen la calidad de vida son la fatiga y el dolor junto con aspectos psicológicos como la ansiedad, el estado de ánimo, o el miedo, en relación a las dificultades sociales y familiares disminuyen la calidad de vida lo relacionado con la autonomía (Fernández, González, Padierna 2012).

Un estudio realizado en Colombia con el objetivo de determinar la calidad de vida se evaluó a una muestra de 106 mujeres, los resultados manifestaron que las mujeres de menor estrato socioeconómico tiene una mayor percepción negativa de la calidad de vida en donde las áreas más afectada es la psicológica y el funcionamiento emocional con presencia de síntomas como depresión, temor a cambios en la apariencia, disminución de la actividad sexual y alteraciones en la imagen corporal ya que se sienten menos atractivas físicamente (Castillo et al., 2012).

De igual forma en Paraguay también se investigó con el objetivo de evaluar la calidad de vida con una muestra de 125 mujeres entre 25 y 90 años con cáncer de mama sometidas a mastectomía y quimioterapia reportando resultados como malestar físico como dolor, insomnio y cansancio, en malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales, concluyendo que la calidad de vida de las pacientes observadas es favorable (Recalde & Samudio, 2012).

Además, en Colombia se determinó la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer cervico uterino en tratamiento, con una muestra de 106 mujeres, los aspectos más afectados son las actividades sociales, en los estados funcional y físico interfieren en la vida familiar y problemas económicos causados por la enfermedad. En cuanto a la función psicológica se evidencia preocupación por su enfermedad y en el aspecto sexual la mayoría ha mostrado molestias o irritación vaginal que interfieren en esta dimensión. (Castillo et al., 2012)

En otra investigación realizada en Colombia investigaron en pacientes con cáncer de mama como precursor de dificultades psicopatológicas y deterioro de la calidad de vida con una muestra de 58 mujeres, dieron como resultado una "buena" calidad de vida, referente a la actividad sexual, mostrando el mayor deterioro en la actividad física en donde respondieron la mayoría practican "actividad ligera" (Martínez et al., 2013).

En un estudio en relación a pacientes oncológicos demuestra que la calidad de vida se ve afectada en el ámbito social y familiar debido al miedo, al dolor y a la muerte que interfieren en la vida social debido al aislamiento y carencia de comunicaciones sociales, en

cuanto al nivel familiar el cáncer sobrecoge a toda la familia, en referencia al bienestar funcional tienen un gran riesgo de padecer insomnio correlacionado con la ansiedad y depresión (Fonseca, Mera, Schlack et al., 2013).

En un estudio realizado en Colombia con una población de 1029 pacientes con distintos tipos de cáncer indican factores que se relación con la calidad de vida como son la salud y el bienestar , otro también es la funcionalidad, el ambiente familiar, la espiritualidad, la disponibilidad al tratamiento, mantenimiento de la capacidad laboral, los hallazgos sugieren que la calidad de vida está relacionada con el tipo de cáncer que tiene el paciente, localización del cáncer o de la población afectada por la enfermedad ya sean adultos o niños más que por el sexo (Sánchez, 2015).

## **2.1 Fundamento Teórico**

La primera variable: Estrategias de Afrontamiento está sustentada por medio de la teoría cognitiva, basándonos en los procesos mentales de los individuos centrándose en la percepción, la adaptación y la manipulación del entorno que le rodea. Lazarus menciona que el afrontamiento actúa como regulador del desajuste emocional ante situaciones estresantes o excesivas; si es efectivo, no se presentará dicho malestar, en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa.

La segunda variable: Calidad de vida está sustentada por medio de la teoría social que está íntimamente relacionada con esta premisa pues aun en ausencia de enfermedad es importante mantener niveles óptimos de salud física, mental y emocional en el ser humano y es que la calidad de vida se determina por la posición en la cual se mira el sujeto dentro de la vida, el contexto cultural, sus valores y principios, sus sueños, sus metas cumplidas y por cumplir, cabe mencionar autores como Pichon Riviere

### **Teoría cognitiva**

#### **Origen de la teoría cognitiva**

Desde la década de los sesenta que surgió el enfoque cognitivo llegando a ser de gran apoyo y ayuda para entender gran parte de los procesos que suceden a nivel mental en los seres humanos, y este enfoque se desarrolló en primera instancia a través de la experimentación en animales analizando y estudiando la modificación de la conducta y en aquel entonces como lo planteo Pavlov quien estudio el condicionamiento clásico y operante, llevo a cabo estudios en animales, en perros, a los mismos que les condiciono de manera tal que las respuestas fisiológicas que presentaron eran condicionadas a un estímulo, posteriormente Bandura quien realizó sus estudios de igual forma en animales y posteriormente en animales, y se determinó que los miedos y las fobias eran aprendidas, y que de igual forma a través del estudio de las reacciones emocionales y conductuales se podría trabajar y lograr que las fobias y miedos desaparezcan. (Mahoney, 2001)

Según Mahoney (2001) destaca la importancia del desarrollo del enfoque cognitivo, ya que este permitió el estudio de los procesos mentales desde una postura más estructurada y

organizada que ha dado paso también al descubrimiento de parte de la esencia del ser humano, en la relación consigo mismo y en la interacción social, queda claro además que si se logra un entendimiento más profundo de lo que sucede a nivel cognitivo, es mucho más viable el desarrollo de investigaciones que permitan tener un mapeo general del comportamiento humano, si bien es cierto tendrá sus variables de acuerdo al niveles sociocultural, la estabilidad emocional, se debe considerar además que a través del conocimiento de aspectos cognitivos de alguna forma se podrá y se ha conseguido también el condicionamiento del comportamiento humano que permita a su vez mejor y adecuada aceptación y adaptación conductual.

Los aportes que se ha recibido gracias a la teoría cognitiva han permitido de cierto modo conocer y anteceder la conducta del ser humano, lo que ha generado que se entienda los procesos de pensamiento y manifestación de la conducta, lo que ha generado a su vez que en base a la aparición de la teoría cognitiva diversos estudios han tenido lugar, para determinar la influencia de los pensamientos sentimientos, emociones y deseos en el ser humano, además el paradigma del procesamiento de la información provee marcos de referencia para interpretar, evaluar y tratar factores cognitivos implicados en diversas patologías. Varios autores han propuesto que los mecanismos cognitivos básicos pueden ser conceptualizados y categorizados desde una óptica informacional, haciendo una clasificación de estos: estructuras cognitivas, proposiciones cognitivas, operaciones cognoscitivas y productos cognoscitivos, los cuales se interrelacionan de manera compleja (Reins, 2002)

Según Beck (1996) quien menciona que cada persona tiene su propio sistema de creencias, lo que permite el estudio individualizado de la estructura cognoscitiva, sin embargo, se pueden abarcar campos fenomenológicos mucho más extensos si se compromete a los sujetos a la participación bajo ciertos parámetros que permitirán la obtención de información que permita el mejor entendimiento del ser humano dentro del contexto social y cultural, a través de los procesos cognitivos, se ha identificado además que las preposiciones cognitivas, es decir las líneas base de ideas que están en el ser humano son de



por si complejas, y tienen su contenido semántico e inconsciente que pueden ser el resultado de un proceso cognitivo adecuado.

Las operaciones o procesos cognitivos, son las operaciones que realiza el sistema de tal manera que se manipula y traslada la información entre las estructuras y el medio ambiente, como, por ejemplo, la atención, percepción, procesamiento automático y controlado, análisis inferencial, etc. Finalmente, los productos cognitivos estarían definidos como las salidas finales o las conclusiones que surgen de la interacción entre la información externa o interna, las estructuras y las operaciones cognitivas (Beck 2003).

### **El modelo cognitivo**

Tomando en consideración a la triada a nivel cognitiva se puede mencionar a los componentes, mental fisiológico y conductual, se habla de que existen componentes que están encargados de la regulación y de la manifestación conductual del ser humano, si se habla además de pensar, sentir y actuar, serían estos los principales parámetros a tomar en cuenta dentro de un proceso de intervención psicológica donde se buscaría el abordaje terapéutico. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa que tiene el sujeto acerca de sí mismo, se siente con defectos no superables y como una persona sin valor, todo lo que le pasa, lo atribuye a sus “defectos”. El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del individuo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de derrota y frustración, direcciona las experiencias de forma negativa habiendo otras alternativas que son positivas. El Tercer componente es la visión negativa acerca del futuro, el individuo piensa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera frustraciones, sufrimientos y privaciones interminables (Beck, 2003).

### **Teoría Cognitiva y afrontamiento frente al estrés**

El aporte de Lazarus quien habla acerca de los modelos de afrontamiento que las personas tienden a mostrar en diversas situaciones de su vida, juegan en la actualidad un papel indispensable para entender como es la manera de proceder de gran parte de las personas, además Lazarus es quien plantea modelos de afrontamiento en relación a las teorías

cognitivas, entendiéndolas a estas como información o conocimiento que las personas almacenan a lo largo de sus vidas y se convierten en constructos sociales que les permiten tener un sistema de creencias que podría definirse como lineamientos cognitivos, que le permitan enfrentar situaciones en especial que tengan componentes estresantes, además hace referencia a los procesos cognitivos como los responsables de que la persona actúe de manera determinada, considerando que los pensamientos que el ser humano genera la mayor parte de veces está relacionado con las conductas y comportamientos que surgen en la interacción humana, entendiéndola a esta como la manera de relación donde se produce el intercambio de pensamientos, emociones y sentimientos, y sin lugar a duda es en este espacio donde se generan las estrategias que la persona tiene para saber afrontar situaciones adversas en sus vidas (Triviño & Zaider, 2005).

Según lo que se menciona anteriormente por parte del autor, para poder abordar el tema de afrontamiento y estrés que engloba en sí mismo la calidad de vida, se debe conceptualizar en primera instancia los procesos cognitivos que están siendo parte del ser humano desde instancias internas, es decir que los procesos de pensamiento que se den, haciendo especial énfasis en esta parte en las necesidades básicas, como la alimentación, el vestido, el hogar, las demandas biológicas, posteriormente cuando la persona esté en la capacidad de satisfacer de manera consiente estas necesidades, podrá asimilar de mejor manera que tipo de procesos cognitivos debe llevar a cabo para poder tener una calidad de vida adecuada, de acuerdo a lo que se menciona en la parte inicial, la calidad de vida surgió después de los procesos de satisfacción de necesidades básicas, en virtud a esto, desde el enfoque cognitivo, se entiende que los procesos a nivel cognitivo son los encargados de determinar el nivel de calidad de vida, teniendo en cuenta la calidad de vida depende además de factores externos al sujeto, sin embargo estos pueden ser exógenos, pero generar niveles de calidad de vida óptimos (Triviño et al.,2005).

Según lo que plantea la teoría cognitiva, que menciona también que, para poder hablar de afrontamiento frente al estrés, es importante primero tener claro los conceptos que son parte del ser humano, por una parte, los componentes subjetivos de cada personas como los

esquemas mentales y las fortalezas de personalidad que le permiten al ser humano hacer frente a las situaciones adversas en la vida, sin embargo al hablar de componentes subjetivos de calidad de vida y de afrontamiento difícilmente pueden ser evaluados en su totalidad, hablar de afrontamiento frente al estrés tiene que ver también con los principios que cada sujeto tenga en sí mismo en su esfera cognitiva o mental que son aquellos recursos que la persona tiene de manera ilimitada y que le permiten ver a su mundo desde su perspectiva, tomando en consideración la interacción que se desarrolla en la relación social que tiene importancia en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, que no son más que recursos de las personas para afrontar situaciones adversas con asertividad, determinismo, convicción y seguridad en sí mismos además de contar con redes de apoyo social que se convierten en el camino para que la brecha entre la calidad de vida subjetiva ideal y la real cada vez sea más corta (Triviño et al., 2005).

Un factor importante que también se menciona dentro de las teorías cognitivas, tiene que ver con la cultura y el contexto en el que el ser humano se desenvuelve tienen mucha influencia la percepción subjetiva de cada persona en relación a los procesos cognitivos que propios de sí mismo y son estos lo que le permiten a la persona hacer frente al estrés de acuerdo a como lo manifiesta Lazarus, en su teoría de afrontamiento, además los cambios que las personas tienden a dar dependiendo de su contexto y de núcleo social tiene que ver con los recursos con los que cuentan y los que están dispuestos a enfrentar, sin dejar de lado los factores internos de cada persona que son aquellos que rigen la conducta del ser humano y que están ayudando a entender de manera empírica y analítica como se produce el cambio en las personas, y que dependerá de que tan capacitada este la persona para asimilar de manera positiva todos estos procesos de cambio que haya a lo largo de sus vidas (Triviño et al., 2005).

### **Emociones**

Las emociones son reacciones comunes y normales que el ser humano va teniendo y ha desarrollado a lo largo de toda su vida, si bien es cierto las emociones que el ser humano experimenta son comunes a todos, emociones como la ira, enojo, alegría, felicidad, miedo,

son comunes e inherentes a todos los seres humanos, las reacciones no son siempre las mismas, y más bien las reacciones tienden a variar según el contexto en el que se desenvuelve la persona, las circunstancias en las que se desarrolla la vida de las personas, dentro del campo de la psicología de las emociones es donde existe en la actualidad un sin número de teorías que se han propuesto y han intentado diseñar una conceptualización del papel de las emociones en la vida psíquica de las personas, se tiene claro de la importancia de las mismas, sin embargo se debe estudiar más a fondo como se establecen en primer lugar las emociones desde una perspectiva cognitiva, es decir como las personas conciben la idea de afrontar las emociones (Montañez, 2006).

Según Montañez (2006) quien menciona, “una emoción podría definirse como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo”, de acuerdo a lo que se menciona anteriormente, las emociones tienen un componente esencialmente subjetivo, conductual y fisiológico, se tiene claro además que para poder entender a las emociones en el ser humano tienen un componente fisiológico bilógico, que se relaciona directamente con la manera en como el ser humano modela sus emociones, Es difícil, entonces, lograr una clasificación exhaustiva de todas las emociones posibles en base a dimensiones independientes. No obstante, la dimensión agrado desagrado sería exclusiva y característica de las emociones, de forma que todas reacciones afectivas se comprometerían en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto a cualquier otro proceso psicológico.

### **Funciones de las emociones**

Queda claro que gran parte por no decir todas las emociones que el ser humano experimenta a lo largo de su vida cumplen funciones específicas, que le permiten la obtención de algunos logros y el desarrollo de mecanismos que le permiten afrontar las adversidades que se le presentan, le proporcionan y brindan a demás al ser humano la versatilidad de experimentar un sin número de emociones que están ligadas a situaciones

sociales, se habla incluso que las emociones más desagradables que el ser humano experimente en su vida son de utilidad en el proceso de crecimiento y madurez, además facilitan el ajuste y adaptación social, mejoran y posibilitan la convivencia y la exploración de áreas conocidas y desconocidas por el ser humano en la expresión de las emociones, pero a continuación se describirían las funciones específicas que tienen las emociones en la vida de los seres humanos (Samaniego, 1999).

Según Samaniego (1999) quien habla sobre las funciones de las emociones:

**Funciones adaptativas:** Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado y se logró destacar ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde. De esta manera será más fácil operatividad este proceso y poder aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción. La importancia de las emociones en el papel de la adaptación es fundamental ya que si se considera los postulados de Charles Darwin quien habló acerca de los procesos de adaptación de los seres vivos, hablando además de la supervivencia de la especie, un rol indispensable de las emociones tiene que ver con la capacidad de los seres humanos en este caso de asimilar la situación, de vivir asertivamente y lograr de esta manera una adaptación social adecuada, que facilite la conservación de la especie y de la supremacía de la capacidad cognitiva del ser humano incluso en la resolución de conflictos, además los investigadores que se centran en el análisis de las funciones adaptativas de las emociones ponen especial interés en el estudio de la expresión de las emociones, análisis diferencial de las emociones básicas, estudios transculturales de las mismas y funciones específicas que representan (Samaniego, 1999).

**Funciones sociales:** Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable

valor en los procesos de relación interpersonal, destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta pro social. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que las iras pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. De cualquier manera, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás. (Samaniego, 1999)

**Funciones motivacionales:** La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc.

La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que hemos comentado anteriormente, de la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: dimensión de agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva. La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras. (Samaniego, 1999)

### **Estrategias de afrontamiento**

Crespo (1993) menciona que la gente puede presentar reacciones muy diversas ante un mismo suceso que puede ser estresante, en los años cincuenta partía del supuesto implícito

de la existencia de estresores universales, es decir ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo, así se observó enormes diferencias en como diferentes personas afrontan el mismo suceso.

Sandin (1989) indican según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso.

Es importante analizar como los sujetos tienden a enfrentarse ante elementos determinados como enfermedades crónicas, estrés del diario vivir, ritmos de trabajo fuertes o ya sea un suceso vital que puede ser la pérdida de un familiar o de un puesto de trabajo (Flores, 1985).

### **Concepto de afrontamiento**

Es una respuesta multidimensional que se genera ante una situación que se percibe como estresante, teniendo que ver la interacción entre cada persona y el medio en el que se desenvuelve en la cual el sujeto la percibirá como estresante o no en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso. Por lo tanto, es imprescindible mencionar que existen diferencias individuales en las respuestas ante distintas situaciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1986).

Son muchos los factores que determinan un mecanismo de afrontamiento que van a llevar a los individuos a reducir, minimizar, tolerar o controlar ya sean las demandas internas como las externas que serían las ambientales.

Crespo & Cruzado (1997) nos aclara que, aunque esta es la definición más aceptada, existen grandes diferencias entre diferentes autores al definir los “procesos cognitivos y conductuales” que configurarían las estrategias de afrontamiento. Otras definiciones de otros autores se muestran a continuación:

Lipowski (1970) hace una definición del afrontamiento en el contexto de las enfermedades físicas. Para este autor el afrontamiento sería “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las

funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”.

Weisman & Worden, (1977) definen el afrontamiento como lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión

Pearlin & Schooler (1978) definen el afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos:

- A) Manejando el problema que causa el malestar eliminando o modificando las condiciones que lo generan
- B) Alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático
- C) Regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.

Caplan (1981) define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante e inmediatamente después de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias:

### **1.- Estrategias de resolución de problemas**

Son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar



## **2.- Estrategias de regulación emocional**

Son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, en algunas situaciones emplear una estrategia de solución puede tener una repercusión favorable en la regulación emocional, pero también puede suceder lo contrario puede incluso crear otro problema nuevo. La respuesta de un individuo dependerá de un proceso que se denomina evaluación cognitiva que sería el mediador para la respuesta de afrontamiento, mencionaremos tres tipos que son importantes que interactúan con el ambiente:

**1.- Evaluación primaria:** evalúa la interacción con el medio ya sean benigna-positiva, irrelevante o estresante, pérdida, amenaza o reto.

**2.- Evaluación secundaria:** probabilidades subjetivas que llevarán al resultado deseado, el sujeto que opciones de reacción tiene, determina cual es la mejor, analiza tanto los resultados como consecuencias.

### **Mitos del afrontamiento**

Es común que las personas guiadas por estereotipos culturales creen que ante un suceso determinado haya reacciones negativas como son de duelo, desesperanza y depresión. Aunque investigaciones actuales mencionan que esto es más debido a estereotipos sociales que a lo que en verdad sucede. Las diferentes estrategias que un sujeto puede utilizar están determinadas por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. (Caplan,1981).

## **Psicología social**

Barra (1998) Pese a la variabilidad y la diversidad propia del ser humano, se destaca la importancia de las relaciones sociales y de la interacción con el medio social, el contacto con las personas desempeña un papel fundamental en la vida del ser humano, y son además las personas las responsables de causar reacciones en medio de la interacción, reacciones como el dolor, el placer, además de la satisfacción de necesidades en la relación interpersonal, por lo que no es de sorprenderse que la gran parte del tiempo de la vida de los seres humanos pasan en la relación e interacción social, ya que se permite además la obtención de beneficios mutuos, lo que ha facilitado también el entendimiento del desarrollo de los vínculos tomando en cuenta la conducta dentro del ámbito social, y es de esta forma que se resume el papel de la psicología social, que se encarga del estudio del ser humano y del resultado de su interacción social.

### **Definición de la Psicología Social**

Poder proporcionar una definición clara y acertada y que en cierto modo llegue a ser la única que se pueda dar a una disciplina del desarrollo es realmente una tarea difícil, y en el ámbito de la psicología social es una tarea mucho más compleja por varios factores en primer lugar por el acelerado crecimiento que ha tenido en los últimos años y por la diversidad de conceptos que van adheridos al mismo hace la tarea mucho más complicada, además de la transición y la constante actualización de conocimientos en este campo de la psicología, sin embargo según Allport hace más de veinte años quien se encargó del estudio y análisis de la psicología social, afirma que, "los sicólogos sociales consideran su disciplina como un intento de comprender y explicar cómo los pensamientos, sentimientos y conducta de los individuos son influenciados por la presencia actual, imaginada o implícita de otros seres humanos" (p. 5). Y de acuerdo a lo que aquí se menciona es de vital importancia el estudio del ser humano desde este contexto social, ya que esto permite conocer aún más a fondo como se desarrolla el ser humano y como el medio social

influencia en el ser humano para la manifestación de la conducta en determinadas situaciones (Rubin & Peplau, 2003).

Según Rubin & Peplau (2003) afirman que uno de los papeles fundamentales de la psicología social, es el entendimiento del ser humano en cuestión a sus pensamientos y sentimientos, y tienen como objetivo proporcionar la información necesaria para que la interacción social mejore y se establezca una perspectiva mucho más amplia y sólida en cuestión a como las personas establecen sus relaciones, si bien es cierto se debe considerar además que desde la individualidad del ser humano y tomando en cuenta sus detalles propios de la personalidad de cada uno, se complica de cierta manera la relación, sin embargo a través de la psicología social lo que se busca es hacer que conceptos subjetivos de a poco trasladarlos a la objetividad global del conglomerado social y cultural y de esta forma conseguir que se desarrolle el ser humano en un medio social sin perder su individualidad.

Rubin & Peplau (2003) quienes hablan sobre las características primordiales del concepto de la psicología social:

- a) Aunque no explicita en su definición que se trata de una ciencia, como lo hacen casi la totalidad de las otras definiciones, establece claramente para la disciplina los grandes objetivos o metas de cualquier ciencia (comprender, explicar y predecir)
- b) Se preocupa de incluir los distintos aspectos de la actividad psicológica (cognitivos, afectivos, conductuales), tanto del agente como del objeto de influencia, permitiendo así abarcar muchos fenómenos que sólo empezaron a ser temas de interés específico de los psicólogos sociales muchos años después, como el rol de las expectativas y atribuciones, el fuerte énfasis actual en la cognición social, la comunicación no verbal, y el énfasis en el rol del afecto y la relación afecto-cognición que empieza a emerger en la década del 90.
- c) Destaca claramente como foco de interés de la disciplina el fenómeno central de la influencia social que se da entre los individuos, lo cual sería para todos los

psicólogos sociales actuales su verdadero objeto básico de estudio

- d) A diferencia de casi todas las otras definiciones, distingue las diversas modalidades y formas que puede asumir el proceso básico de influencia social, algunas de ellas muy sutiles y subjetivas. Ello implica que, como revela claramente la investigación sobre expectativas, muchas veces operamos sobre la base de lo que sentimos, creemos o imaginamos acerca de los otros, independientemente de que correspondan realmente a sus características o conductas.

Por su parte Baron & Byne (1994) quienes mencionan que la interacción social siempre se da como se ha descrito anteriormente en un medio social y cultural, sin embargo, tomando en cuenta que la psicología misma se ha encargado desde sus inicios en el estudio del ser humano, de sus procesos de pensamiento y de la interacción y relación con otros seres, se ha logrado a través de la psicología social el estudio de la persona dentro de un marco de referencia social que es de vital importancia y de impacto considerable ya que de esta forma se conseguirá la obtención de explicaciones teórico científicas a los fenómenos que se dan solamente dentro de la sociedad, como el apareamiento de problemas de adaptación social pero a su vez resiliencia y asertividad que mejoran la convivencia en este mismo ámbito.

Según Gaviria & López (2001) quienes mencionan que dentro de la conceptualización de la psicología social que la interacción misma del ser humano, la misma naturaleza del ser humano desde sus inicios si se habla desde un punto de vista antropológico se habla de la concepción del ser humano desde la socialización y que ha sido una necesidad desde los inicios de la humanidad el hecho de estar formando parte de un grupo, ya que de esta forma se lograba mejores y mayores probabilidades para la supervivencia, y es normal que la mayor parte del tiempo el ser humano deba estar en un grupo para sentir la pertenencia y la seguridad que un grupo ofrece, se debe además considerar la idea de que las personas deben estar formando parte de una socialización asertiva que facilite el intercambio de información, comunicación y en especial de experiencias que permitan mejorar la convivencia y la superación de conflictos a nivel social.

## **Bienestar**

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2009), que habla sobre el bienestar y no solamente del bienestar a nivel físico, sino más bien abarca un sin número de componentes que son inherentes internos y externos al ser humano, desde una perspectiva social se habla también de una percepción interna y subjetiva de bienestar o de estabilidad consigo mismo, que las personas suelen desarrollar, se puede mencionar además según la organización que el bienestar tiene que ver con el conjunto de características por una parte del medio que los rodea, de la utilización y el aprovechamiento de los recursos del medio, por lo que el bienestar al ser un conjunto de características por un lado internas y por el otro externas al ser humano, dependerá de cómo el mismo las sepa aprovechar, el bienestar psicológico se relaciona además con el nivel de aceptación que las personas logran tener consigo mismos, con la percepción subjetiva y real de sus recursos, fortalezas y virtudes que le permitan a la persona tener estabilidad emocional.

En la actualidad el tema del bienestar ha sido tomado en cuenta en varias ramas del conocimiento, en especial en el campo de la psicología, que si bien es cierto años atrás no se tocaba el tema de bienestar, debido a que se estudió y se especializaron las investigaciones en determinar el origen de las conductas, el entendimiento de los pensamientos, identificación de ideas racionales e irracionales, y un sin número de conocimientos que se han construido a través de la interacción social que no es más que un conjunto de ideas que permiten al ser humano ser quien es desde su individualidad y aun así ser parte de un mundo social, sin embargo con el apareamiento de teorías y modelos de intervención psicológica y de teorías de entendimiento conductuales, y se ha llegado a determinar un área y campo específico de estudio del bienestar del ser humano, y se ha llegado a conocer que el bienestar psicológico está estrechamente relacionado con la felicidad, que si bien es cierto antes no se consideraba siquiera la idea de hablar de bienestar, mucho menos de felicidad, pero al saber sobre la felicidad se puede entender y saber los componentes subjetivos del ser humano para poder llegar a ese estado de estabilidad, lo que sería de mucho beneficio para abordar esta temática y para el avance del conocimiento (Ballesteros, Caycedo, & Medina, 2006).

Según Ballesteros, Caycedo, & Medina (2006) quienes mencionan que la felicidad y el bienestar tienen relación, ya que existen factores asociados como componentes internos del ser humano como la percepción de los recursos, cualidades, fortalezas y a la vez las debilidades que permiten entender las dimensiones del bienestar y tiene que ver con la experiencia de cada persona, un carácter global, debido a que esta incluye a las condiciones externas al sujeto, es decir el sujeto en todas las áreas en las que se desarrolla, y finalmente se considera un carácter de apreciación positiva, que se relaciona con la capacidad de las personas en percibir situaciones positivas que hagan que pueda tener bienestar.

Coronel (2006), por otro lado, si se habla de bienestar psicológico se pueden mencionar varias dimensiones, como un análisis cuantitativo de una valoración con respecto al individuo y como este ha vivido en su entorno social considerando algunos factores primordiales, como la calidad de vida y estilo de vida.

Según Coronel (2006) quien habla sobre las dimensiones del bienestar:

**Apreciación positiva de sí mismo;** según lo que menciona el autor, las personas que logran tener una adecuada apreciación de sí mismos, son los que pueden en primera instancia percibir las cualidades positivas de sí mismos, para lo cual se debe tener en consideración que el conocimiento de sí mismo desde diversos puntos de vista es la manera adecuada para llegar a apreciarse de manera positiva, si bien es cierto todo tienen una base de componente subjetivo cognitivo que son las bases de entendimiento para que las personas lleguen a la percepción adecuada

**Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida:** esta capacidad si bien es cierto tiene que ver también con la determinación de las personas de tener en primer lugar la decisión de manejar de manera adecuada sus comportamientos y su conducta que está regida al sistema de creencias que tienen un papel fundamental en el desenvolvimiento de la persona en su medios social y cultural.

**Alta calidad de los vínculos personales:** los vínculos que los seres humanos desarrollan a lo largo de su vida, son el resultado de interacciones que se dan en ámbitos social, cultural, se habla además de la calidad del vínculo que se logra tener o desarrollar desde edades tempranas del desarrollo evolutivo del ser humano.

**Creencia de que la vida tiene propósito y significado:** este aspecto es de vital importancia para los seres humanos y tiene que ver con la motivación que las personas lleguen a entender por determinada situación, si bien es cierto la motivación solo debería estar ligada al propio ser humano, muchas veces esto no sucede, y es más fácil dirigir la atención hacia situaciones, personas u objetos que están sobre la persona.

**Sentido de autodeterminación:** para llegar al desarrollo de este sentimiento de y sentido de autodeterminación, la persona debe ser consiente de varios aspectos de su vida, en especial los que tienen que ver con la capacidad del ser humano para sentirse pertenecido al grupo y de esta forma sentir esa estimación colectiva, es el grupo social o la familia.

Considerando estas seis dimensiones se puede decir que al hablar de bienestar psicológico hablamos de un concepto que abarca varios factores, mismos que influirán en la persona de forma positiva o negativamente en el bienestar psicológico. En esta misma línea investigativa se habla también de los denominados factores de riesgo que podrían disminuir los niveles de bienestar psicológico, sin embargo, se deben tomar en cuenta también los recursos o factores protectores con los que los adolescentes cuentan para hacerle frente a situaciones adversas y condiciones desfavorables.

Al hablar de bienestar psicológico y considerando además que los ejes de desarrollo o ámbitos primarios de las personas tienen que ver con esferas según el conocimiento que ya se ha adquirido de parte del avance del estudio de la psicología en especial en esta última década se ha resaltado de la importancia del estudio del bienestar subjetivo de las personas ya que de esta forma se conseguira un mejor entendimiento de esta cualidad innata del ser humano.

- Afectivo, emocional
- Cognitivo, valorativo
- Social, vincular o contextual de la personalidad

El primer eje se relaciona más bien con la frecuencia en la que se desarrolla y se desenvuelve las emociones, sentimientos, afectos en las personas y la ausencia de manifestación de componentes negativos. El segundo eje se relaciona con la capacidad de la persona para sentirse satisfecho o para satisfacer las necesidades que se den de manera afectiva vincular, es decir que gran parte de la satisfacción que la persona pueda tener consigo misma. Y el tercero, está referido a los rasgos de la personalidad, las interacciones sociales y las condiciones del contexto histórico, social, político, religioso, etc. en el que se desarrolla el individuo normalmente.

## **Calidad de Vida**

### **Historia, concepto y definición**

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (1946) define a la salud como no solo la ausencia de enfermedad sino como la presencia de bienestar físico, psicológico y social, la calidad de vida ha venido subiendo en auge convirtiéndose en un tema de importancia en el ámbito sanitario.

Este concepto empezó a incluirse en el índice médico en 1966, por lo que solo hace poco más de treinta años que está presente en la literatura médica, enmarcado dentro del modelo biopsicosocial (Testa & Simonson, 1996).

La investigación llevada por Antoni Font con enfermos con diagnóstico de cáncer, es la literatura pionera dentro de este ámbito de estudio

La calidad de vida en la adaptación a la enfermedad nos indica características de los pacientes de cáncer según cada una de las etapas de la enfermedad, estos son parámetros importantes que van a permitir conocer el estado psicológico del paciente ya que muchas



veces tiende a modular la evolución del cáncer, factores como el bienestar del individuo, el impacto de la enfermedad, los factores psicosociales, la perspectiva personal determina la calidad de vida del paciente. La evaluación de la calidad de vida de los pacientes está enfocada en ámbitos de posibles cambios en la salud, a nivel fisiológico, psicológico y social, siendo un concepto multidimensional en donde la propia perspectiva del sujeto es fundamental, fácil influenciado por vivencias, expectativas y percepciones (Osoba, 1997).

Las dimensiones que emergen de forma consistente en la literatura sobre calidad de vida son: funcionamiento físico, cognitivo y social; movilidad y autocuidado; bienestar emocional (Shumaker & Cols, 1997).

Font (1988) define la calidad de vida como “la valoración subjetiva que el paciente hace de los diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud”, una descripción breve, aunque el concepto de calidad de vida que propone menciona “la calidad de vida relacionada con la salud consiste en una evaluación subjetiva por parte de las personas, relativa a como aspectos diferentes relacionados con su estado de salud pueden estar influyendo sobre su habilidad para lograr mantener un nivel de funcionamiento general que les permita perseguir las metas que son valiosas en sus vidas, todo lo cual quedaría reflejado en su nivel de bienestar”. Esta definición más completa embarcando la experiencia subjetiva individual, factores dentro del ámbito de la salud y habilidades de las personas para perseguir sus metas.

### **Definición de calidad de vida**

OMS (1994) define a la calidad de vida de los individuos de la siguiente manera “percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Nos centraremos en la calidad de vida relacionada con la salud, como un concepto multidimensional que incluye el funcionamiento físico, psicológico y social relacionados con el bienestar psicológico. En el aspecto físico son las habilidades del sujeto para realizar varias actividades de la vida diaria, estos incluyen síntomas físicos resultantes de la

enfermedad como del tratamiento, en el aspecto psicológico se incluye el sufrimiento a la sensación positiva de bienestar, en el aspecto social se refiere a las relaciones e interacciones sociales que tienen que ver con la integración social del individuo al medio en el que se desenvuelve. Otros conceptos son importantes de mencionar como la espiritualidad o concepto existencial por parte del paciente (Acosta, 2014).

El juicio que el paciente hace de sí mismo y del nivel de calidad de vida que lleva, esto varía en función de la edad, educación o la raza porque la calidad de vida se observa en como interfieren los problemas de salud en la vida diarias de las personas enfermas. Según el estilo de vida que tiene una persona, será la elección de las estrategias que utiliza para enfrentar la enfermedad, surge el estrés y se sugiere que mientras mayor estrés se perciba, menor será la calidad de vida del paciente. Influye también que un afrontamiento activo sería mejor que un afrontamiento evitativo con respecto a las enfermedades crónicas (Frazier, 2000).

González & Padilla (2006) en una investigación realizada describe la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en 194 ancianos, en donde se menciona que las personas mayores tienden a utilizar un estilo de afrontamiento que confronta la situación, realizando más prácticas de promoción y prevención de la salud, evitando hábitos nocivos y teniendo un estilo de afrontamiento más vigilante y responsivo. Se concluye que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta última.

### **Para qué utilizar la calidad de vida**

Ebrahim (1995) indica los propósitos específicos de las mediciones en CVRS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento.

## **Medición de la calidad de vida**

Algunos aspectos referentes a la calidad de vida no se observan a simple vista, se utiliza instrumentos de evaluación que contiene grupos de preguntas, en teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios (Velarde & Ávila, 2002).

## **Importancia de la calidad de vida en los pacientes oncológicos.**

Font (1994) expresa que el estudio científico de la calidad de vida del paciente de cáncer es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos. Clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes

Es importante la visión que los pacientes tienen de su enfermedad, el propio sujeto es quien valora su calidad de vida, la importancia de valorar la calidad de vida tiene influencia en el trabajo diario con el paciente, en la elección de un nuevo tratamiento cual es adecuado y cual no, favorece la detección temprana de síntomas, acompañado de entrevistas se ofrece un apoyo emocional a los pacientes. La evaluación de la calidad de vida mejora los servicios médicos en un hospital, o como sistema de atención para los cuidados del paciente crónico enfermo, es decir no solo es importante que el paciente viva más, sino como va a ser esa vida debido a las secuelas físicas, estéticas y emocionales que supone la enfermedad

dando como resultado un trastorno en el paciente las cuales no deben ser dejadas a un lado (Estapé, 2016).

Los enfermos suelen hablar de un “antes” y un “después” del cáncer. En este sentido, hay que tener en cuenta que, cuanto más se parezca la vida que lleva el paciente después de la enfermedad a la que llevaba antes de la misma, más se considerará que conserva su calidad de vida. Un cambio que conlleve una vida no satisfactoria para el enfermo, significa una alteración en su calidad de vida. A este respecto, para determinados pacientes, la enfermedad supone una revisión de vida que le lleva a valorar las cosas de otra manera más positiva (Cella, 1993).

## **2.2 Hipótesis**

### **Hipótesis Alterna**

Las estrategias de afrontamiento mejoran la calidad de vida en pacientes oncológicos

### **Hipótesis Nula**

Las estrategias de afrontamiento no mejoran la calidad de vida en pacientes oncológicos

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de investigación:**

El presente proyecto investigativo es de tipo descriptivo, bibliográfico y documental y de esta forma se conseguirá un abordaje adecuado para que la investigación sea eficiente, de tipo descriptivo y correlacional ya que permitirá el acercamiento de las variables por medio de la obtención de resultados mediante la aplicación de los reactivos psicológicos y así se podrá determinar la existencia de relación entre las variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos.

La investigación no implicará intervenciones y por lo cual no existirá manipulación de variables del estudio

#### **3.2 Selección del área o ámbito de estudio**

El estudio se realizará en la Provincia de Tungurahua, en el Cantón Ambato en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica Solca Tungurahua.

#### **3.3 Población**

La población objeto de este estudio son enfermos con diagnóstico de cáncer.

#### **3.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **INCLUSIÓN:**

- Pacientes mayores de edad con diagnóstico de cáncer de cualquier tipo

## **EXCLUSIÓN**

- Enfermos con alteración de las funciones cognitivas, que puedan impedirles comprender y responder las preguntas de los cuestionarios aplicados.

### **3.5 Diseño muestral**

Es importante tomar el número de casos que se diagnostican en el periodo febrero –abril 2017 en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica Solca Tungurahua.

#### 4.1 Operacionalización de las variables

**TABLA 1**

*Variable independiente: Estrategias de Afrontamiento*

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e Instrumentos
Son pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejarse ante situaciones difíciles a través de dos estrategias como son las centradas en la solución del problema y centrada en el proceso de	<b>Afrontamiento cognitivo</b>	Confrontación Autocontrol Aceptación de la responsabilidad Planificación Revaluación positiva	¿Cuáles son las estrategias más utilizadas por los pacientes ante el diagnóstico de la cáncer?	Se aplicará la técnica descriptiva mediante la observación en la entrevista y la aplicación del cuestionario a los pacientes y el instrumento que se aplicará es la Escala de Estrategias o Modos de

---

regulacion emocional

Afrontamiento de (Lazarus  
& Folkman 1994)

(Lazarus & Folkman,  
1994)

**Afrontamiento  
conductual**

Distanciamiento

Búsqueda de apoyo  
social

Huida

---

NOTA: operacionalización de variable independiente. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos.

Elaborado por: González J. (2017)



**TABLA 2***Variable independiente: Calidad de Vida*

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
<p>Concepto multidimensional que se refiere al bienestar en el estado funcional abarcando la función física y función social del sujeto dentro del entorno en el que vive, y también referente al bienestar emocional centrado en el área psicológica incluyendo</p>	<b>Estado Funcional</b>	Función Física	¿Qué nivel de calidad de vida presentan los pacientes diagnosticados con cáncer?	Se aplicará la técnica descriptiva mediante la observación en la entrevista y la aplicación del cuestionario a los pacientes y el instrumento que se aplicará es el Cuestionario SF.36 (Short Form 36)
		Función Social		

la salud mental en el  
área psicológica  
(Alcoser, 2010).

Health Survey)

**Bienestar** Salud mental  
**emocional:**

### **3.6 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información**

Para la recolección de datos, se empleará como instrumento de medición psicológica, los siguientes test.

#### **Escala De Estrategias De Afrontamiento De Lazarus**

##### **Objetivos del test psicométrico**

La Escala De Estrategias De Afrontamiento De Lazarus es una herramienta imprescindible para identificar los tipos de afrontamiento, mediante un cuestionario de 67 índices el cual se responde en función a la medida de que el individuo actuó o respondió, en cada uno de ellos se ven las siguientes puntuaciones:

##### **Puntuaciones**

0=En absoluto

1=En gran medida

2=Bastante

3=En gran medida

##### **Características del test**

Para la evaluación de los 67 índices están clasificados en 8 subescalas:

- ✓ **Confrontación:** Esfuerzos agresivos para alterar la situación. **Índices:** 6, 7, 17, 28, 34,46
- ✓ **Distanciamiento:** Esfuerzos para separarse, alude a la creación de un punto de vista positivo. **Índices:** 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41, 44
- ✓ **Autocontrol:** Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. **Índices:** 10, 14, 35 ,37 ,43 ,54 ,57 ,62 ,63.

- ✓ **Búsqueda de Apoyo Social:** Esfuerzos para buscar apoyo. **Índices:** 8, 18, 31, 42, 45
- ✓ **Aceptación de la responsabilidad:** reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. **Índices:** 9, 25, 29, 51
- ✓ **Huida-Evitación:** Describe el pensamiento desiderativo. **Índices:** 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58, 59
- ✓ **Planificación:** Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la proximación analítica para resolver el problema. **Índices:** 1, 2, 6, 27, 39, 48, 9, 52.
- ✓ **Reevaluación positiva:** Describe los esfuerzos para crear un significativo positivo y centrarse en el desarrollo personal. **Ítems:** 20, 23, 30, 36, 38, 56, 60.

### **Confiabilidad y Validez**

La presente escala fue validada para la población Colombiana por Londoño y Henao, en el 2006 con una confiabilidad de = 0.8 °.

## **CUESTIONARIO SF-36**

### **Objetivos del test psicométrico**

Medir la percepción de la calidad de vida

### **Características del test:**

- ✓ Se trata de un Cuestionario auto aplicable que consta de 36 ítems, con opción de respuesta que varían de Nada con un valor de “0 a 25” y Excelente con un valor de “76 a 100”.
- ✓ Este cuestionario cubre dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional y abarca las siguientes dimensiones

### **Dimensiones del área del estado funcional**

- ✓ Función física
- ✓ Función social
- ✓ Limitación del rol de problemas físicos
- ✓ Limitación del rol de problemas emocionales

### **Dimensiones del área del bienestar emocional**

- ✓ Dolor corporal
- ✓ Vitalidad
- ✓ Salud mental
  
- ✓ La evaluación de la salud general incluye dimensiones de la percepción de salud general y el cambio de la salud en el tiempo.
  
- ✓ Los puntajes del cuestionario se expresan en rangos de 0 a 100 siendo la última cifra la óptima percepción sobre la calidad de vida y de salud y se clasifica de la siguiente manera:

Mala	0 a 25
Regular	26 a 50
Buena	51 a 75
Excelente	76 a 100

### **Confiabilidad y Validez**

La presente escala fue validada para la población española por Ferrer y Ribera, en el 2005 con una confiabilidad de  $= 0.7$  °.

### 3.7 Aspectos éticos

Conforme a los objetivos del código de ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que son promover y regular el comportamiento de los/as servidores/as de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios. También implementar principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación a la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos/as de la salud, para alcanzar las metas institucionales.

Según el Artículo 3 en donde se menciona los valores para las personas que ejercen el ejercicio profesional y también en relación con la investigación podemos mencionar los siguientes principios:

**Respeto.-** Todas las personas son iguales, merecen el mejor servicio, es así que se respetara su dignidad y se atenderá sus necesidades teniendo en cuenta en todo momento sus derechos.

**Inclusión. -** Se reconocerá que los grupos sociales son distintos por lo tanto se valorara sus diferencias con respeto y con equidad.

**Compromiso:** Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado con más énfasis en trabajos de investigación.

**Confidencialidad.-** La información que sea proporcionada en la investigación será absoluta responsabilidad de quien está a cargo de la misma y no se filtrara en ningún momento, protegiendo la identidad de los pacientes, identificándoles la identidad del paciente a través de códigos alfanuméricos.

**Integridad.-** Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada, incluso se demostrara los resultados de la investigación en el momento oportuno.

**Justicia. -** Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

**Lealtad.-** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad garantizando derechos individuales y colectivos.

Estos principios mencionados se basan en el código de ética que rige la salud pública en el país, avalando integridad física y mental de las personas.\

### **3.8.1. Participación de seres humanos**

Se ha tomado en consideración que los instrumentos de evaluación no perturben a los sujetos a investigar.

### **3.8.2 Proceso del consentimiento informado**

A través del formato del consentimiento informado para los pacientes informando los objetivos del estudio, después de la autorización se proporcionara los instrumentos de evaluación a cada paciente.

### **3.8.3 Consecuencias de la participación en el estudio**

En la población encuestada no existirán efectos colaterales, con una previa explicación del propósito del estudio y de los reactivos que se aplicaran.

### **3.8.4 Confidencialidad de la información obtenida**

Los resultados obtenidos serán utilizados solo para la investigación, si el paciente solicita, se lo realizara de forma individual y en completa confidencialidad.

### **3.8.5. Informe de los resultados de las pruebas a los participantes**

La información recibida de los resultados de los reactivos psicológicos aplicados será de uso exclusivo para la investigación.

## CAPÍTULO IV

### 8.1 Análisis e interpretación de resultados

**TABLA 3**

*Edad de la población*

Edad	Personas	Porcentajes
18-27 años	12	12%
28-37 años	13	13%
38-47 años	35	35%
48-60 años	40	40%
TOTAL	100	100%

Nota: Edad de la población, número de personas total 100 ficha sociodemográfica. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)



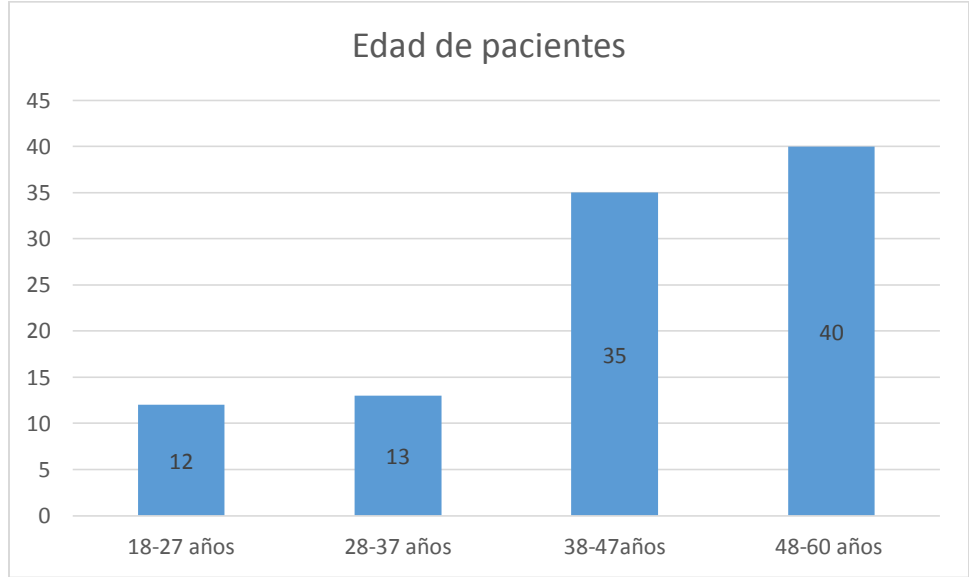


Ilustración 1. Edad de la población

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

**Análisis e interpretación:**

Se evidencia según el gráfico que existe mayor prevalencia de personas de edades comprendidas entre los 48 y 60 años, y menor prevalencia de personas con edades entre los 18 y 27 años de edad.

**Tabla 4**

***Género de la población***

Género	Personas	Porcentajes
Masculino	24	24%
Femenino	76	76%
Total	100	100%

Nota: Género de la población, masculino 24, femenino 76, total 100. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

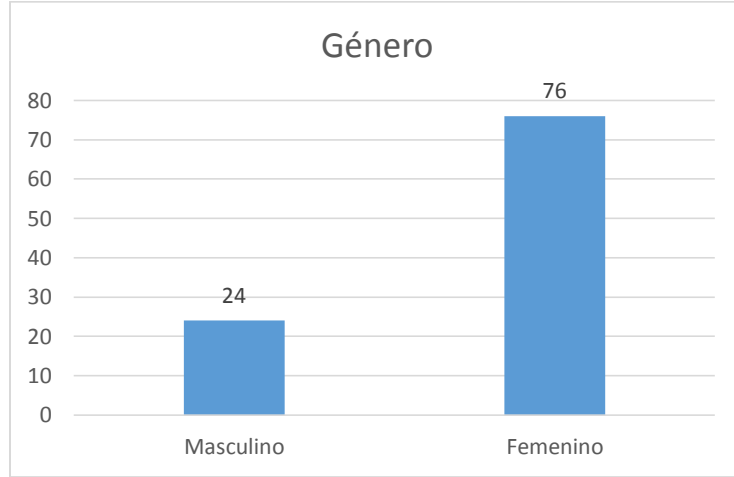


Ilustración 2. Género de la población

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

### **Análisis e interpretación:**

Se acuerdo a la gráfica se observa que existe mayor prevalencia del género femenino, es decir que existen mayor número de mujeres que han formado parte en la investigación.

Tabla 5

### ***Estado civil***

Estado civil	Personas	Porcentajes
Soltero	29	29%
Casado	39	39%
Divorciado	12	12%
Viuda	11	11%
Unión de Hecho	9	9%
Total	100	100%

Nota: Estado civil; soltero (29- 29%), casado (39- 39%), divorciado (12-12%), viuda (11-11%), unión de hecho (9-9%). Total (100 personas = 100%). Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

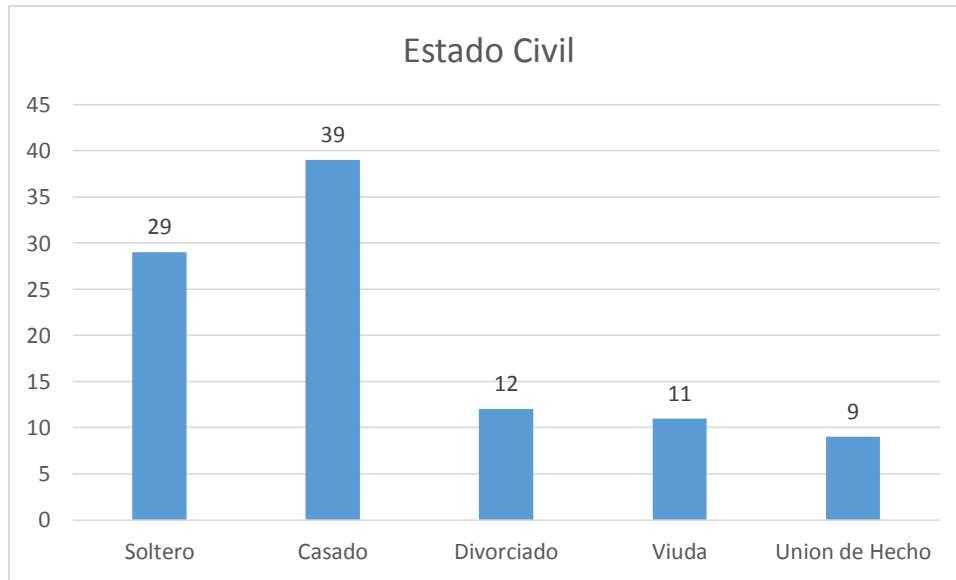


Ilustración 3. Estado civil

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

**Análisis e interpretación:**

Se observa según los datos que existen veinte y nueve personas solteras, treinta y nueve casados, doce personas divorciadas, once personas viudas y nueve en unión de hecho, lo que indica que la mayor parte de quienes participaron en la investigación son casados.

**TABLA 6**

***Tiempo de enfermedad***

Tiempo de Enfermedad	Personas	Porcentajes
1-3 años	66	66%
4-6 años	34	34%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Tiempo de enfermedad (1- 3 años= 66%), (4-6 años= 34%), (total= 100%). Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

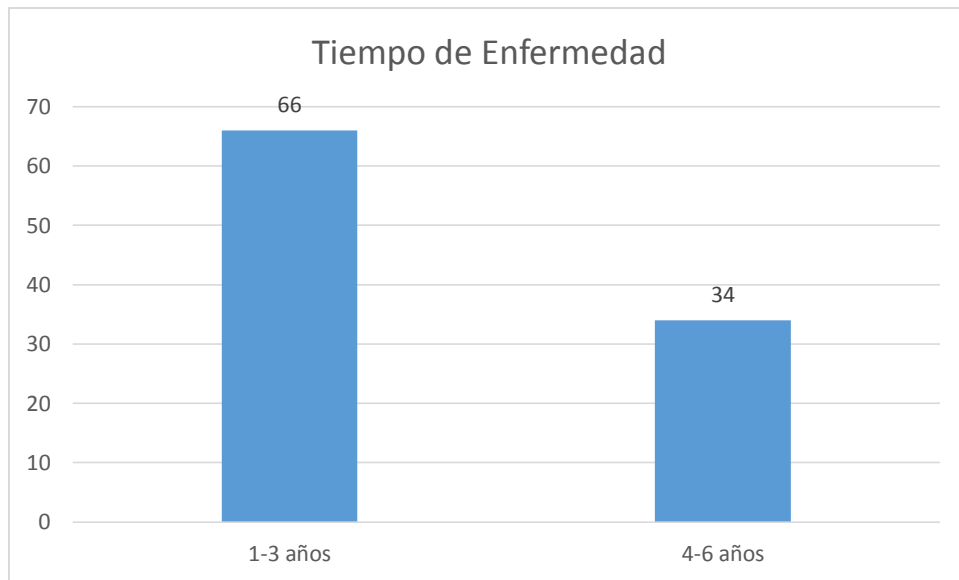


Ilustración 4. Tiempo de Enfermedad

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

**Análisis e interpretación:**

Se evidencia según la tabla que sesenta y seis personas tienen un tiempo de enfermedad de entre uno y tres años, mientras que 34 personas tienen entre cuatro y seis años de enfermedad.

**TABLA 7**

***Tipo de tumor***

Tipo de tumor	Personas	Porcentajes
Mama	43	43%
Útero	21	21%
Colon	12	12%
Próstata	13	13%
Pulmón	4	4%
Piel	7	7%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Tipo de tumor (mama: 12- 12%), (útero: 21- 21%), (colon: 12-12%), (próstata: 13-13%), (pulmón: 4-4%), (piel: 7-7%) total = 100-100%. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

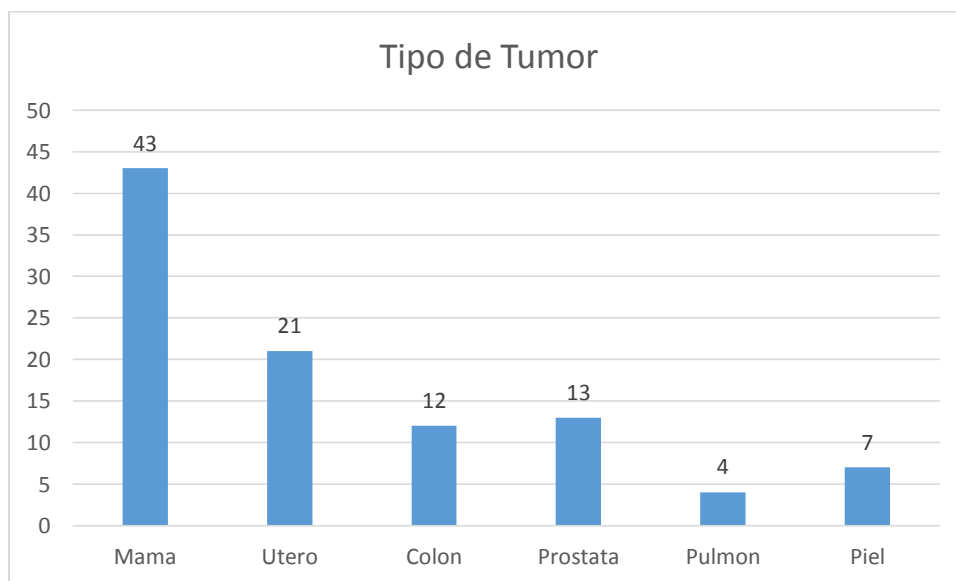


Ilustración 5. Tipo de tumor

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

### **Análisis e interpretación:**

Según los datos se observa que existen cuarenta y tres personas que tienen tumor de mama, veinte y uno de útero, doce de colon, trece de próstata, cuatro de pulmón, siete de piel, existe una prevalencia mayor en tumor de mama.

**TABLA 8**

#### ***Tratamiento psicológico***

Tratamiento Psicológico	Personas	Porcentajes
Si	56	56%
No	44	44%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Tratamiento psicológico, (SI = 56%); NO (44%); TOTAL: 100%. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

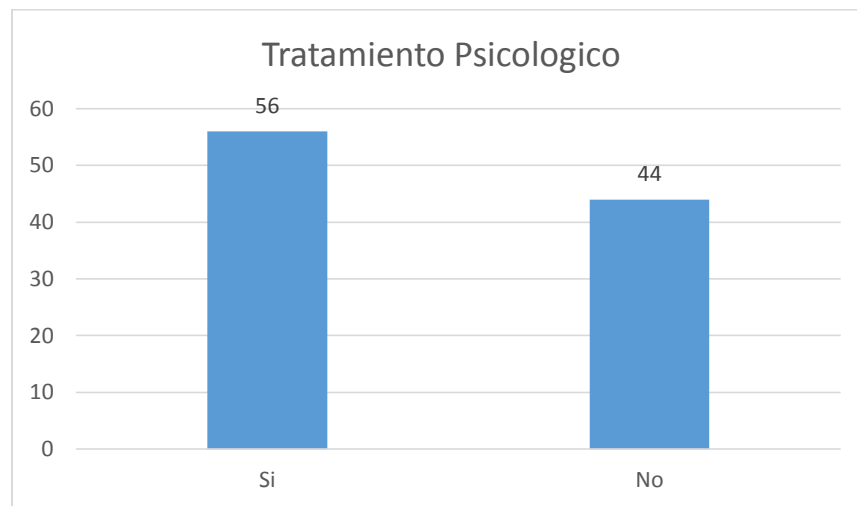


Ilustración 6. Tratamiento psicológico

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

### **Análisis e interpretación:**

Según los datos se observa que los cincuenta y seis porcientos de las personas evaluadas no han recibido tratamiento psicológico, mientras que el cuarenta y cuatro han mencionado que no reciben este tipo de ayuda.

**Variable independiente: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

**TABLA 9**

*Tipos de afrontamiento*

Tipos de Afrontamiento	Personas	Porcentajes
Afrontamiento Adaptativo	48	48%
Afrontamiento centrado al problema	9	9%
Afrontamiento centrado en la emoción	12	12%
Afrontamiento Desadaptativo	31	31%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Tipos de afrontamiento; afron. Adap 48%; afron. Centrado al problema 9%; afron. Centrado en la emoción 12%; afron. Desadaptativo 31%; Total 100%. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

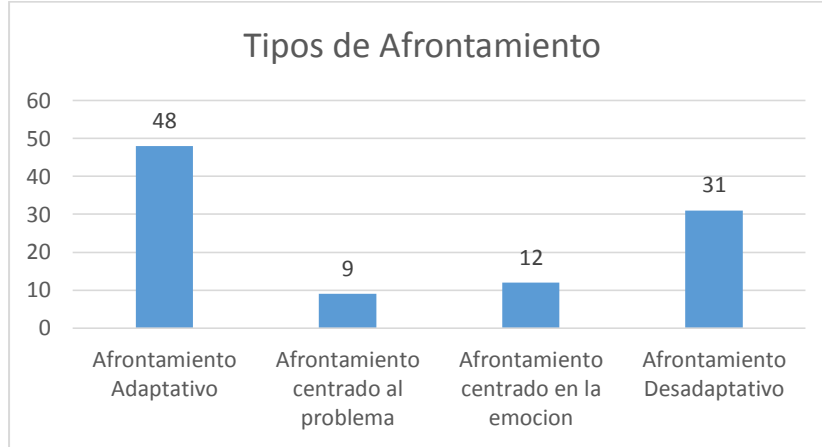


Ilustración 7. Tipos de afrontamiento

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

**Análisis e interpretación:**

Se evidencia de acuerdo a los datos que la mayor parte de personas presentaron afrontamiento adaptativo, 31 personas presentaron afrontamiento desadaptativo, 12 personas afrontamiento centrado en la emoción, y 9 personas afrontamiento centrado al problema.



**TABLA 10*****Estrategias de afrontamiento***

Estrategias de Afrontamiento	Personas	Porcentajes
Confrontación	13	13%
Distanciamiento	15	15%
Autocontrol	11	11%
Búsqueda de Poyo social	11	11%
Aceptación de la responsabilidad	11	11%
Huida- evitación	18	18%
Planificación	12	12%
Reevaluación positiva	9	9%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Estrategias de afrontamiento; confrontación 13%, distanciamiento 15%, autocontrol 11%, búsqueda de apoyo social 11%, aceptación de la responsabilidad 11%, huida y aceptación 18%, planificación 12%, reevaluación positiva 9%, TOTAL: 100%. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

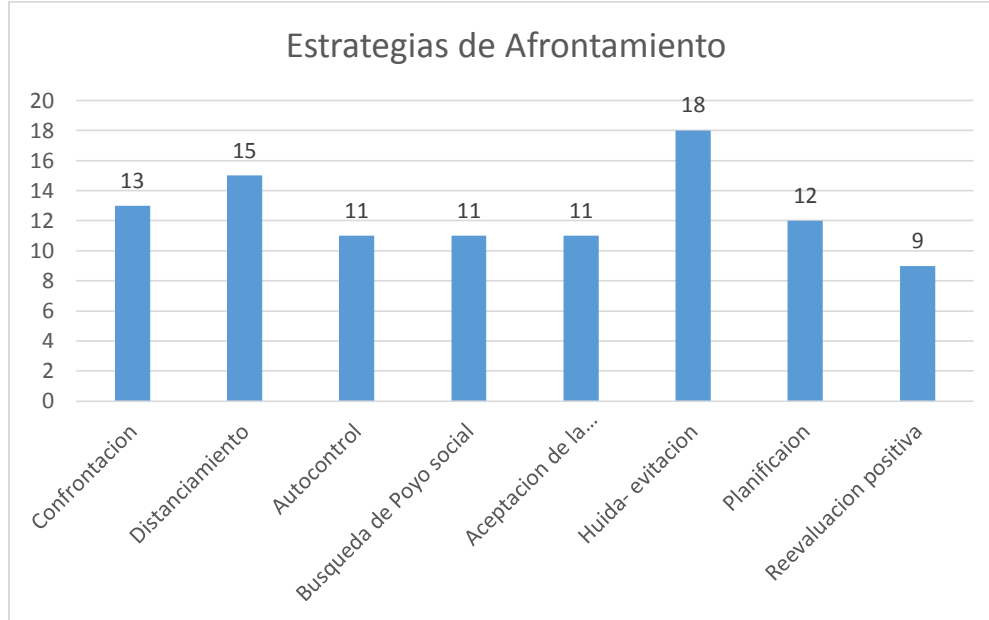


Ilustración 8. Estrategias de Afrontamiento

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

**Análisis e interpretación:**

De acuerdo a los datos obtenidos se evidencia que 18 personas tuvieron mayor puntuación en la estrategia de huida y evitación, 15 personas en la estrategia de distanciamiento, 13 en confrontación, 12 en planificación, y 11 personas en la estrategia de Autocontrol, 11 en búsqueda y apoyo social y 11 en aceptación de la responsabilidad, y 9 en la estrategia de reevaluación positiva.

Y se deduce que la mayor parte de personas que no es significativa utilizan la estrategia de huida y evitación, lo que implica que frente a una situación estresante tienden a no formar parte de ella o no involucrarse.

**Variable dependiente: CALIDAD DE VIDA**

**TABLA 11**

***Calidad de vida***

Calidad de vida	Personas	Porcentajes
Mala	16	16%
Regular	30	30%
Buena	41	41%
Excelente	13	13%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Calidad de vida; mala 16%, regular 30%, buena 41%, excelente 13% TOTAL: 100%. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

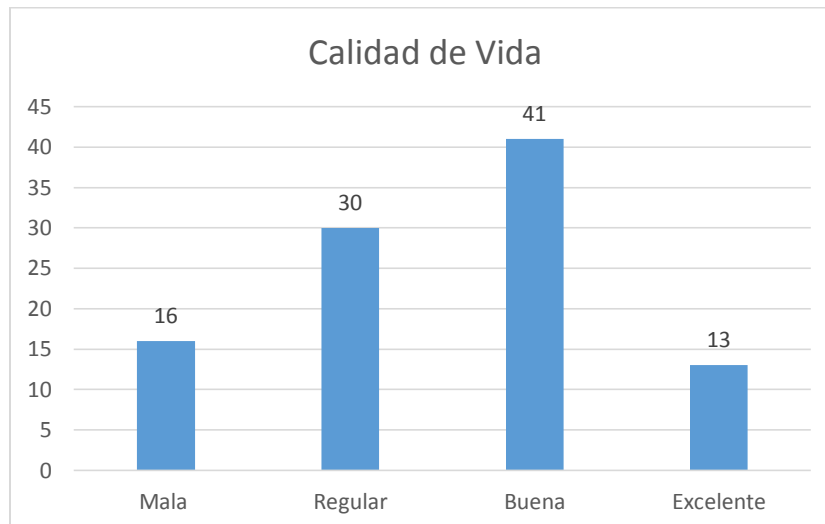


Ilustración de calidad de Vida

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

### **Análisis e interpretación:**

Se evidencia que 41 personas mostraron una calidad de vida buena, 30 personas revelaron una calidad de vida regular, 16 personas una calidad de vida mala, mientras que 13 personas una calidad de vida excelente. Se puede deducir que la mayor parte de las personas presentan calidad de vida regular, lo que implica que no tienen satisfacción con su ámbito emocional, ni familiar ni en las relaciones con las otras personas.

**TABLA 12**

#### *Dimensiones de calidad de vida*

Dimensiones de calidad de vida	Personas	Porcentajes
Función física	4	4%
Rol físico	8	8%
Dolor corporal	10	10%
Salud General	14	14%
Vitalidad	9	9%
Función Social	15	15%
Rol Emocional	18	18%
Salud Mental	22	22%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Nota: Dimensiones de calidad de vida; f. física 4%, rol físico 8%, dolor corporal 10%, salud general 14%, vitalidad 9%, función social 15%, rol emocional 18%, salud emocional 22%, TOTAL: 100%. Fuente: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Elaborado por: González J. (2017)

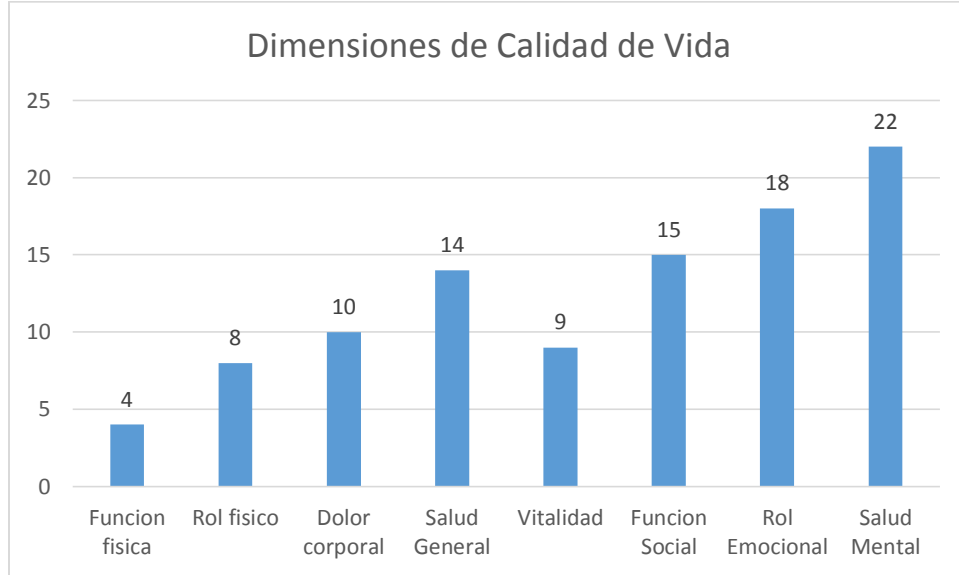


Ilustración 9. Dimensiones Calidad de Vida

Elaborado por: González J. (2017)

Fuente: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”

### **Análisis e Interpretación:**

Según los datos que se han obtenido se evidencia que 22 personas presentan puntajes altos en la dimensión salud mental, 18 en la dimensión de rol emocional, 15 en función social, 14 en salud general, 10 personas en la dimensión dolor corporal, 9 en vitalidad, 8 en rol físico y 4 personas en la dimensión física.

Lo que implica que la mayoría de las personas presentan niveles altos de salud mental y rol emocional que se relaciona con la calidad de vida buena.

**TABLA 13**

*Relación de variables: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA.*

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Estrategias de afrontamiento * Calidad de vida	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Nota: Resumen De Procesamiento De Casos Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida; N. validos (100- 100.0%), N perdidos (0- 0,0%) total N (100- 100,0%). Fuente: Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida. Autor: González, J. (2016)

**TABLA 14**

*Estratégias de afrontamiento tabla cruzada*

**Estrategias de Afrontamiento\* Calidad de Vida tabulación cruzada**

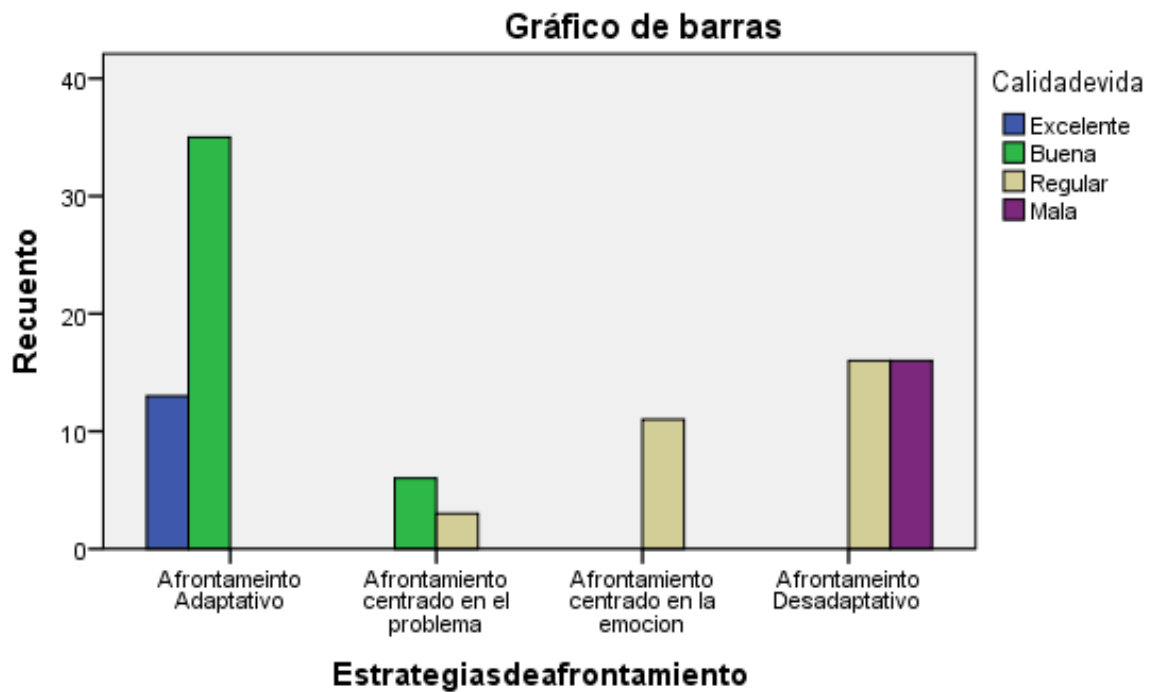
Recuento

		Calidad de Vida				Total
		Excelente	Buena	Regular	Mala	
<b>Estrategias de Afrontamiento</b>	Afrontamiento Adaptativo	13	35	0	0	48
	Afrontamiento centrado al problema	0	6	3	0	9
	Afrontamiento centrado a la emoción	0	0	11	0	11
	Afrontamiento desadaptativo	0	0	16	16	32
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>41</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Nota: Tabla cruzada Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida; Fuente: Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida. Autor: González, J. (2016).

### Análisis:

Según la tabla se observa que 13 personas presentaron calidad de vida excelente y se relaciona con afrontamiento adaptativo, 41 personas presentaron calidad de vida buena y se relaciona con afrontamiento adaptativo, 16 personas presentaron calidad de vida regular y se relaciona con afrontamiento desadaptativo al igual que 16 personas con calidad de vida mala y se relaciona con afrontamiento desadaptativo.



### Interpretación:

Se evidencia que la calidad de vida excelente, es decir que vive en armonía con los aspectos relacionados a sus expectativas, valores y creencias, sintiendo satisfacción que le permite un desenvolviendo pleno en las esferas de desarrollo, guarda relación con las estrategias de afrontamiento adaptativo, es decir aquellos recursos personales que le permiten a la persona un desempeño óptimo en el ámbito social, familiar, emocional y psicológico teniendo conductas y pensamiento ajustado al contexto social.

### Chi-Cuadrado-Estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	116,042 <sup>a</sup>	9	,000	,000		
Razón de verosimilitudes	145,468	9	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	121,936			,000		
Asociación lineal por lineal	75,686 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	100					

a. 9 casillas (56,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,26.

b. El estadístico tipificado es -8,700.

### Análisis:

Mediante la aplicación de la prueba estadística del chi-cuadrado con la corrección exacta de Fisher se ha encontrado que, si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, por lo que se acepta la hipótesis alterna: [ $X^2= 121,936 =; N=100; P<0.05$ ].



**TABLA 15**

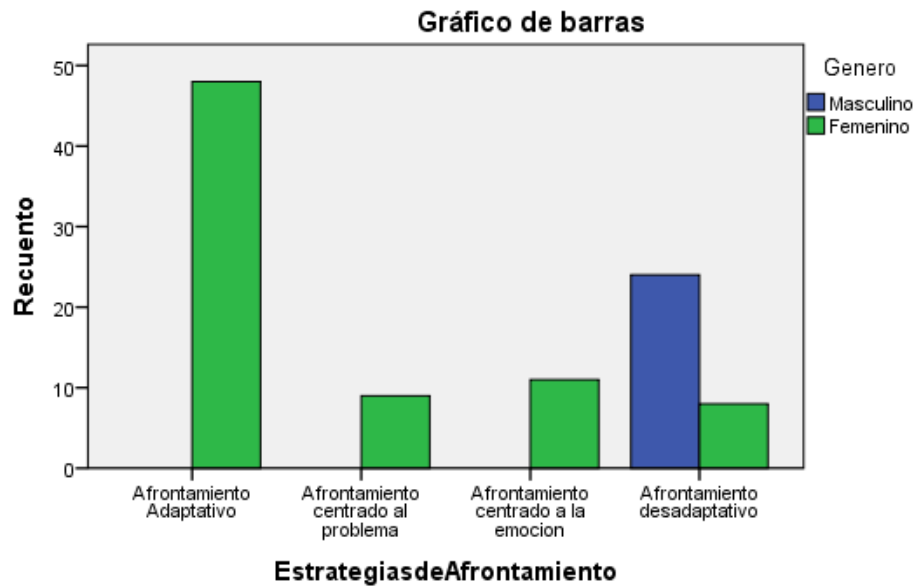
*Estrategias de afrontamiento y género*

		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Estrategias de Afrontamiento	Afrontamiento Adaptativo	0	48	<b>48</b>
	Afrontamiento centrado al problema	0	9	<b>9</b>
	Afrontamiento centrado a la emoción	0	11	<b>11</b>
	Afrontamiento desadaptativo	24	8	<b>32</b>
Total		24	76	<b>100</b>

Nota: Estrategias de afrontamiento y género; Fuente: Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida. Autor: González, J. (2016)

Tabla 1. Género y estrategias de afrontamiento

Elaborado por: González J. (2017).



### Análisis:

Según la gráfica se evidencia que 48 personas de género femenino presentaron afrontamiento adaptativo, 9 del mismo género afrontamiento centrado al problema, 11 afrontamiento centrado en la emoción y 8 afrontamiento desadaptativo, mientras que 24 personas del género masculino presentaron afrontamiento desadaptativo.

### Chi cuadrado-Estrategias de afrontamiento y género:

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	34,211 <sup>a</sup>	3	,000	,000		
Razón de verosimilitudes	43,674	3	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	35,522			,000		
Asociación lineal por lineal	28,059 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	100					

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,16.

b. El estadístico tipificado es 5,297.

### Análisis:

Mediante la aplicación de la prueba estadística del chi-cuadrado con la corrección exacta de Fisher se ha encontrado que, si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el género, por lo que se acepta la hipótesis alterna: [ $X^2= 28,059 =$ ;  $N=100$ ;  $P<0.05$ ].

**TABLA 16*****Afrontamiento y localización del tumor*****Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Estrategias de Afrontamiento * Calidad de Vida	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Nota: Resumen De Procesamiento De Casos de afrontamiento y localización del tumor; N. validos (100- 100.0%), N perdidos (0- 0,0%) total N (100- 100,0%). Fuente: Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida. Autor: González, J. (2016)

**Análisis:**

De acuerdo a los datos ingresados en el programa SPSS, un total de 100 personas que representan el 100% de los casos, y no se han encontrado errores ni casos perdidos al ingresar los datos.

**TABLA 17****Tabla cruzada**

Estrategias de afrontamiento\* Localización de tumor tabulación cruzada

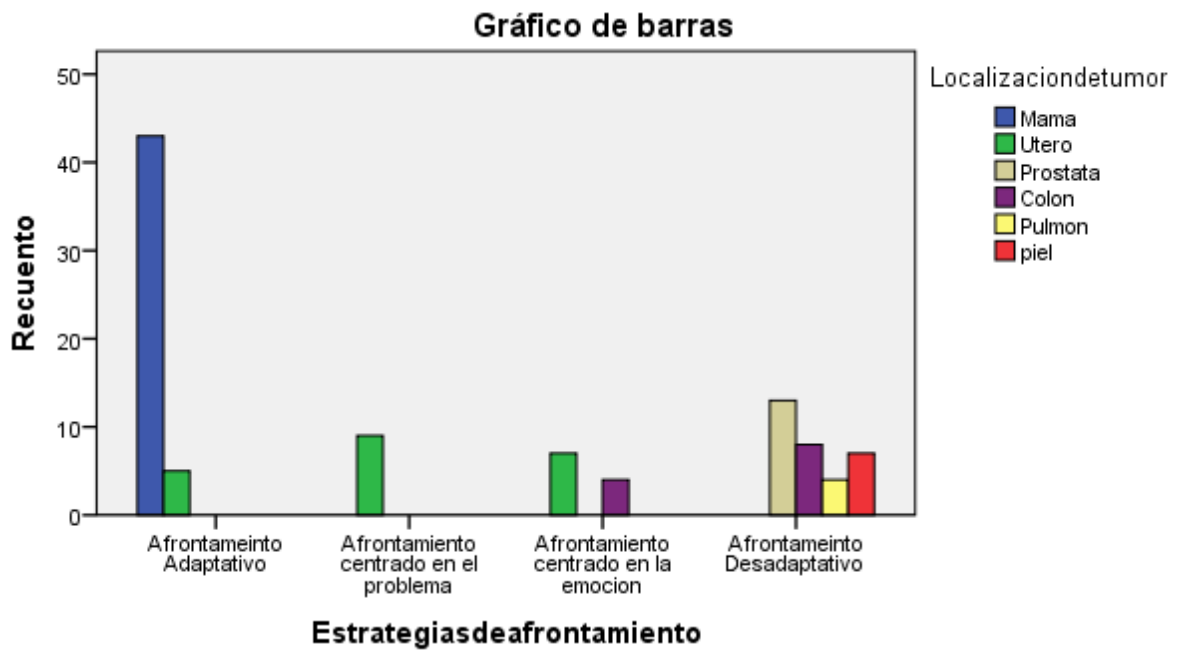
Recuento

		Localización de tumor						Total
		Mama	Útero	Próstata	Colon	Pulmón	piel	
Estrategias de afrontamiento	<b>Afrontamiento Adaptativo</b>	0	5	0	0	0	0	48
	<b>Afrontamiento centrado en el problema</b>	0	9	0	0	0	0	9
	<b>Afrontamiento centrado en la emoción</b>	43	7	0	4	0	0	11
	<b>Afrontamiento Desadaptativo</b>	0	0	13	8	4	7	32
Total		43	21	13	12	4	7	100

Nota: tabla cruzada Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida. Fuente: Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida. Autor : González, J. (2016)

**Análisis:**

Según la tabla anterior se evidencia que 43 personas con cáncer de mama presentan afrontamiento centrado en la emoción, 9 personas con cáncer de útero y se relaciona con afrontamiento centrado al problema, 13 personas con cáncer de próstata y se relacionan con afrontamiento desadaptativo, mientras que 8 personas con cáncer de colon igual muestran afrontamiento desadaptativo al igual que los que presentaron cáncer de pulmón y piel.



**Interpretación:**

Se evidencia según el gráfico que existe relación entre el afrontamiento adaptativo y la localización del tumor, específicamente el tumor en mama y útero guardan relación con el afrontamiento adaptativo.

## Chi cuadrado-estrategias de afrontamiento y localización de tumor

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	159,921 <sup>a</sup>	15	,000	.		
Razón de verosimilitudes	175,029	15	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	144,593			,000		
Asociación lineal por lineal	74,085 <sup>c</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	100					

a. 18 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

b. No se puede efectuar el cálculo porque no hay suficiente memoria.

c. El estadístico tipificado es 8,607.

### Análisis:

Mediante la aplicación de la prueba estadística del chi-cuadrado con la corrección exacta de Fisher se ha encontrado que, si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el género, por lo que se acepta la hipótesis alterna: [ $X^2= 74.085 =;$   $N=100;$   $P<0.05$ ].

## CAPÍTULO V

### 8.2 Conclusiones y recomendaciones

#### 8.2.1 Conclusiones:

- Después del análisis de los resultados obtenidos a través de las evaluaciones se pudo determinar que las estrategias de afrontamiento si tienen relación con la calidad de vida en pacientes oncológicos, y esta relación se podría considerar que es positiva y en rango menor negativa, ya que 35 personas que presentaron calidad de vida buena se relaciona con afrontamiento adaptativo, y a su vez 16 personas que presentaron calidad de vida regular y mala se relacionan de manera directa con afrontamiento desadaptativo.
- De igual forma se ha podido identificar los tipos de estrategias de afrontamiento más frecuentes en los pacientes oncológicos son; Afrontamiento adaptativo presente en 48 personas y tiene que ver con la facilidad de las personas en la aceptación y asimilación positiva y asertiva frente a dificultades, 31 personas afrontamiento desadaptativo, a quienes se les dificulta la aceptación de problemas y situaciones estresantes, 12 personas mostraron afrontamiento centrado en la emoción y finalmente 9 personas que mostraron afrontamiento centrado en el problema.
- En relación al género y las estrategias de afrontamiento se encontró que del total de personas que formaron parte en la investigación es decir que, de las 100 personas, 48 mostraron u obtuvieron afrontamiento adaptativo y corresponden al género femenino, mientras que 24 personas de género masculino se relacionaron con estrategias de afrontamiento desadaptativo.

- En relación a las estrategias de afrontamiento y la localización del tumor se evidencia que 43 personas con cáncer de mama presentan afrontamiento centrado en la emoción, 9 personas con cáncer de útero y se relaciona con afrontamiento centrado al problema, 13 personas con cáncer de próstata y se relacionan con afrontamiento desadaptativo, mientras que 8 personas con cáncer de colon igual muestran afrontamiento desadaptativo al igual que los que presentaron cáncer de pulmón y piel.
- Se ha podido evidenciar también que 41 personas presentan calidad de vida buena, es decir que sus componentes cognitivos y emocionales tienen estabilidad y saben aceptar y afrontar las situaciones de su vida, 30 personas tienen calidad de vida regular, es decir que la persona no tiene complacencia consigo mismo y llega incluso a desarrollar frustración, 16 personas presentaron calidad de vida mala y solamente 13 personas mostraron un nivel de calidad excelente.

### **8.2.2 Recomendaciones:**

- Sería adecuado fomentar entre los pacientes evaluados los aspectos y características esenciales de la calidad de vida, dar a conocer los principios fundamentales para desarrollar niveles de calidad de vida óptimos que permitan afrontar la situación actual que atraviesan a través de talleres de socialización de la información obtenida, considerando que la calidad de vida si se relaciona con las estrategias de afrontamiento.
- Se debería desarrollar un plan terapéutico que este encaminado al apoyo en especial a las personas que mostraron tipo de afrontamiento desadaptativo, a través de un enfoque cognitivo conductual que este encaminado a la modificación de la percepción en relación al problema y la emoción que son otro tipo de afrontamiento que obtuvieron los pacientes, por lo que sería indispensable proporcionar apoyo, además de incluir a las familias de los mismos para conseguir una mejor y más amplia red de apoyo.
- En relación a la calidad de vida sería indispensable lograr que a través del apoyo familiar o de los cuidadores primarios se pueda desarrollar actividades dentro de



la institución que permita que las personas con calidad de vida mala y regular puedan mejorar sus niveles, se debería planificar actividades conjuntas de recreación y talleres de inclusión que ayuden a las personas a tener un mejor nivel de calidad de vida.

- Sería recomendable realizar un taller dirigido a los pacientes con el fin de abordar temas e equidad de género, y como desarrollar las estrategias de afrontamiento adaptativas que permitan afrontar la situación que atraviesa con el diagnóstico de cáncer, realizar estos talleres con el apoyo del personal del hospital y de esta forma lograr mayor alcance y mejores resultados que beneficien a los pacientes oncológicos y sus familiares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, B. Buzo, J. Nery-Huerta, P., Ortiz V. (2014) Calidad de vida y Afrontamiento en pacientes con cáncer y Sida de Paraguay, Scielo, V(1), 82-96.
- Alcoser, Y. (2010). La calidad de vida de pacientes con diagnostico de diabetes . Repositorio Digital UCE, 123-143.
- Arraras, J., Maite, M., & Nuria, A. (2014). La evaluacion de la calidad de vida en pacientes oncologicos. *Psicooncologia*, I(1), 87-98.
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Redalyc*, XXVI(2), 161-164.
- Ballesteros, B., Caycedo, C., & Medina, A. (17 de Julio de 2006). El Bienestar Psicologico definido por asistentes a un servicio de consulta psicologica en Bogota. *Publicaciones de la Pontificia Universidad Javeriana*, V(2), 239-258.
- Baron, R., & Byne, J. (1994). *Social Psychology, Understanding human interaction*. Boston: Boston: Allyn and Bacon.
- Barra, E. (1998). *Psicologia Social*. Malaga: Publicaciones de la Universidad de Concepcion.
- Barragan, J., & Rodriguez, G. (2013). Valoracion de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, el dolor cronico en personas con cancer. *Chia Colombia Publicaciones*, XIII(3), 322-353.
- Barrenechea, A., Lopez, S., & Viera, A. (2006). El bienestar psicologico como indicador de salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, VII(4), 9-34.
- Beck, A. (2003). *Preposiciones cognosictivas y aproximaciones teoricas a la teoria cognitiva* (Vol. X). Madrid: ISBN, Publications.
- Cassulo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en iberoamérica*. Texas: Paidós.

- Castro, A. (2011). Evaluacion de la calidad de vida en ninos con diagnostico de sindrome de down. *Publicaiones de la UTPL*, II(1), 65-76.
- Castro, A. (2011). Evaluacion de la calidad de vida en ninos con diagnostico de Sindrome de Down. *Publicaiones de la UTPL*, 65-76.
- Contini Norma, E. A. (21 de junio de 2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicologia*, XXI(1), 66-72.
- Garcia, D., & Gonzales, M. (2016). Variacion de los niveles de cortisol y su relacion con el optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cancer de mama. *Acta Colombia de Psicologia*, XIX(1), 103-112.
- Gaviria, E., & Lopez, M. (2001). *Introduccion a la Psicologia Social*. Barcelona: Sans y Torres UNED.
- Gutierrez, O., Luciano, C., & Paez, M. (2011). Tratamiento psicologico para el cancer, estudio comparativo entre estrategias de afrontamiento y control cognitivo. *Psicooncologia*, IV(1), 75-95.
- Mahoney, R. (2001). *Teorias cognitivas, historia, conceptos e implicaciones teoricas*. Lisboa: Words, Publicactions.
- Martinez, A., Parra, M., & Zarasaga, E. (2012). Represion emocional y estrategias de afrontamiento en el dolor cronico concologico. *Psicothema, Oncologia Clinica*, XII(3), 339-345.
- Medina, D. (2012). Estrategias de Afrontamiento y su relacion con el autoestima . *Repositorio digital de la UCE*, 176-198.
- Montañez, M. (2006). *Las emociones desde una perspectiva psicologica*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- Moreno, B., & Ximenez, c. (1996). Evaluacion de la calidad de vida. *Manual de evaluacion en psicologia clinica y salud*, 1045-1070.

- Nava, C., Trujillo, R., & Vega, C. (2013). Estrategias de afrontamiento, niveles de estrés y variación psicológica en niños con cáncer. *Alternativas en Psicología*, XI(5), 92-105.
- O.M.S. (2009). *Hablar de bienestar psicológico en el siglo XX*. Ginebra: Publicaciones OMS.
- Ofman, S., & Pereyra, C. (2016). Influencias de la hipertensión sobre el estilo de vida y las estrategias de afrontamiento. *Ofman Psychology*, IX(3), 145-165.
- Orozco, L., & Vinaccia, E. (2012). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas. *Publicaciones de la Universidad de Buenaventura*, I(2), 125-137.
- Quiceno, M., & Riveros, M. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud, estrés y afrontamiento en pacientes con diagnóstico de cáncer y en proceso de quimioterapia. *Psicología desde el Caribe*, VII(6), 123-143.
- Reins, A. (2002). *La complejidad de la estructura cognitiva, desarrollo y evolución conceptual*. Murcia: World Reference INC.
- Redalyc. (Mayo-agosto de 2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, XXIV(85), 1-10.
- Rodas, S. (2012). *Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión*. Cuenca: Publicaciones de la Universidad Estatal de Cuenca.
- Rodríguez, J., & Rubio, J. (2011). Reacción frente al diagnóstico de cáncer de un hijo: estrés y estrategias de afrontamiento. *Psicología y Salud Madrid*, XIX(2), 189-196.
- Rodríguez, J., & Soria, R. (2011). Afrontamiento, apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer. *Psicothema*, VIII(7), 349-372.
- Rodríguez, J., & Santuán, J. (2013). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes. *Anales de psicología*, XVI(2), 111-121.
- Ronquillo, J. (2011). *Evaluación de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama*. Publicaciones de la Universidad Católica de Guayaquil, 34-54.

- Ruales, M. (2013). Estrategias de afrontamiento y su relacion con el bullyng en adolescentes de Cuenca. Publicaciones de la Universidad Estatal de Cuenca, 123-54.
- Rubin, Z., & Peplau, A. (2003). Who believes in a just world? Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Salcido, E., & Tiban, H. (2014). Evaluacion de la calidad de vida y el cancer en pacientes en etapa inicial. Anaurio de Psicologia, XV(4), 41-50.
- Samaniego, C. (1999). Las emociones comunes en el ser humano. Chillan, Chile: Publicaciones de la Universidad Catolica de Chile.
- SOLCA. (2014). Registro de personas que han acudido a consulta por diagnostico de cancer de cualquier tipo. Guayaquil: Publicaiones de la bases de datos del Hospital Alberto Gilbert.
- Trujanos, R., & Vanegas, H. (2013). Valoracion de la calidad de vida en pacientes con cancer y diabtes tipo i. *Alternativas psicologicas, publicaciones semestrales*, VI(2), 123-143.
- Villegas, J. (2012). Estrategias de afrontameinto de madres con niños menores a cinco años que estan en la Unidad de cuidado intensivos. Repositorio de la Universidad Central del Ecuador, 124-144.

## LINKOGRAFÍA:

Blanch, J. (2014). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y Calidad De Vida en pacientes con enfermedades catastróficas. *Papeles Del Psicólogo*, 35 (1), 40-47. Recuperado De <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2320.pdf>

Contreras, F., Espinosa, J., Hernández, F. Y Acosta, N. (2013). Calidad De Vida de pacientes con cáncer de mama. En Un Centro Oncológico De Bogotá (Colombia). *Psicología Desde El Caribe*, 30 (3), 569-590. Recuperado De <Http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Psdc/V30n3/V30n3a07.Pdf>

Naciones Unidas, Comisión Europea Y La Oficina Estadística Europea. (2009). *Indicadores De Calidad De Vida*. Instituto Nacional De Estadística. Recuperado De:

[Http://Www.Ine.Es/Ss/Satellite?L=Es\\_Es&C=Inepublicacion\\_C&Cid=1259937499084&P=1254735110672&Pagename=Productosyservicios%2fpyslayout&Param1=Pysdetalle Gratuitas&Param2=1259944627273&Param4=Mostrar](Http://Www.Ine.Es/Ss/Satellite?L=Es_Es&C=Inepublicacion_C&Cid=1259937499084&P=1254735110672&Pagename=Productosyservicios%2fpyslayout&Param1=Pysdetalle Gratuitas&Param2=1259944627273&Param4=Mostrar)

OMS. (Diciembre de 2013). *Organizacion mundial de la salud*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)  
Organizacion Mundial de Derechos Humanos. (1948). *Declaracion universal de derechos humanos*.

Uribe, P. M. (2010). *Hacia una axiología compleja de la organización* . Recuperado de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/9/1032/fisec\\_estrategias\\_n14m1pp145\\_179.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/9/1032/fisec_estrategias_n14m1pp145_179.pdf)

Vivas, K., & Nasimba, G. (2009). *Repositorios digitales y bibliotecas ecuador*. Recuperado el 18 de noviembre de 2014, de <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/6943/1/t-espe-047269.pdf>

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO:**

Proquest: Pulido-Acosta, F., Y Herrera-Clavero, F. (2016). Investigación. Estrategias de Afrontamiento y técnicas de autoayuda. 13(1), 179-190. Doi:[Http://Dx.Doi.Org/10.5944/Ap.13.1.15560](http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.15560).

Proquest: Cupani, M., Y Zalazar-Jaime, M. (2014). Estrategias de afrontamiento. Revista Colombiana De Psicología, 23(1), 57-71. Recuperado De [Https://Search.Proquest.Com/Docview/1677204567?Accountid=36765](https://search.proquest.com/docview/1677204567?accountid=36765)

Proquesttoro, A. (2006). Calidad de vida en enfermedades hospitalarias. De La Comunidad Evangélica, 2(6), 47-60. Recuperado De [Https://Search.Proquest.Com/Docview/750061875?Accountid=36765](https://search.proquest.com/docview/750061875?accountid=36765)

Redalyc, Triviño, V., Zaider, & Gabriel. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Redalyc*, 20-31. DOI 10.1590/1809-98232016019.140215.

Scopus. Lobo, A. (2009). Motivación Para La Actividad Física Y Su Relación Con La Calidad De Vida. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 12 (3), 405-415. Doi 10.1590/1809-9823.2009.00008

Scopus. Vélez, C., Escobar, M. Y Pico, M. (2016). Calidad De Vida En Personas Oncológicas En Una Ciudad Intermedia Colombiana, 2012-2013. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 19 (3), 415-427. Doi 10.1590/1809-98232016019.140215

## Anexos 1



**FACULTAD CIENCIAS DE LA  
SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGIA  
CLINICA**



### “CONSENTIMIENTO INFORMADO”

#### **TEMA DE LA INVESTIGACION: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS”**

El presente trabajo tiene como finalidad la elaboración del proyecto de investigación para obtener el título de psicóloga clínica, la investigación la realiza **Jessica Lissette Gonzales Vallejo**, egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

El objetivo del presente proyecto de investigación es determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Antes de proporcionar su autorización y consentimiento para participar en la investigación, por favor lea detenidamente las siguientes pautas en las que se llevara a cabo el estudio.

**Información del estudio:** en el estudio se investigará los tipos de estrategias de afrontamiento de los pacientes oncológicos, además de medir los niveles de calidad de vida.

**Riesgos del estudio:** la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física, emocional, tampoco su atención y tratamiento en el hospital.

**Beneficios:** la información obtenida será utilizada solo para la investigación, y será de gran utilidad para el desarrollo de futuras investigaciones en esta población, por ello es indispensable el aporte que pueda proporcionar al participar en la investigación.



**Confidencialidad:** La información que será recogida será guardada bajo total y completa confidencialidad, respetando así su derecho.

**Preguntas:** si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números 0983762810: 0995041226– 032840490. De antemano agradezco su colaboración.

Yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con cédula de identidad \_\_\_\_\_, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en la investigación, estoy de acuerdo con la información que he recibido, reconozco que la información que proporcione es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre mi participación sin que esto acarree perjuicio alguno.

Investigadora: \_\_\_\_\_

**Jessica Lissette Gonzales Vallejo**

CC: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Cc: \_\_\_\_\_

## Anexos 2

### Escala De Estrategias De Afrontamiento De Lazarus

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

- 0 — En Absoluto
  - 1 — En Alguna Medida
  - 2 — Bastante
  - 3 — En Gran Medida
- 

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso). (            )
2. Intente analizar el problema para comprenderlo mejor. (            )
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. (            )
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar. (            )
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación (            )
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada (            )
7. Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión (            )
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema (            )
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo (            )

10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta ( )
11. Confié en que ocurría un milagro ( )
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte) ( )
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada ( )
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos ( )
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno ( )
16. Dormí más de lo habitual ( )
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema ( )
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona ( )
19. Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor ( )
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo ( )
21. Intenté olvidarme de todo ( )
22. Busqué la ayuda de un profesional ( )
23. Cambié, maduré como persona ( )
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada ( )
25. Me disculpé o hice algo para compensar ( )
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí ( )
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que quería ( )
28. De algún modo expresé mis sentimientos ( )
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema ( )
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré ( )
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema ( )
32. Me alejé del problema por un tiempo, intenté descansar o tomarme unas vacaciones ( )
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. ( )
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado ( )
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso ( )
36. Tuve fe en algo nuevo ( )
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara ( )

38. Redescubrí lo que es importante en mi vida ( )
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien ( )
40. Evité estar con la gente ( )
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo ( )
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo ( )
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas ( )
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio ( )
45. Le conté a alguien como me sentía ( )
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería ( )
47. Me desquité con los demás ( )
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar ( )
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien ( )
50. Me negué a creer lo que había ocurrido ( )
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez ( )
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema ( )
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada el respecto ( )
54. Intenté que mis sentimientos no interfieran demasiado con mis cosas ( )
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía ( )
56. Cambié algo en mí ( )
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente ( )
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo ( )
59. Fantasíe e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas ( )
60. Recé ( )
61. Me prepararé mentalmente para lo peor ( )
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría ( )
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo ( )
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. ( )

65. Me recordé a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas. (                    )
66. Corrí o hice ejercicio (                    )
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo) (                    )

### **ANEXOS 3**

Universidad Técnica de Ambato  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Carrera de Psicología Clínica

#### **Cuestionario de Salud SF-36**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

**1.- En general, usted diría que su salud es:**

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

**2.- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

- 1  Mucho mejor ahora que hace un año
- 2  Algo mejor ahora que hace un año
- 3  Más o menos igual que hace un año
- 4  Algo peor ahora que hace un año
- 5  Mucho peor ahora que hace un año

**3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**5.- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**6.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**7.- Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**8.- Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**12.- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

- 1  Sí
- 2  No

**14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?**

- 1  Sí
- 2  No

**15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

- 1  Sí
- 2  No

**16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?**

- 1  Sí



2  No

**17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

1  Sí

2  No

**18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

1  Sí

2  No

**19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

1  Sí

2  No

**20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

**21.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

1  No, ninguno

2  Sí, muy poco

3  Sí, un poco

4  Sí, moderado

- 5  Sí, mucho
- 6  Sí, muchísimo

**22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

**23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces

**24.- Mi salud es Excelente**

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

**25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre

- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre

- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**32. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre

- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

**33. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  Nunca

**34. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.**

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

**35. Estoy tan sano como cualquiera.**

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

**36. Creo que mi salud va a empeorar.**

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falso
- 5  Totalmente falso