

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adultos con cáncer

Andrea Alejandra Fajardo Duarte

Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana

Septiembre, 2013

Resumen

En este artículo se hace una revisión acerca de las consecuencias emocionales para aquellos que padecen cáncer y cómo éstas se relacionan con la calidad de vida de los mismos. Asimismo, se discuten las estrategias de afrontamiento como recurso psicológico para hacerle frente a la enfermedad. Aunque la vivencia de la enfermedad es diferente para cada una de las personas que la padecen, se han descubierto relaciones positivas entre ciertas estrategias utilizadas y la calidad de vida, proporcionando así una mirada más holista del cáncer en la vida de las personas.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, calidad de vida, distrés emocional, estrategias de afrontamiento.

Abstract

This article makes a review about the emotional consequences for those with cancer and its relation with their quality of life. Additionally, coping strategies as psychological resources are discussed. Although the experience of the disease is different for each person who has it, there has been found positive relationships between certain strategies used and the quality of life, providing a more holistic view of cancer in the people's life.

KEYWORDS: Cancer, quality of life, emotional distress, coping strategies.

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adultos con cáncer

El presente artículo busca describir a gran escala las estrategias de afrontamiento que promuevan la adaptación a esa nueva condición y cómo éstas permiten una mejor o peor calidad de vida en los adultos que padecen de cáncer. Esto mediante una breve introducción que permita estudiar la enfermedad desde la esfera emocional y cómo ésta se relaciona con la calidad de vida de aquellos que la padecen. Adicionalmente, se conceptualizará el constructo de calidad de vida y se describirán las diferentes estrategias de afrontamiento en el cáncer que se han encontrado hasta el momento. Finalmente, se presentarán los diversos estudios realizados que buscan comprobar la existencia de una relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en el cáncer.

De acuerdo con las últimas estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es una de las principales causas de muerte a escala mundial. Así, se le atribuyeron 7,6 millones de defunciones, aproximadamente el 13% del total ocurridas en todo el mundo en el 2008. Adicionalmente, se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030 (OMS, 2013). En concordancia con lo anterior, cifras presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (2013) indican 12 millones de casos nuevos anualmente en el mundo y 70 mil casos anuales de cáncer en Colombia.

Estas cifras resultan de gran impacto, puesto que no solo evidencian las altas probabilidades de padecer esta enfermedad en algún momento de la vida sino que éstas pueden conllevar a la asunción de resultados diferentes a la muerte para aquellos que la padecen, pues se esperan a su vez altas tasas de prevalencia de trastornos psicosociales y emocionales relacionados con la misma (Bultz & Holland, 2006).

Esto ha generado un cambio a nivel social y ético en la mirada hacia la intervención de los pacientes con cáncer, especialmente en las instituciones que prestan servicios de salud, quienes ahora reconocen y tienen como meta final el cuidado global del paciente con este cuadro, además de la cura específica (Ferrandina et al., 2012).

Lo anterior justifica una mirada holística de los pacientes con cáncer, quienes deben asumir consecuencias no sólo en relación con los cambios físicos dados por la enfermedad, sino que también deben enfrentarse a todos los cambios relacionados con el estilo de vida, aspectos emocionales, sociales y espirituales, que hacen de ésta un proceso multidimensional que exige del paciente la utilización de estrategias internas y externas para lograr adaptarse a esta nueva condición (Alarcón, 2006, citado por Payán, Vinaccia & Quiceno, 2011; Greer, 2008).

A pesar de las altas cifras de mortalidad reportadas anteriormente, también se hace cada vez más evidente la supervivencia de los pacientes con cáncer y la vida de los mismos con esta enfermedad como enfermedad crónica. Esto ha generado un acercamiento centrado en el paciente desde un enfoque psicosocial. Evidencia de lo anterior es la promoción por parte de la *Canadian Strategy for Cancer Control* del distrés emocional como el sexto signo vital que debe ser revisado de manera rutinaria, junto con el pulso, la respiración, la presión sanguínea, la temperatura y el dolor (Bultz & Holland, 2006).

En concordancia con lo anterior, Carlson y Bultz (2003a) afirman que una proporción significativa de pacientes con cáncer en cualquier estadio de la enfermedad sufrirán de distrés social, emocional y psicológico, como resultado del diagnóstico de cáncer y su tratamiento. De acuerdo con el National Comprehensive Cancer Network (2002, citado por, Carlson, et al, 2004), el distrés se puede definir como:

Una experiencia emocional desagradable multideterminada de carácter psicológico (cognitiva, conductual, emocional), social y / o de naturaleza espiritual que puede interferir con la capacidad de hacer frente con eficacia al cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. Distrés se extiende a lo largo de un continuo, desde los sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor a los problemas que pueden llegar a ser incapacitantes, como la depresión, la ansiedad, el pánico, el aislamiento social y la crisis espiritual (p. 2297).

Teniendo en cuenta la definición anterior, se hacen evidentes las consecuencias multidimensionales que pueden llegar a padecer aquellos individuos que tienen la enfermedad y presentan algún nivel de distrés. Así, el distrés se refiere principalmente a síntomas de ansiedad, depresión y síntomas de adaptación relacionados con la experiencia del cáncer (Carlson & Bultz, 2003b)

Individuos provenientes de una minoría étnica, con menores ingresos económicos, jóvenes y mujeres son variables que están altamente asociadas con altos niveles de distrés (Akin, Can, Aydiner, Ozdilli & Durna, 2010; Carlson et al., 2004; Walker, Zona & Fisher, 2006; Strong et al., 2007). Por ende, la prevalencia del distrés varía de acuerdo con la población estudiada, el tipo de cáncer que padecen los participantes de los estudios y los instrumentos que utilizan para medirlo, como se evidenciará a continuación.

Así pues, Carlson et al. (2004) evaluaron el nivel de distrés en una muestra de 2776 pacientes diagnosticados con cáncer, a partir del Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18). Este instrumento tiene una escala global y tres subescalas que miden niveles de somatización, depresión y ansiedad. Entonces, el 38% de la muestra cumplía con los criterios para el distrés global, con

algunas variaciones en la prevalencia de cada subescala, en donde la somatización fue la más alta (39.7%), seguida de la depresión (36.3%), y la ansiedad (30.3%).

Otro de los estudios realizados en una población de mujeres con cáncer de seno en el Perú encontró por medio del Inventario de Depresión de Beck que el 38% de la misma presentaba algún grado de sintomatología depresiva (Valle y col., 2006). Por otro lado, de acuerdo con la literatura revisada por Strong, et al. (2007) los índices de prevalencia de distrés emocional clínicamente significativo, definido como casos de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer varía del 15% al 42%. Sin embargo, en el estudio realizado por ellos con una muestra de 3071 pacientes con diagnósticos de cáncer de colon, seno, ginecológico, genitourinario, sarcoma y melanoma, el 22% de la población resultó con distrés emocional a partir de una puntuación de 15 puntos o más del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Asimismo, Özalp, Sahin, Soygür, Özdemir y Jacobsen (2007) evaluaron el nivel de distrés psicológico en una muestra de 182 pacientes con cáncer en Turquía, utilizando dos instrumentos: el Termómetro de Distrés (DT) y el HADS. De acuerdo con los resultados arrojados por el DT, el 59,39% de los pacientes padecían distrés psicológico, mientras que el HADS estableció que el 37,2% de la población evaluada tenía niveles clínicamente significativos de distrés.

Lo anterior permite no sólo determinar la existencia de distrés en pacientes con cáncer (Carlson & Bultz, 2003a), sino la necesidad de evaluar de manera sistemática esta problemática con instrumentos que sean válidos y confiables, con el fin de atender a esta problemática a tiempo, pues el distrés puede interferir con la tranquilidad, la habilidad de tomar decisiones apropiadas con respecto al tratamiento y la adherencia al mismo, así como la interferencia con la calidad de vida de los pacientes (Schroevers, Sanderman, Van Sonderen & Ranchor, 2000; Irvine et al., 1991; Massie & Holland, 1991, citados por Hewitt, Herdman & Holland, 2004).

En este orden de ideas, dado que el distrés es una respuesta emocional hacia el cáncer, éste puede resultar en la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (Madden, 2006). Por ende, es posible describir la existencia de una relación entre el distrés emocional ocasionado por el cáncer y la calidad de vida de aquellos que lo padecen (Hewitt et al., 2004; Turner, Muers, Hawards & Mulley, 2007). En la investigación realizada por Özalp et al. (2007) antes mencionada, se encontró una correlación negativa entre el distrés y la calidad de vida evaluada a partir del QLQ-C30, tanto en la puntuación global, como en las subescalas de funcionamiento en los roles, funcionamiento emocional, cognitivo, social y físico.

En concordancia con lo anterior Trask, Paterson, Fardig y Smith (2003) encontraron que de los 16 pacientes con cáncer evaluados, 30% de ellos reportaron niveles de distrés moderados y altos, lo cual fue asociado con una peor calidad de vida. Asimismo, en el estudio realizado por Fox, Lyon y Farace (2007), se evaluaron síntomas de distrés como la depresión, la fatiga y alteraciones en el sueño, y la calidad de vida en pacientes con gliomas de alto grado. Se encontró que los síntomas de distrés explicaban 29% de la varianza en esta última, siendo la depresión el más alto predictor de la calidad de vida en estos pacientes.

Además, Head et al. (2012) reportaron la investigación de Wlash (2005), quien afirma que los síntomas de distrés y la calidad de vida están inversamente relacionados en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno y que estos síntomas explican el 34% de la varianza en la calidad de vida. Esto apoya los resultados obtenidos por los mismos autores en su investigación, en donde evaluaron el nivel de distrés y la calidad de vida a partir del DT y el Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) respectivamente en un grupo de mujeres con cáncer de seno. Se encontró que aquellas pacientes que se encontraban en un nivel de distrés

moderado a alto presentaban una calidad de vida significativamente baja a comparación de aquellas que presentaban niveles esperados o medios.

Lo anterior permite evidenciar no sólo la relación existente entre el estrés y la calidad de vida, sino la importancia que se le ha venido dando al abordaje de este último como resultado del tratamiento contra el cáncer por las disciplinas involucradas en el mismo (Akin et al., 2010; Carver, Smith, Petronis & Antoni, 2006). Esto porque se sabe que el cáncer y su tratamiento tiene un profundo impacto en la vida de aquellos que la padecen, el cual puede llevar a dificultades en cumplimiento de los roles familiares, la habilidad de trabajar o en la participación en actividades sociales cotidianas. Incluso cuando la enfermedad se ha tratado con éxito, ésta puede llevar a la morbilidad física o psicológica a largo plazo (Velikova et al., 2012). Teniendo en cuenta lo anterior, se precisa presentar el constructo desde diferentes autores y cómo éste es asumido desde el cáncer.

En primer lugar, es importante tener presente que no existe una definición universal del constructo de calidad de vida (Kirkova, 2008). Sin embargo, se entiende que éste involucra conceptos objetivos y subjetivos, siendo éstos últimos los que dificultan el llegar a un consenso en lo que respecta a una definición universal (Cuberos, 2006). Así pues, dentro de las definiciones más conocidas se encuentra la aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la define como “la percepción de un individuo con respecto a su posición en la vida en el contexto cultural y del sistema de valores en el que éste vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Esta definición no sólo resalta la multi-dimensionalidad del constructo, sino hace énfasis en la subjetividad del mismo, al igual que de sus facetas tanto positivas como negativas. Además,

la OMS propone la dimensión física, la psicológica y la social como las mínimas necesarias para tener en cuenta a la hora de comprender la calidad de vida. La primera hace referencia a la percepción de un individuo con respecto a su estado físico, la segunda se refiere a la percepción del individuo con relación a su estado cognitivo y afectivo; y la última se refiere a la percepción del individuo con relación a sus relaciones interpersonales y los roles sociales que desempeña en su vida. Con base en lo anterior, el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) tiene en cuenta seis dominios a la hora de abordar el constructo: el físico, el psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y la espiritualidad y/o religión (Ibíd., 1995).

Por otro lado, Urzúa (2012) hace una revisión teórica del concepto, abordando diversas definiciones que fluctúan de acuerdo con el paradigma desde el que se le mire. Así, si se tiene como base las condiciones de vida y la satisfacción con la vida, la calidad de vida se entiende como la sumatoria de las primeras, establecidas de manera objetiva mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, y los sentimientos subjetivos que tiene un individuo sobre cada área.

Otra de las definiciones aborda la calidad de vida desde la percepción del individuo y cómo ésta se ve modulada por procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas. Entonces, bajo este paradigma, la evaluación de la calidad de vida depende de la relación entre la valoración de las condiciones de vida y la importancia que la persona le otorgue a las mismas. Esto le brinda un carácter dinámico al constructo, puesto que los estándares de valoración de los dominios pueden cambiar con el tiempo.

Lo anterior permite evidenciar que aunque no existe una definición común, sí se han establecido ciertas características universales que describen al constructo, como lo es su multidimensionalidad, su dinamismo y la subjetividad del mismo. Asimismo, la calidad de vida relacionada con la salud resulta un constructo altamente relevante pero que durante años ha sido difícil de definir (Bottomley, 2002).

Así pues, Ebrahim (1995, p. 1384) lo define como “aquellos aspectos de la autopercepción de bienestar relacionados con o afectados por una enfermedad o su tratamiento.” Por otro lado, Urzúa (2010, citado por Urzúa, 2012, p. 69) define la calidad de vida relacionada con la salud como “el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.” Finalmente, Akin et al., (2010, p. 400) describen el constructo como “un concepto multifactorial e incluye los efectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y el funcionamiento psicológico y físico.” Aunque se hace evidente la falta de un acuerdo universal con respecto al constructo, la información derivada de su estudio ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (Urzúa, 2010).

En relación específica con el cáncer, Leplege y Hunt (1997, citado por Bottomley, 2002, p. 120) definen la calidad de vida relacionada con la salud como aquel concepto que “abarca las percepciones negativas y positivas de los síntomas de los pacientes con cáncer, incluyendo las funciones físicas, emocionales, sociales y cognitivas, y más importante aún, los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.”

Adicionalmente, Cella y Tulsky (1993, citado por Cormier, Cromwell & Ross, 2012, p.245) definen la calidad de vida como “un constructo multidimensional que abarca el bienestar físico,

funcional, emocional, social y familiar.” Así pues, en el contexto del cáncer, el bienestar físico hace referencia a los síntomas relacionados con la enfermedad, como dolor, náuseas, fatiga y los efectos secundarios del tratamiento. El bienestar funcional se refiere a la habilidad del individuo de llevar a cabo actividades de la vida diaria, como caminar, bañarse y vestirse. Asimismo, el bienestar emocional está relacionado con la habilidad de hacer frente a la enfermedad y refleja sentimientos que van desde el gozo al distrés. Finalmente, el bienestar social y familiar se refiere a la calidad de las relaciones con la familia y amigos, así como a la proporción de interacciones sociales del individuo enfermo (Cella & Nowinski, 2002, citado por Cormier et al., 2012, p.245).

Entonces, el cáncer y su tratamiento repercuten en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de los individuos que la padecen. Es por esto que gran parte de las investigaciones relacionadas con la calidad de vida en el cáncer se han enfocado en aquellos factores que inciden o están relacionados de manera positiva y/o negativa con la misma. Así pues, la American Cancer Society (2007, citado por Akin et al., 2010) ha identificado cuatro factores de la calidad de vida que afectan a los pacientes con cáncer y sus familias: el físico, el psicológico, el social y el espiritual.

Por otro lado, en la investigación realizada por Akin, et al., (2010) en pacientes con cáncer de pulmón, se encontró que los adultos mayores, de sexo masculino, solteros, con bajos niveles de educación, bajo rendimiento físico y la percepción de un bajo ingreso económico eran aquellos que necesitaban un mayor apoyo físico, psicológico y social para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, en relación con la edad, Hack et al. (2010) encontraron que ésta era un predictor significativo de bienestar físico y psicológico en mujeres con cáncer de seno, siendo las mujeres jóvenes las que reportaban peor calidad de vida a diferencia de las mayores.

Adicionalmente, la investigación realizada por Carver et al (2006) con pacientes sobrevivientes de cáncer de seno concluyeron que aquellas que eran hispánicas y solteras en el momento del tratamiento presentaban mayores sentimientos negativos, mayor evitación social, un nivel más alto de distrés con respecto al futuro de sus familias y con respecto a la posibilidad de recurrencia, dimensiones que evalúan el nivel de calidad de vida y que la afectan de manera directa.

Asimismo, Lee et al. (2007) estudiaron los factores que afectaban la calidad de vida en pacientes con cáncer de seno recurrente en Corea, dividiendo la muestra en pacientes post-tratamiento, pacientes en tratamiento y pacientes sin tratamiento. Así, las pacientes en tratamiento y las que no habían recibido tratamiento al cáncer recurrente reportaron menores niveles de calidad de vida general, así como en las puntuaciones de funcionamiento físico, social y de roles y altas puntuaciones en fatiga, dolor y pérdida del apetito. Encontraron que factores como la ausencia de comorbilidad, estar en el grupo post-tratamiento, estar involucradas en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, el no haber tenido problemas antes de la cirugía y el recibir un buen cuidado general estaban relacionados de manera positiva con la calidad de vida general.

Además, Sánchez, Ballesteros y Anzola (2010), evaluaron la calidad de vida y su concepto en mujeres con cáncer de seno a través de un estudio cualitativo. Así, encontraron que existían diferentes factores que afectaban en mayor o menor medida la calidad de vida de las pacientes, dependiendo del grupo de edad en la que se encontraban. En el grupo de menores de 40 años se destacó la preocupación por el derecho y la oportunidad de tener un buen tratamiento. En el grupo de 41 a 50 años se hizo evidente la posibilidad de poder manejar la enfermedad y ver la respuesta al tratamiento. En el grupo de 51 a 60 años tuvo importancia la capacidad funcional y

de disfrute, a pesar de padecer la enfermedad. Finalmente, en el grupo de mayores de 60 años se resaltó la importancia del bienestar espiritual.

Adicional a lo anterior, mediante el estudio léxico del significado individual del concepto de calidad vida para cada una de las participantes del estudio, se encontró que los conceptos de bienestar y gozar de buena salud fueron los más frecuentemente relacionados con la calidad de vida. Pero más interesante aún resultan las tres dimensiones constitutivas del concepto encontradas a partir del análisis, a saber: salud no solo como ausencia de síntomas y enfermedad, sino como capacidad de disfrutar funciones nutricias y afectivas, capacidad de autonomía o de sana dependencia y armonía familiar y social.

Por su parte, Fox et al. en el 2007 encontraron que en los pacientes con gliomas de alto grado, síntomas como la fatiga, la depresión, la dificultad para dormir y la discapacidad cognitiva estaban altamente relacionados con la calidad de vida. Además, Lee et al. (2013) estudiaron la incidencia de la noción del estado de la enfermedad en la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal, concluyendo que aquellos que conocían su estado de salud como incurable presentaban mayor funcionalidad emocional, social y en sus roles, y menor fatiga, pérdida de apetito, constipación y menores dificultades económicas. Lo anterior lo justifican los investigadores mediante el argumento que el conocer el status de su enfermedad les permite a los pacientes recibir un tratamiento más apropiado que aquellos que lo desconocen, mejorando así su calidad de vida en las diferentes dimensiones evaluadas.

Entonces, los resultados de las investigaciones dan a conocer diversos factores que afectan y a su vez constituyen la calidad de vida en los pacientes que padecen cáncer, pero al mismo tiempo se evidencia que éstos dependen de las variables que los investigadores desean evaluar, la

muestra de pacientes estudiados y el cáncer que padecen, así como de los instrumentos utilizados para su evaluación, ya sean cualitativos o cuantitativos. Además, los resultados confirman la multidimensionalidad y subjetividad del constructo, justificando la dificultad de su definición.

Ahora bien, el comprender los efectos que tiene el cáncer sobre aquellos que lo padecen en relación con su estado emocional y su calidad de vida, también permite que surja el interrogante con respecto a cómo estas personas viven con la enfermedad. El afrontamiento es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes en situaciones médicamente equivalentes (Font & Cardoso, 2009).

Lazarus y Folkman (1984, p. 141) definen el constructo como “los esfuerzos cognitivos y conductuales de un individuo que cambian constantemente, con el fin de manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas por éste como difíciles o que exceden los recursos propios.” De acuerdo con estos autores, la forma en la que una persona afronta una situación determinada depende de sus recursos, como su salud, su energía y sus creencias existenciales; así como las limitaciones personales como los valores y creencias culturales internalizados, y las limitaciones ambientales dentro de las que se encuentran aquellas instituciones públicas o privadas que frustran el proceso de afrontamiento, pues actúan como limitantes para que los sujetos obtengan una respuesta positiva frente a su actuar.

De la mano del afrontamiento, se dan las estrategias de afrontamiento, las cuales son definidas por Moos (1998, citado por Martín, Zanier & García, 2003), como la forma en que las personas se manejan ante las demandas de los sucesos estresantes. En concordancia con la definición, el autor expone dos clasificaciones predominantes de dichas estrategias: la primera se divide en las centradas en el problema, dirigidas a manipular o alterar este último y las centradas

en la emoción, dirigidas a regular la respuesta emocional que genera el problema. La segunda clasificación se divide en activas y de evitación.

Canada et al (2006) explican que las estrategias activas se refieren a aquellas en donde los individuos aceptan e intentan de manera activa encargarse de su situación, por lo que suele ser aceptada como la más adaptativa en respuesta al estrés e incluye estrategias como la planeación, la solución de problemas y la búsqueda de apoyo emocional. Por otro lado, las estrategias de evitación son aquellas utilizadas por los individuos para evitar hacerle frente a los problemas, mediante el distanciamiento físico o mental del estresor. Éstas suelen ser vistas como mal-adaptativas e incluyen la negación y el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou y Koutri (2007) mencionan la clasificación propuesta por Compas, Connor, Osowiecki y Welch (1997), quienes describen dos tipos de respuestas de afrontamiento: las respuestas comprometidas y las respuestas desvinculadas. Las primeras se refieren a los esfuerzos tanto psicológicos como comportamentales que involucran el contacto con el estresor y están acompañados por las emociones correspondientes. Las segundas hacen referencia a todos aquellos esfuerzos psicológicos y/o conductuales que permiten que el individuo se distancie del estresor y sus emociones correspondientes.

La conceptualización del afrontamiento y de sus estrategias conlleva a cierta diversidad conceptual y de modelos (Font & Cardoso, 2009). Sin embargo, a pesar de dichas diferencias, su significado resulta similar (Kershaw, Northhouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood, 2004).

Esto sienta las bases del estudio de las estrategias de afrontamiento en el cáncer. De acuerdo con Watson y Greer (1998, citado por Alarcón, 2006, p. 101) el afrontamiento en el cáncer se define como “las respuestas cognitivas y comportamentales de los pacientes al cáncer, comprendiendo la valoración (el significado personal del cáncer para el individuo) y las

reacciones más intensas (lo que el individuo piensa y hace para reducir el impacto de la amenaza del cáncer).”

Así pues, el proceso de afrontamiento hacia el cáncer comienza con su diagnóstico y termina cuando los sobrevivientes encuentran un nuevo equilibrio (Ying & Chen, 2012). Este proceso es flexible y variable (López, 2012), por lo que resulta efectivo en la medida en que el individuo identifica las demandas cambiantes de la situación y hace uso apropiado de estrategias de afrontamiento que le permitan hacerle frente a aquellas demandas de manera satisfactoria (Roussi et al., 2007). Es importante resaltar que no existen estrategias buenas o malas, sino que éstas dependen de la situación y el resultado que le sigue a su uso particular (Lazarus, 2000, citado por Kershaw et al., 2004).

De acuerdo con la investigación realizada por Ying y Chen en el 2012, el proceso de afrontamiento se puede conceptualizar en tres pasos: sentimientos negativos, auto-adaptación y auto-reinterpretación. El primer paso hace referencia al distrés mental y a la pérdida del control físico que surge cuando los pacientes hacen conciencia de la relación entre los cambios que están sucediendo en sus vidas y los síntomas de la enfermedad. En cuanto al segundo paso, los autores describen el ajuste de creencias personales, como la aceptación y los pensamientos constructivos, y la adaptación de un nuevo estilo de vida para afrontar la enfermedad. Finalmente, la auto-reinterpretación es el paso en el cual los individuos reevalúan su vida y le encuentran sentido a la misma. Estos pasos se relacionan entre sí y pueden darse en diferente orden a lo largo de la enfermedad.

Por otro lado, Link, Robbins, Mancuso y Charlson (2005), proponen cinco pasos que describen el proceso de afrontamiento, los cuales fueron denominados Estrategias del Cáncer Individualizadas (ICS, en inglés). En el primer paso se encuentran las reacciones al cáncer, desde

la negación hasta el shock, el segundo y el tercer paso se caracterizan porque los pacientes identifican y evalúan las estrategias que van a utilizar; en el cuarto paso los individuos seleccionan las estrategias de acuerdo con sus metas, emociones y percepción de la enfermedad. Finalmente, los individuos hacen uso de las estrategias seleccionadas, dependiendo de factores internos y externos que se explicarán a continuación.

En relación con las diversas estrategias de afrontamiento usadas por los pacientes con cáncer, existen diferentes factores que afectan la elección de éstas. Factores internos como la búsqueda de información con respecto al cáncer, experiencias previas con enfermedades, sistemas de creencias, estilos de afrontamiento, metas personales, percepción de la enfermedad; y factores externos como la influencia de otras personas, recursos financieros y acceso a diferentes recursos, permean de una u otra manera el proceso de afrontamiento y el uso de estrategias que conlleven a una mayor adaptación a la enfermedad (Link, et al., 2005; Towsley, Beck & Watkins, 2007).

Dado que el afrontamiento hacia el cáncer es específico a cada persona, su cultura y los factores sociales que la rodean (Ying & Chang, 2012), a continuación se explicarán algunas estrategias utilizadas por individuos con cáncer. En el 2009, Font y Cardoso encontraron que las pacientes con cáncer de seno usaban en su mayoría estrategias conductuales como “cumplir exactamente las prescripciones médicas” e “ir al médico inmediatamente”. A nivel de pensamientos predominaban las estrategias de “intentar superarlo uno mismo”, “intentar no pensar en la enfermedad” y “pensar que el problema ya pasará”. Respecto a las reacciones emocionales ante el problema de salud, las más frecuentes fueron “resignarse” y “hablar del problema con un familiar o amigo”.

Por su parte, Vallurupalli et al. (2012) encontraron que el 84% de la muestra de pacientes con cáncer estudiada utilizaban sus creencias religiosas como estrategia de afrontamiento. Es más, el 87% de los mismos consideraron que era importante para ellos que los oncólogos reconocieran las necesidades espirituales de sus pacientes como parte del tratamiento.

Por otro lado, Roussi et al. (2007) hallaron que después de la cirugía, los pacientes con cáncer utilizaban en su mayoría la estrategia de reinterpretación positiva, mientras que aquellos que llevaban 3 meses después de la cirugía hacían uso de la aceptación y la auto-distracción como estrategias para la adaptación a la enfermedad. Adicionalmente, los pacientes pre-quirúrgicos utilizaban en mayor medida la negación como estrategia de afrontamiento.

Entonces, las estrategias de afrontamiento que usa un individuo difieren dependiendo de la situación (Lazarus & Folkman, 1984), de los factores internos y externos antes mencionados, además de ser utilizadas de forma simultánea, sin ser éstas del todo excluyentes (Font & Cardoso, 2009). Pero más importante aún, estas estrategias cambian con el tiempo (Roussi et al., 2007), lo que confirma la dificultad de establecer un consenso con respecto a cuáles y cuántas estrategias son utilizadas por los pacientes con cáncer (Font & Cardoso, 2009).

Ahora bien, sea cual sea la estrategia utilizada, ésta repercutirá en la vida de la persona con cáncer y por ende en su calidad de vida (Kenne, Öhlén, Jonsson & Gaston-Johansson, 2007). En el estudio realizado por Martin et al (2003), aquellos pacientes que utilizaban estrategias de evitación tenían una peor calidad de vida que aquellos que utilizaban otras. Por su parte, Rodríguez-Quintana y col. (2012) encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con cáncer de pulmón fueron el fatalismo (71,67%) y el espíritu de lucha (70,49%), hallando además una relación positiva entre calidad de vida global y espíritu de lucha.

Por otro lado, Ocampo y col. (2011) evaluaron las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con cáncer de seno. Los resultados obtenidos mostraron que los estilos de análisis lógico, resolución de problemas y aceptación resignación tienen una correlación positiva y significativa con la calidad de vida. En otro estudio realizado en pacientes con cáncer de seno, Mera y Ortiz (2012) encontraron que la calidad de vida correlaciona de forma positiva con dos estrategias de afrontamiento activo; y de forma negativa con dos estrategias de afrontamiento pasivo. Las estrategias de afrontamiento activo fueron apoyo social y reestructuración cognitiva; mientras que las estrategias de afrontamiento pasivo fueron la autocrítica y la retirada social.

Lo anterior es apoyado por los hallazgos de Kershaw et al. (2004), quienes describen que las pacientes con cáncer de seno avanzado que utilizan estrategias de evitación padecen de mayores síntomas de estrés y una menor calidad de vida mental. Mientras que aquellos que utilizan estrategias activas de afrontamiento tienen una mejor calidad de vida mental. En concordancia con lo anterior, Canada et al (2006) hallaron una correlación positiva entre las estrategias de afrontamiento activas utilizadas por pacientes con cáncer de ovario y la calidad de vida global, así como un mayor bienestar social y funcional.

Sin embargo, Lopez (2012) no encontró relaciones positivas significativas entre el uso de estrategias activas y la calidad de vida, ni relaciones negativas significativas entre estrategias pasivas y la calidad de vida en pacientes México-Americanas con cáncer de seno.

Por otro lado, Vos, Putter, Houwelingen y Haes (2010) concluyeron que los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaban la negación como estrategia de afrontamiento presentaban un mejor funcionamiento físico, menos náuseas y vómito, menor pérdida del apetito y menor disnea, así como una mayor percepción de salud.

Otra de las estrategias de afrontamiento discutidas en la literatura es la religión y la espiritualidad, las cuales han sido asociadas de forma positiva con la calidad de vida en pacientes con cáncer (Morgan, Gaston-Johansson & Mock, 2006; Vallurupalli et al., 2012).

Conclusiones y Recomendaciones

Se hace evidente que la psicooncología es un área nueva y diferente de la psicología, que se hace cada vez más necesaria en las instituciones de salud que tratan el cáncer, pues ésta promueve el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con cáncer y propenden a la disminución del estrés emocional generado por la enfermedad.

Aunque en la literatura se encuentra diversidad de información relacionada con las consecuencias psicológicas que trae consigo el cáncer, también se hace evidente que éstas son vividas por las personas de formas distintas. Esto conlleva a que la atención psicológica de los pacientes con cáncer deba estar centrada en cómo vive cada uno la enfermedad y qué recursos psicológicos posee para hacerle frente a la misma.

En concordancia con lo anterior, es posible afirmar que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes con cáncer. Así, la evitación, el espíritu de lucha, la resolución de problemas, la aceptación de la enfermedad, la negación y la religión/espiritualidad son estrategias que propenden a una mejor calidad de vida (Canada et al., 2006; Morgan, Gaston-Johansson & Mock, 2006; Ocampo & col., 2011; Rodriguez-Quintana & col., 2012; Vallurupalli et al., 2012; Vos, Putter, Houwelingen & Haes, 2010). Por otro lado, el uso de estrategias como la autocrítica, la retirada social y la evitación se relacionan con una peor calidad de vida (Kershaw et al., 2004; Martin et al., 2003; Mera & Ortiz, 2012).

Finalmente, se hace evidente la influencia de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida, lo que permite concluir la relevancia que tienen las primeras como recursos psicológicos para afrontar una enfermedad que afecta a la persona humana en todas sus dimensiones. Esto permite ver la enfermedad desde otra perspectiva diferente a la biologicista, para mirarla con lentes más enfocados a la individualidad de quien la padece, generando los recursos necesarios para que la misma persona cree y utilice todas las estrategias que tiene en su poder para hacerle frente.

Referencias

- Akin,S., Can,G., Aydiner, A., Ozdilli,K., Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5),400-409.
- Alarcón, A. (2006). La personalidad del paciente con cáncer y las modalidades de afrontamiento. En A. Alarcón (Ed.). *Manual de Psicooncología* (pp.91-108). Bogotá: Javergraf.
- Bottomley, A. (2002). The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*, 7, 120-125.
- Bultz, B. & Holland, J. (2006). Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. *Community Oncology*,3, 311-314.
- Canada, A., Parker,P., De Moor, J., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L. & Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 101 (1), 102-107.
- Carlson, LE., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J. et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*, 90, 2297-2304.
- Carlson LE & Bultz BD (2003a). Benefits of psychosocial oncology care:improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-8.
- Carlson,LE & Bultz,BD. (2003b). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5), 403-409.
- Carver, C., Smith, R., Petronis, V. & Antoni, M. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psychooncology*, 15, 749-758.
- Cormier, J., Cromwell, K. & Ross, M. (2012). Health-Related Quality of Life in Patients with Melanoma: Overview of Instruments and Outcomes. *Dermatologic Clinics*, 30 (2), 245-254.
- Cuberos, C. (2006). Calidad de vida en el paciente oncológico. En A. Alarcón (Ed.). *Manual de Psicooncología* (pp.111-127). Bogotá: Javergraf.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*,41 (10), 1383-1394.
- Ferrandina, G., Mantegna, G., Petrillo, M., Fuoco, G., Venditti, L. et al. (2012). Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: A prospective, longitudinal study. *Gynecologic Oncology*, 124 (3), 389-394.
- Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6 (1), 27-42.

- Fox, S. W., Lyon, D., & Farace, E. (2007). Symptom clusters in patients with high-grade glioma. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (1), 61-7.
- Greer, S. (2008). CBT for emotional distress of people with cáncer: some personal observations. *Psycho-Oncology*, 17 (2), 170-173.
- Hack, T., Pickles, T., Ruether, J., Weir, L., Bultz, B., Mackey, J. et al. (2010). Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psycho-Oncology*, 19 (6), 606-616.
- Head, B.A., Schapmire, T.J., Keeney, C.E., Deck, S.T., Studts, J.L., Hermann, C.P. et al. (2012). Use of the Distress Thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in women with breast cancer. *Quality Of Life Research*, 21(2), 215-223.
- Hewitt M., Herdman R., & Holland J. (2004). *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*. National Academic Press: Washington, DC.
- Kenne, E., Öhlén, J., Jonsson, T. & Gaston-Johansson, F. (2007). Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1), 24-39.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19 (2), 139-155.
- Kirkova, J. (2008). Measuring quality of life. En T. Walsh, A. Caraceni, R. Fainsinger, K. Foley, P. Glare et al (Eds.). *Palliative Medicine* (pp. 341-352). Disponible en <http://www.mdconsult.com.ezproxy.unisabana.edu.co/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-05674-8..50261-9&isbn=978-0-323-05674-8&uniqId=413169539-3#4-u1.0-B978-0-323-05674-8..50261-9>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lee, M., Baek, S., Kim, S., Heo, D., Yun, Y., Park, S. et al. (2013). Awareness of incurable cancer status and health-related quality of life among advanced cancer patients: a prospective cohort study. *Palliative Medicine*, 27 (2), 144-154.
- Lee, M., Son, B., Hwang, S., Han, W., Hyun, J., Lee, S. et al. (2007). Factors affecting health-related quality of life in women with recurrent breast cancer in Korea. *Quality of Life Research*, 16 (4), 559-569.
- Link, L., Robbins, L., Mancuso, C. & Charlson, M. (2005) How do cancer patients choose their coping strategies?: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 58 (1), 96-103.

- Lopez, M. (2012). *Concerns, coping, and quality of life of Mexican American breast cancer survivors*. (Orden No. 3548620, Azusa Pacific University). *ProQuest Dissertations and Theses*, 202. Disponible en <http://search.proquest.com/docview/1282381938?accountid=45375>.
- Madden, J. (2006). The problem of distress in patients with cancer: More effective assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10 (5), 615-9.
- Martín, D, Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8 (2), 175-182.
- Ortiz, M. & Mera, P. C. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30 (3) 69-78.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Logros de MinSalud durante 2012 en la lucha contra el cáncer*. Recuperado el 06 de abril de 2013 de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/lucha-contrael-c%C3%A1ncer.aspx>
- Morgan, P. D., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of african american breast cancer treatment: A pilot study. *ABNF Journal*, 17 (2), 73-7.
- Ocampo, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. A. & Oliver García-Fabela, R. (2011). Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (3) 265-269.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *Cáncer*. Recuperado el 06 de abril de 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Özalp,E., Sahin, E., Soygür, H., Özdemir, P. & Jacobsen, P. (2007) Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 304-311.
- Payán, E., Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología*, 14 (2), 79-89.
- Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I., & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional Y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad Neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9 (1), 95-112.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy & Research*, 31 (1), 97-109.
- Sánchez, R., Ballesteros, M. y Anzola, J. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 12 (6), 889-902.

- Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Rush, R., Cargill, A., et al. (2007) Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer*, 96 (6), 858-874.
- The WHOQOL Group (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization, *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Towsley, G., Beck, S. & Watkins, J. (2007). "Learning to live with it": Coping with the transition to cancer survivorship in older adults, *Journal of Aging Studies*, 21 (2), 93-106.
- Trask, P., Paterson, A., Fardig, J., & Smith, D. (2003). Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: results of a pilot study. *Psycho-Oncology*, 12 (8), 814-820.
- Turner, N.J., Muers, M. F., Haward, R. A. & Mulley, G. P. (2007). Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 16 (8), 707-713.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Valle, R., Zuñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R. y col. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(4) , 327-332.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M., Phelps, A., Block, S., Ng, A. et al. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10 (2), 81-87.
- Velikova, G., Coens, C., Efficace, F., Greimel, E., Groenvold, M., Johnson, C. et al. (2012). Health-Related Quality of Life in EORTC clinical trials — 30 years of progress from methodological developments to making a real impact on oncology practice. *European Journal of Cancer Supplements*, 10 (1), 141-149.
- Vos, M., Putter, H., Houwelingen, H., Haes, H. (2010). Denial and physical outcomes in lung cancer patients, a longitudinal study. *Lung Cancer*, 67 (2), 237-243.
- Walker, M., Zona, D. & Fisher, E. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: their relation to coping style and social support. *Psycho-Oncology*, 15, 684–693.
- Ying, P. & Chen, H. (2012). The coping process of patients with cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 16, (1), 10-16.