

Investigación

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

FUNCTIONING AND HEALTHY LIFESTYLES IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER ACCORDING TO SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Edna Fabiola Galán-González

Enfermera. Especialista en Epidemiología, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar, PhD en Ciencias de la Salud y del Deporte. Investigadora Junior (Colciencias Colombia).

Universidad de Zaragoza, España

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0111-4603>.

Ana María Gascón-Catalán

Licenciada en Medicina. Especialización: Medicina General. Doctora en Medicina.

Profesora Titular, Departamento de Fisiatría y Enfermería, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0335-0404>

Artículo recibido el 10 de febrero de 2020. Aceptado en versión corregida el 6 de abril de 2020.

RESUMEN

Introducción: Las familias funcionales se caracterizan por la efectividad al manejar situaciones estresantes como grupo. Los estilos de vida saludable son las maneras de vivir, en sintonía con la protección de la salud integral. **Objetivo:** Analizar la relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludable, con las variables sociodemográficas en familias de pacientes con cáncer colorrectal. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se determinaron las características sociodemográficas mediante encuestas autoadministradas a 78 pacientes en tratamiento o post-tratamiento, que cumplieron los criterios de inclusión. Los instrumentos fueron la Escala de Funcionamiento Familiar (ASF-E) y de Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) en español. El análisis estadístico fue univariado y bivariado. Corresponde a un estudio con riesgo mínimo. **Resultados:** La mayor parte de los participantes percibieron funcionamiento familiar medio/alto y se asoció con un alto nivel de estudios, recibir apoyo familiar permanente y pertenecer a una familia nuclear. Las conductas promotoras de salud más practicadas fueron crecimiento espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales, la menos practicada fue la actividad física. Se asociaron positivamente con ser mujer, tener más de 62 años, ocuparse de las labores del hogar y recibir todo tipo de apoyo.

Correspondencia email: ednagalan45@yahoo.es

Conclusiones: Es vital valorar el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludable durante la atención integral al paciente con cáncer colorrectal e involucrar a las familias en el cuidado, a partir del apoyo en todas sus formas, la práctica de actividad física, el cambio de hábitos de vida y relaciones familiares.

Palabras clave: Cáncer, neoplasias colorrectales, estilo de vida saludable, familia (DeCs).

ABSTRACT

Introduction: Functional families are characterized by effectiveness in handling stressful situations as a group. Healthy lifestyles are ways of living, in tune with the protection of integral health. **Objective:** To analyze the relationship between family functioning and healthy lifestyles, with sociodemographic variables in families of patients with colorectal cancer. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. Sociodemographic characteristics were determined through self-administered surveys of 78 patients in treatment or post-treatment, who met the inclusion criteria. The instruments were the Family Functioning Scale (ASF-E) and the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) in Spanish. Statistical analysis was univariate and bivariate. It corresponds to a minimal risk study. **Results:** Most of the participants perceived medium / high family functioning and associated with a high level of education, receiving permanent family support and belonging to a nuclear family. The most practiced health promoting behaviors were spiritual growth, responsibility in health and interpersonal relationships, the least practiced was physical activity. They were positively associated with being a woman, being over 62 years old, taking care of household chores and receiving all kinds of support. **Conclusions:** It is vital to assess family functioning and healthy lifestyles during comprehensive care for patients with colorectal cancer and to involve families in care, based on support in all its forms, the practice of physical activity, the change of life habits and family relationships.

Keywords: Cancer, colorectal neoplasms, healthy lifestyle, family.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.1.58-74

INTRODUCCIÓN

La satisfacción con las interrelaciones entre los integrantes del grupo determina el funcionamiento familiar⁽¹⁾. También influyen las circunstancias ocurridas durante el ciclo vital familiar, las condiciones socioculturales y económicas, el apoyo social, el aumento de la conformación de hogares uniparentales y la incorporación del jefe de hogar al

mercado laboral que disminuye el tiempo dedicado a la familia⁽²⁾.

Por otra parte, los estilos de vida que afectan la salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son la “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características perso-

nales⁽³⁾ que favorecen en los individuos un nivel pleno de bienestar y satisfacción de sus necesidades vitales. Contrario a estos, se tienen los estilos de vida no saludables que aluden a comportamientos que causan efecto negativo en la salud⁽⁴⁾, es entonces cuando sobrevienen enfermedades que deterioran la calidad de vida, ejemplo de esto es el cáncer colorrectal.

En general el cáncer es una enfermedad multifactorial, que podría ser prevenida en aproximadamente el 30% de los casos. El cáncer colorrectal puede ser el cáncer humano con mayor componente familiar⁽⁵⁾, y a la vez es uno de los cánceres con mayor número de factores de riesgo modificables desde edades tempranas como el consumo de tabaco, de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física, entre otros^(6,7). Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludables, con las condiciones sociodemográficas de un grupo de familias de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, mediante la caracterización sociodemográfica y familiar, la evaluación de los estilos de vida saludable y del nivel de funcionamiento familiar para determinarlas características determinantes en el mejor funcionamiento familiar y los mejores estilos de vida saludable.

METODOLOGÍA

Diseño: Corresponde a un estudio descriptivo transversal.

Los participantes fueron reclutados en una fundación sin ánimo de lucro que apoya a los pacientes con cáncer,

desde febrero hasta noviembre de 2016 en la ciudad de Bogotá (Colombia). Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, haber sido diagnosticado con cáncer colorrectal, ser beneficiario de la fundación sin ánimo de lucro y aceptar su participación en la investigación mediante la firma del consentimiento informado; se excluyeron aquellos pacientes que residían fuera de Bogotá y quienes tenían alguna incapacidad mental para cumplimentar los cuestionarios de recolección de la información. El muestreo fue por conveniencia, la muestra fue de 78 pacientes; el nivel de confianza para este tamaño de muestra fue de 90%.

Variables: Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y de la estructura familiar que para este estudio fueron las variables independientes (edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, filiación religiosa, ocupación, diagnóstico de familiares con cáncer colorrectal, recibir tratamiento al momento de la realización del estudio, recibir apoyo familiar, la tipología y el ciclo vital familiar). Las variables dependientes fueron los estilos de vida saludable y el funcionamiento familiar.

Los estilos de vida saludable se indagaron mediante el Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) en español⁽⁸⁾, que comprende las dimensiones de responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés, en un total 52 ítems; el coeficiente alfa de consistencia interna para la escala total fue de 0,943 y los coeficientes alfa para las subescalas variaron de 0,793 a 0,872⁽⁹⁾. El

funcionamiento familiar se midió a través de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (ASF-E)⁽¹⁰⁾, que por medio de 20 preguntas evalúa las dimensiones de coherencia, individuación, cambio del sistema, mantenimiento del sistema y las metas de espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control del sistema familiar. La confiabilidad de los 20 ítems del instrumento en Colombia alcanzó un alfa de Cronbach de 0,67 y para las escalas y subescalas el alfa de Cronbach es de 0,60 a 0,80⁽¹¹⁾.

Procedimiento para la recolección de la información

Una de las investigadoras contactó telefónicamente a los pacientes, para citarlos por grupos a las instalaciones de la Fundación y les dio las instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios y la firma del consentimiento informado.

Procedimiento para el análisis de la información

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$. El análisis descriptivo de los datos se hizo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes (variables cualitativas) y medidas de tendencia central y dispersión (variables cuantitativas). Se aplicó el test de chi cuadrado para mostrar la asociación entre variables cualitativas (análisis bivariado). Se utilizó el test exacto de Fisher cuando no se cumplieron los criterios de aplicación para el test anterior. Para determinar la

Galán-González EF, Gascón-Catalán AM
existencia de asociaciones entre las variables cualitativas y cuantitativas se realizó una comparación de medias con Anova de un factor o la prueba de t de Student según correspondió.

Aspectos Éticos

Esta investigación tuvo en cuenta, la declaración de Helsinki⁽¹²⁾, que aboga por el respeto y la libertad de los sujetos participar sin ninguna presión o cohesión.

De acuerdo con la legislación colombiana esta investigación se clasificó con riesgo mínimo. Las autoras de los instrumentos autorizaron el uso de estos. La fundación sin ánimo de lucro emitió el permiso para realizar la investigación.

RESULTADOS

Características demográficas y familiares

De los 78 participantes la mayoría (65,4%) eran mujeres, la edad promedio fue de 60,8 años (DE = 11,03) con un rango entre 28 y 82 años. En cuanto a la escolaridad se destaca que excepto el 3,8%, todos estudiaron algún nivel educativo, con predominio de la secundaria (42,3%) y técnica (16,7%). La mayoría (56,4%) tenía como ocupación las labores del hogar, mientras un 23,1% manifestó que trabajaba fuera del domicilio.

El 21,8% de los pacientes señalaron que tenían otro familiar con diagnóstico de cáncer colorrectal y entre estos predominaron los hermanos (29,4%), los padres o las madres (23,5%). En el momento de la entrevista, el 44,9% de los participantes estaban recibiendo

tratamiento, el resto (55,1%) asistía a sus controles post-tratamiento.

Un 84,6% reconoció recibir algún tipo de apoyo de parte de sus familiares. De estos, el 38,5% manifestaron recibir tres formas de apoyo a la vez: emocional, económico y en el cuidado de su salud. El 15,4% refirió no tener ningún tipo de apoyo, mientras que el 17,9% tenía apoyo emocional solamente. La frecuencia con la que recibieron el apoyo era permanente para el 50% de los pacientes.

Las familias estaban predominantemente en la etapa de lanzamiento⁽¹³⁾ (38,5%) y familia anciana (29,5%). Las familias nucleares, completa (29,5%) e

incompleta (17,9%) fueron las más comunes⁽¹⁴⁾.

Evaluación del funcionamiento familiar

De los 60 puntos posibles de la escala ASF-E, la puntuación mínima fue de 26 y la máxima de 58, la media 46 y la mediana 47. Todas las dimensiones de funcionamiento familiar se encontraron en mayor porcentaje en el nivel medio-alto. La individuación fue la única dimensión con mayor porcentaje en el nivel bajo (44,9%). La meta espiritualidad fue la que tuvo un porcentaje más alto en el nivel bajo (21,8%) (Tabla 1).

Tabla 1. Niveles de funcionamiento familiar por dimensiones y metas de los pacientes con cáncer colorrectal.

DIMENSIÓN/ NIVEL	Coherencia		Individuación		Cambio		Mantenimiento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel Bajo	17	21,8	35	44,9	4	5,1	5	6,4
Nivel Medio	38	48,7	31	39,7	49	62,8	25	32,1
Nivel Alto	23	29,5	12	15,4	25	32,1	48	61,5
Total	78	100,0	78	100,0	78	100,0	78	100,0

META/ NIVEL	Estabilidad		Control		Crecimiento		Espiritualidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel Bajo	8	10,3	4	5,1	4	5,1	17	21,8
Nivel Medio	26	33,3	28	35,9	54	69,2	37	47,4
Nivel Alto	44	56,4	46	59	20	25,6	24	30,8
Total	78	100,0	78	100,0	78	100,0	78	100,0

Evaluación de los estilos de vida saludable

La media de las respuestas de todos los participantes a los 52 ítems fue de $2,8 \pm 0,43$, es decir un nivel intermedio para la práctica de comportamientos saludables.

Las medias más altas se obtuvieron en las dimensiones crecimiento espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales y el más bajo en la dimensión actividad física (Tabla 2).

Tabla 2. Descriptivos de las dimensiones de los estilos de vida saludable (HPLP II) de los pacientes con cáncer colorrectal participantes (n=78).

Dimensión	Mínimo -	Promedio	Desviación	Mediana
	máximo		estándar	
Crecimiento espiritual	1,8 – 4,0	3,06	0,48	3,00
Manejo del estrés	1,5 – 3,6	2,59	0,49	2,62
Actividad Física	1,0 – 3,9	2,14	0,73	2,12
Relaciones Interpersonales	1,4 – 4,0	2,93	0,62	3,00
Nutrición	1,8 – 3,8	2,77	0,55	2,88
Responsabilidad en salud	1,6 – 4,0	2,94	0,62	2,94

Cambios en el funcionamiento familiar después de diagnóstico de cáncer

El 59% de los pacientes (n=46) percibieron que hubo cambios en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico. Quienes afirmaron que los cambios fueron negativos, se refirieron sobre todo al abandono familiar y a la desunión. Los cambios positivos se enfocaron en el cuidado de la propia salud y la del familiar enfermo, mayor unión familiar, cambio en las prioridades y los proyectos de la vida.

Asociaciones entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas y familiares

Existió mejor funcionamiento familiar entre quienes tuvieron mayor nivel de estudios (superior) ($p=0,034$), recibieron algún tipo de apoyo de parte de sus familias ($p<0,001$) y quienes recibieron el apoyo familiar de forma permanente ($p<0,001$).

Con respecto a las dimensiones del funcionamiento familiar, se observan

diferencias estadísticamente significativas en la individuación ($p=0,002$) y en el cambio ($p=0,017$) respecto al nivel de escolaridad superior, presentando una puntuación media más alta. Los pacientes que no reciben ningún tipo de apoyo familiar (emocional, cuidado de la salud, económico) son los que presentan niveles más bajos de coherencia, individuación y mantenimiento ($p<0,001$, $p=0,011$, $p=0,003$ respectivamente). Por último, las familias nucleares tienen un mejor funcionamiento familiar en la dimensión coherencia ($p=0,005$) (Tabla 3).

Quienes tuvieron un nivel educativo en el nivel superior reflejaron mejor funcionamiento familiar en las metas control y crecimiento ($p=0,047$ y $p<0,001$). Los que recibieron el apoyo familiar de forma permanente presentaron la puntuación media más alta en todas las metas. Pertenecer a una familia nuclear se asoció con el buen desarrollo de las metas del funcionamiento familiar: estabilidad ($p=0,018$) y espiritualidad ($p=0,026$) (Tabla 4).

Tabla 3. Asociación entre las dimensiones del funcionamiento familiar y las variables demográficas y familiares.

Variable	n	Coherencia		Individuación		Cambio		Mantenimiento		
		Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p	
Sexo	Hombre	27	11,59 (2,88)	0,238	6,22 (1,73)	0,420	11,37 (1,77)	0,415	17,59 (2,97)	0,649
	Mujer	51	10,80 (2,73)		5,88 (1,77)		11,69 (1,53)		17,22 (3,69)	
Edad paciente	< 62 años	42	10,79 (2,58)	0,323	5,90 (1,87)	0,609	11,69 (1,53)	0,506	17,05 (3,48)	0,412
	≥ 62 años	36	11,42 (3,02)		6,11 (1,63)		11,44 (1,71)		17,69 (3,42)	
Escolaridad	Ninguna	22	10,45 (3,11)	0,409	5,50 (1,71)	0,002	10,91 (1,57)	0,017	16,50 (4,00)	0,174
	Básica	33	11,15 (2,84)		5,61 (1,54)		11,55 (1,66)		17,18 (3,43)	
	Superior	23	11,57 (2,39)		7,04 (1,71)		12,26 (1,35)		18,39 (2,69)	
	Ninguna	5	12,00 (2,34)		6,60 (1,81)		12,20 (1,78)		19,20 (3,49)	
	Católica	65	11,18 (2,85)		5,97 (1,74)		11,60 (1,64)		17,48 (3,28)	
Religión	Cristiana Evangélica	1	10,00 (--)	0,459	8,00 (--)	0,416	12,00 (--)	0,506	15,00 (--)	0,029
	Cristiana	5	10,20 (2,28)		5,40 (1,94)		11,40 (0,89)		16,00 (2,82)	
	Judía mesiánica	1	10,00 (--)		8,00 (--)		10,00 (--)		19,00 (--)	
	Testigo de Jehová	1	6,00 (--)		4,00 (--)		9,00 (--)		7,00 (--)	
	Ninguna	13	11,00 (3,21)		5,77 (1,64)		11,62 (1,60)		17,62 (3,28)	
Ocupación	Hogar	44	11,00 (2,94)	0,483	5,75 (1,64)	0,237	11,68 (1,52)	0,850	17,34 (3,62)	0,581
	Trabaja	18	11,67 (2,22)		6,61 (1,91)		11,39 (1,78)		17,61 (3,03)	
	Estudia y trabaja	3	9,00 (1,0)		7,00 (2,64)		11,00 (2,64)		14,67 (4,50)	
Otro familiar con Dx	No	61	11,03 (2,78)	0,794	6,07 (1,76)	0,536	11,51 (1,56)	0,480	17,36 (3,45)	0,944
	Sí	17	11,2 (2,92)		5,76 (1,75)		11,82 (1,81)		17,29 (3,53)	
Tratamiento actual	No	43	11,09 (2,81)	0,955	5,81 (1,72)	0,303	11,30 (1,78)	0,096	16,93 (3,89)	0,240
	Sí	35	11,06 (2,80)		6,23 (1,80)		11,91 (1,33)		17,86 (2,77)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	8,00 (2,41)	<0,001	4,67 (1,87)	0,011	10,83 (1,80)	0,078	14,42 (4,58)	0,003
	Algún apoyo	36	11,56 (2,65)		6,08 (1,59)		11,97 (1,54)		17,58 (3,01)	
	Todo tipo de apoyo	30	11,73 (2,31)		6,43 (1,69)		11,40 (1,54)		18,23 (2,86)	
	Nunca	12	8,00 (2,41)		4,67 (1,87)		10,83 (1,80)		14,42 (4,58)	
Frecuencia recibir apoyo	Algunas veces	9	10,78 (2,86)	<0,001	6,22 (1,48)	0,031	11,22 (1,78)	0,212	17,22 (2,86)	0,004
	Casi siempre	18	11,39 (2,72)		6,00 (1,41)		11,56 (1,97)		17,00 (3,27)	
	Permanente	39	11,95 (2,29)		6,36 (1,78)		11,90 (1,27)		18,44 (2,74)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	9,11 (4,10)	0,005	5,22 (1,92)	0,371	11,00 (1,80)	0,378	15,78 (5,21)	0,093
	Nuclear	57	11,68 (2,33)		6,09 (1,61)		11,58 (1,70)		17,86 (2,98)	
	Extensa-otros	12	9,67 (2,74)		6,17 (2,25)		12,00 (0,85)		16,08 (3,60)	
Ciclo Vital familiar ¹	Etapas 5-8	8	11,62 (2,06)	0,553	5,38 (1,06)	0,098	11,25 (1,90)	0,470	17,88 (2,58)	0,432
	Etapas 6-8	31	11,45 (2,11)		6,58 (1,78)		11,48 (1,58)		17,35 (2,69)	
	Etapas 7-8	17	11,00 (3,08)		5,88 (1,86)		12,12 (1,83)		18,24 (3,86)	
	Etapas 5-7	22	10,41 (3,58)		5,50 (1,68)		11,41 (1,36)		16,45 (4,25)	

¹Etapas 5: Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo). Etapa 6: Familia en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa). Etapa 7: Familia de edad media (hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja). Etapa 8: Familia anciana (hasta la muerte de uno de ambos miembros de la pareja).

Tabla 4. Asociación entre las metas del funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas y familiares.

Variable		n	Estabilidad Media (DE)	p	Control Media (DE)	p	Crecimiento Media (DE)	p	Espiritualidad Media (DE)	p
Sexo	Hombre	27	29,19 (5,37)	0,408	28,96 (4,22)	0,955	17,59 (2,72)	0,971	17,81 (3,99)	0,236
	Mujer	51	28,02 (6,13)		28,90 (4,63)		17,57 (2,79)		16,69 (3,96)	
Edad paciente	< 62 años	42	27,83 (5,70)	0,342	28,74 (4,36)	0,695	17,60 (2,78)	0,950	16,69 (3,87)	0,358
	≥ 62 años	36	29,11 (6,07)		29,14 (4,63)		17,56 (2,75)		17,53 (4,10)	
Escolaridad	Ninguna	22	26,95 (6,67)	0,231	27,41 (5,09)	0,047	16,41 (2,50)	<0,001	15,95 (4,34)	0,067
	Básica	33	28,33 (5,90)		28,73 (4,28)		17,15 (2,45)		16,76 (3,92)	
	Superior	23	29,96 (4,80)		30,65 (3,58)		19,30 (2,65)		18,61 (3,34)	
	Ninguna	5	31,20 (5,76)		31,40 (4,03)		18,80 (3,56)		18,60 (3,43)	
Religión	Católica	65	28,66 (5,74)	0,097	29,08 (4,35)	0,050	17,57 (2,69)	0,430	17,15 (4,05)	0,462
	Cristiana Evangélica	1	25,00 (--)		27,00 (--)		20,00 (--)		18,00 (--)	
	Cristiana	5	26,20 (5,02)		27,40 (3,28)		16,80 (2,68)		15,60 (3,43)	
	Judía mesiánica	1	29,00 (--)		29,00 (--)		18,00 (--)		18,00 (--)	
	Testigo de Jehová	1	13,00 (--)		16,00 (--)		13,00 (--)		10,00 (--)	
	Ninguna	13	28,62 (6,03)		29,23 (4,43)		17,38 (2,81)		16,77 (4,51)	
Ocupación	Hogar	44	28,34 (6,24)	0,507	29,02 (4,54)	0,649	17,43 (2,44)	0,882	16,75 (4,03)	0,534
	Trabaja	18	29,28 (4,92)		29,00 (4,10)		18,00 (3,16)		18,28 (3,57)	
	Estudia y trabaja	3	23,67 (5,13)		25,67 (6,80)		18,00 (5,29)		16,00 (3,60)	
Otro familiar con Dx	No	61	28,39 (5,86)	0,933	28,87 (4,50)	0,841	17,57 (2,77)	0,985	17,10 (4,00)	0,929
	Sí	17	28,53 (6,08)		29,12 (4,45)		17,59 (2,74)		17,00 (4,03)	
Tratamiento actual	No	43	28,02 (6,38)	0,509	28,23 (4,97)	0,131	17,12 (2,78)	0,102	16,91 (3,97)	0,679
	Sí	35	28,91 (5,23)		29,77 (3,63)		18,14 (2,63)		17,29 (4,04)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	22,42 (6,64)	<0,001	25,25 (6,04)	0,007	15,50 (3,23)	0,015	12,67 (4,05)	<0,001
	Algún apoyo	36	29,14 (5,27)		29,56 (3,96)		18,06 (2,51)		17,64 (3,65)	
	Todo tipo de apoyo	30	29,27 (4,83)		29,63 (3,67)		17,83 (2,52)		18,17 (3,17)	
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	22,42 (6,64)	<0,001	25,25 (6,04)	0,005	15,50 (3,23)	0,023	12,67 (4,05)	<0,001
	Algunas veces	9	28,00 (5,31)		28,44 (4,21)		17,44 (2,60)		17,00 (3,70)	
	Casi siempre	18	28,39 (5,47)		28,56 (4,64)		17,56 (2,35)		17,39 (3,22)	
	Permanente	39	30,38 (4,73)		30,33 (3,16)		18,26 (2,56)		18,31 (3,48)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	24,89 (8,99)	0,018	26,78 (6,47)	0,197	16,22 (3,34)	0,250	14,33 (5,56)	0,026
	Nuclear	57	29,54 (4,88)		29,44 (4,14)		17,67 (2,63)		17,77 (3,32)	
	Extensa-otros	12	25,75 (6,06)		28,08 (3,94)		18,17 (2,75)		15,83 (4,66)	
Ciclo Vital familiar	Etapa 5	8	29,50 (4,20)	0,525	29,13 (3,98)	0,396	16,63 (2,38)	0,309	17,00 (2,92)	0,297
	Etapa 6	31	28,81 (4,43)		28,84 (3,67)		18,06 (2,54)		18,03 (3,30)	
	Etapa 7	17	29,24 (6,60)		30,35 (5,23)		18,00 (3,35)		16,88 (4,29)	
	Etapa 8	22	26,86 (7,46)		27,86 (4,98)		16,91 (2,59)		15,91 (4,78)	

Continuación **Tabla 5.** Asociación entre el puntaje de los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas y familiares.

Variable		n	CPS Total Media (DE)	P	Actividad física Media (DE)	P	Responsabilidad en Salud Media (DE)	P	Nutrición Media (DE)	P	Crecimiento Media (DE)	P	Relaciones interpersonales Media (DE)	P	Manejo del estrés Media (DE)	P
Tratamiento actual	No	43	2,774 (0,45)	0,732	2,221 (0,75)	0,328	2,912 (0,75)	0,619	2,736 (0,65)	0,469	3,116 (0,44)	0,293	2,956 (0,63)	0,788	2,625 (0,47)	0,553
	Sí	35	2,740 (4,09)		2,057 (0,70)		2,984 (0,60)		2,829 (0,49)		3,000 (0,52)		2,917 (0,61)		2,557 (0,52)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	2,927 (0,44)	0,453	2,00 (0,74)	0,788	3,160 (0,61)	0,548	3,049 (0,45)	0,299	3,247 (0,44)	0,406	3,222 (0,69)	0,215	2,764 (0,36)	0,178
	Nuclear	57	2,743 (0,43)		2,718 (0,70)		2,922 (0,65)		2,743 (0,53)		3,057 (0,47)		2,867 (0,63)		2,614 (0,50)	
	Extensa-otros	12	2,708 (0,43)		2,115 (0,88)		2,889 (0,54)		2,741 (0,67)		2,963 (0,53)		3,065 (0,47)		2,375 (0,53)	
Ciclo Vital familiar	Etapa 5	8	2,721 (0,39)	0,977	2,141 (0,56)	0,655	2,806 (0,68)	0,846	2,736 (0,47)	0,931	3,097 (0,35)	0,542	2,847 (0,59)	0,861	2,625 (0,55)	0,986
	Etapa 6	31	2,783 (0,35)		2,274 (0,73)		2,986 (0,55)		2,763 (0,51)		3,97 (0,41)		2,896 (0,57)		2,609 (0,43)	
	Etapa 7	17	2,758 (0,52)		2,051 (0,89)		2,876 (0,68)		2,739 (0,65)		3,150 (0,60)		3,039 (0,63)		2,596 (0,62)	
	Etapa 8	22	2,739 (0,48)		2,045 (0,65)		2,990 (0,69)		2,843 (0,58)		2,939 (0,51)		2,955 (0,72)		2,563 (0,49)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	2,667 (0,40)	0,64	1,917 (0,81)	0,254	2,917 (0,56)	0,031	2,667 (0,49)	0,003	3,074 (0,44)	0,072	2,833 (0,52)	0,157	2,490 (0,577)	0,349
	Algún apoyo	36	2,669 (0,45)		2,285 (0,68)		2,765 (0,66)		2,596 (0,55)		2,938 (0,47)		2,830 (0,61)		2,545 (0,49)	
	Todo tipo de apoyo	30	2,903 (0,38)		2,075 (0,73)		3,170 (0,55)		3,041 (0,48)		3,211 (0,47)		3,111 (0,65)		2,696 (0,47)	
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	2,667 (0,40)	0,382	1,917 (0,81)	0,655	2,917 (0,56)	0,329	2,667 (0,49)	0,597	3,074 (0,44)	0,626	2,833 (0,52)	0,716	2,490 (0,57)	0,210
	Algunas veces	9	2,600 (0,44)		2,097 (0,67)		2,704 (0,65)		2,605 (0,69)		2,975 (0,47)		2,790 (0,67)		2,347 (0,49)	
	Casi siempre	18	2,731 (0,48)		2,243 (0,75)		2,821 (0,73)		2,796 (0,60)		2,963 (0,46)		2,926 (0,69)		2,563 (0,51)	
	Permanente	39	2,837 (0,40)		2,186 (0,71)		3,066 (0,58)		2,843 (0,51)		3,128 (0,50)		3,011 (0,62)		2,699 (0,45)	

Asociación entre cambios del funcionamiento familiar tras el diagnóstico con las variables sociodemográficas y familiares

No se halló asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y familiares y el cambio en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico.

Asociación entre cambios del funcionamiento familiar tras el diagnóstico con el funcionamiento familiar y los estilos de vida promotores de salud

El 46,2% ($p < 0,001$) de los pacientes con cáncer colorrectal presentó cambios positivos en el funcionamiento y se evidenció en las dimensiones coherencia ($p = 0,004$), cambio ($p = 0,002$) y mantenimiento ($p < 0,001$) y las metas del sistema familiar estabilidad ($p < 0,001$), control ($p < 0,001$), crecimiento ($p = 0,003$) y espiritualidad ($p = 0,003$). Los estilos de vida promotores de salud en general se asociaron ($p = 0,041$) con cambios positivos en el funcionamiento familiar.

DISCUSIÓN

Datos sociodemográficos

De acuerdo con las proyecciones de GLOBOCAN para el 2018, la incidencia de cáncer colorrectal en los hombres colombianos, fue de 4396 (TEE 7,7 x 100.000 hombres) y de 4744 en mujeres, (TEE 8,2 x 100.000 mujeres). El cáncer de colon y recto es el tercer tipo de cáncer más frecuente en los hombres del país y la segunda forma de cáncer más común entre las mujeres colombianas, después del cáncer de mama^(15,16). Estos datos son

similares a los de los participantes en esta investigación, dado que la mayoría fueron mujeres y la edad promedio fue 61 años aproximadamente, así como sucede en el panorama nacional en donde los mayores de 65 años son los más afectados y a medida que aumenta la edad, aumenta la incidencia.

Discusión del Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar de pacientes con cáncer de colon y recto, se caracterizó por ubicar las metas estabilidad y control en el nivel alto y las metas crecimiento y espiritualidad en el nivel intermedio. La estabilidad permite a las familias mantener sus rasgos básicos como tradiciones, conductas y cultura mediante la comunicación. El Control disminuye la vulnerabilidad de la familia protegiéndola de amenazas externas e internas⁽¹⁰⁾. La espiritualidad es la forma en que las familias encuentran sentido a sus vidas, se conectan con un nivel más alto de voluntad que trasciende lo físico y les proporciona identidad y unidad familiar. El crecimiento permite reorganizar los valores primarios y las prioridades familiares con el fin de suplir esas necesidades de los miembros familiares y del entorno social⁽¹⁰⁾. Por tanto, se puede expresar que las familias de estos pacientes aseguran sus tradiciones y están protegidas de amenazas, mientras que el tener un sentido de vida y crecer y reorganizarse, posiblemente se hayan visto alterados por la ocurrencia de la enfermedad.

Las dimensiones mantenimiento, cambio y coherencia, se ubicaron en los niveles alto e intermedio. El mantenimiento del sistema comprende las

acciones que mantienen la estructura familiar y la protegen de cambios amenazantes, mediante la suplencia de las necesidades físicas, emocionales y sociales de la familia⁽¹⁰⁾. El cambio del sistema se origina por una presión del mismo sistema familiar en la necesidad de evolucionar. Coherencia se refiere a la unión de los miembros de la familia y cómo estos luchan por mantenerla.

La individuación favorece el desarrollo de actividades físicas e intelectuales que ayudan a la persona y la familia a crecer y generar nuevas perspectivas en sus vidas⁽¹⁰⁾. En esta investigación se halló en un nivel bajo, lo cual podría relacionarse con los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad, ya que se requiere disponer de la aplicación de los tratamientos oncológicos, exámenes y demás consultas, así como a los efectos secundarios de los medicamentos empleados para combatir la enfermedad, que ocasionan agotamiento físico; por otro lado la edad de los participantes es avanzada y puede sugerir que la mayoría no tienen como meta prioritaria estudiar, trabajar o desarrollarse individualmente.

Un estudio en mujeres mexicanas con cáncer de mama valoró la percepción del funcionamiento familiar mediante el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la comunicación fue una dimensión con puntuaciones bajas debido a que no podían hablar libremente, tanto que algunas de las mujeres no comentaron con sus familiares su diagnóstico de enfermedad⁽¹⁷⁾. Estos resultados podrían asemejarse a las dimensiones afectadas en nuestro estudio, pues se refieren a la libertad para

desarrollar las características individuales y a la unidad familiar.

Discusión de los resultados de estilos de vida saludable

Los pacientes con diagnóstico de cáncer de colorrectal de esta investigación, tenían un nivel intermedio de comportamientos saludables. Se evidenció la necesidad de fortalecer en ellos, la realización de actividad física y de estrategias para manejo del estrés, siempre y cuando se adapten a su condición⁽¹⁸⁾. Es posible argumentar que los pacientes con cáncer reducen sus niveles de actividad física por los efectos de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia y el desgaste propio de la enfermedad. Un estudio reportó que los pacientes sobrevivientes de cáncer colorrectal en Australia, tuvieron mayor somatización y menor función cognitiva y social que la registrada a nivel poblacional, al igual que mayor fatiga, dolor, náuseas, vómitos, pérdida de apetito y problemas financieros, aunque en general tuvieron buena salud mental⁽¹⁹⁾.

La práctica de los estilos de vida saludable de la presente investigación guardó similitud con los evidenciados, en pacientes afectados por un accidente cerebrovascular⁽²⁰⁾ y en usuarias chilenas de un servicio de salud⁽¹⁹⁾ en quienes se encontraron frecuencias de realización de conductas saludables “a veces” y “a menudo”. También hay similitud en las dimensiones más afectadas o con menor desempeño, pues en los sobrevivientes de accidente cerebrovascular fue la actividad física.

Discusión de las asociaciones entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas

En esta investigación se halló que los pacientes que tenían mayor nivel de estudios, percibieron mejor el funcionamiento familiar. Esto es similar a los hallazgos del estudio realizado en México en padres de familia con diferentes grados de educación, cuya conclusión detalló que cuando la madre o el padre de familia tenían un grado de escolaridad alto, tendían a percibir de forma favorable algunas de las dimensiones del funcionamiento familiar⁽²²⁾.

En nuestra investigación, cerca del 85% de los pacientes confirmaron recibir alguna forma de apoyo de parte de sus familiares y de estos el 50% lo recibían de forma permanente. En un estudio realizado en Colombia con pacientes de varios tipos de cáncer incluido el de colon, el 100% de los participantes señaló recibir apoyo y de estos el 76,8% lo recibían casi siempre⁽²³⁾. Estudios realizados en pacientes de cáncer colorrectal, de mama y de cérvix concluyen que el apoyo social proveniente de la pareja durante el curso de la enfermedad contribuye con la disminución del estrés y la preocupación del enfermo y con la recepción efectiva del apoyo instrumental y de interacción social^(24,25,26,27). Suplir necesidades de los integrantes de la familia hace parte del buen funcionamiento de la familia.

Discusión de las asociaciones entre los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas

Nuestros resultados mostraron que las mujeres participantes tenían mejores estilos promotores de salud con respecto a los hombres como cuidar su salud, alimentarse saludablemente, buscar la armonía y desarrollar su potencial humano. Según García y Coronel, las mujeres asumen las prácticas de estilo de vida saludable de forma más organizada y consistente que los hombres⁽²⁸⁾.

En general, la actividad física fue la dimensión que estos pacientes reconocieron practicar menos; algunos estudios han comprobado que pocos sobrevivientes de cáncer realizan actividad física regular de duración e intensidad suficientes y que la mayor parte de su tiempo llevan a cabo actividades sedentarias^(29,30). Investigaciones en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal han mostrado que ser obeso puede impactar negativamente la supervivencia, dado que tener un IMC de 30 o más, se asoció con un aumento del 34% en la mortalidad^(31,32), por tanto es importante motivar en estos pacientes la realización de rutinas de actividad física.

En nuestra investigación se evidenció la asociación entre el sentirse apoyado por la familia y el tener estilos de vida saludable, dado que les permite acceder a hábitos como una nutrición saludable, el asistir a las citas de control y recibir sus tratamientos a tiempo.

Quienes sobreviven a un cáncer suelen tener dificultades por la reducción de su actividad laboral o recuperarla y los gastos económicos que implica el tratamiento⁽³³⁾.

Discusión de los cambios en el funcionamiento familiar y en los estilos de vida saludable tras el diagnóstico de cáncer de colon y recto

El funcionamiento familiar cambió positivamente en casi la mitad de los pacientes de esta investigación. Algunos refirieron que hubo más unión y preocupación en torno del estado de salud y los cuidados del enfermo; también hubo casos en los que los familiares hicieron señalamientos negativos sobre el paciente y se apartaron física y emocionalmente. Cuando hay un diagnóstico de cáncer, la familia pasa por una crisis de organización y se hace necesaria la renovación estructural que permita adaptarse a las necesidades de atención al enfermo. Habrá por tanto modificaciones en los aspectos económicos, emocionales, el soporte físico, los procesos vitales, el ritmo de la vida, que hace necesario un mayor esfuerzo de los integrantes. Algunas veces estos cambios son para bien y otras veces provocan más desunión y crisis⁽³⁴⁾, por ello es necesario que los cuidadores y familiares del paciente con cáncer cuenten con soporte psicosocial desde los servicios de atención, porque puede minimizar el sufrimiento que se experimenta y facilita el brindar los cuidados⁽³⁵⁾.

También los estilos de vida saludable tuvieron cambios positivos en estos pacientes y sus familias luego de conocer el diagnóstico, pues señalaron

que se hicieron más conscientes de prevenir o disminuir la probabilidad de enfermar de cáncer cambiando hábitos nutricionales, haciendo más actividad física y eliminando el consumo de cigarrillo y licor, esto equivale a la dimensión responsabilidad frente al cuidado de la salud; también buscaron fuente espiritual de apoyo y mejoraron en sus relaciones interpersonales. Existe evidencia de la reducción de la mortalidad por cáncer en un 24% al seguir una dieta de tipo mediterráneo y realizar actividad física^(36,37).

Limitaciones y fortalezas

La interpretación de estos datos debe hacerse solo para este grupo de familias, debido al tamaño muestral y a ser una muestra de conveniencia. Sería interesante abordar la opinión de otros integrantes familiares además de la de los pacientes.

CONCLUSIONES

En general el funcionamiento familiar de estos pacientes se encontró en nivel medio/alto, aunque la dimensión individuación estuvo en el nivel bajo, al parecer por las dificultades que genera la enfermedad. Quienes tenían un mayor nivel de escolaridad y apoyo familiar describieron un mejor funcionamiento familiar global y mejores estilos de vida.

Dimensiones de estilos de vida saludable como crecimiento espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales son las más practicadas, mientras la actividad física parece ser la menos ejecutada. Las mujeres mostraron cumplir con mejores niveles de estilos de vida saludable que los hombres. Tanto los

estilos de vida saludable como el funcionamiento familiar cambiaron positivamente en estos pacientes cuando conocieron el diagnóstico de cáncer.

Con los hallazgos de esta investigación, se aporta al aprovechamiento de la familia como medio formador para potenciar comportamientos saludables, participación familiar en el cuidado de enfermos y el autocuidado y con la inclusión de la valoración del funcionamiento familiar a la par con las condiciones clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Martínez A, Vásquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz J, López-Aguilar X, Álvarez-Rayón G, Tena-Suck A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Univ Psychol* [Internet]. 2010 [citado 04 ago 2019];9(2):447-455. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716832012>
2. Eguiarte B, Granados A, Ramírez A. Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Rev. Mex. Orient. Educ* [Internet]. 2013 [citado 04 ago 2019];10(24):65-70. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272013000100008
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación [Internet]. Ginebra: WHO; 2011 [citado 10 mar 2019]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
4. Díaz-Martínez M, Tovar, Torres, M. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales en Chía, Cundinamarca. *Pediatría* [Internet]. 2015;48(1):15-20. DOI: 10.1016/j.rcpe.2015.03.001
5. Cairns S, Scholefield J, Steele R, Dunlop M, Thomas H, Evans G et al. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups. *Gut*. 2010;59:666-690. DOI: 10.1136/gut.2009.179804
6. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer en las Américas perfiles 2015 [Internet]. Washington: OPS; 2014. [citado 12 mar 2019]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=e
7. Anand P, Kunnumakara A, Sundaram C, Harikumar K, Tharakan S, Lai O, et al. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharm Res* [Internet]. 2008;25(9):2097-2116. DOI:10.1007/s11095-008-9661-9
8. University of Michigan. [Internet] Michigan: University of Michigan; 2011. [actualizada enero 2011; [citado 10 feb 2019]. Pender N. Health Promotion Model Manual. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
9. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version)

- University of Michigan [Internet]. 1995. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2027.42/85349>
10. Friedemann ML. Teoría de organización sistémica: Investigación y práctica de enfermería. [Entrevista por: Criado ML] *Universalud.rev.ciencias* [Internet]. 2012 [citado 10 feb 2019];2(1):55-59. Disponible en: publicaciones.unisangil.edu.co/index.php/revista-universalud/article/download/.../72
 11. Grupo de Investigación en Funcionalidad Familiar (2006). Validez facial del instrumento: evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar, versión en español, de M.L. Friedemann. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006. p.3. Disponible en: <https://friedemm.info/index.php/es/literatura/eeff>
 12. World Medical Association. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64^a Asamblea General. [Internet]. Fortaleza, (Brasil); [citado 15 feb 2019]. 2013. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76027/pautas-eticas-internacionales>
 13. Duvall, E. Etapas del Ciclo vital familiar. En: Salud Familiar. Florenzano R. Santiago de Chile: Editorial Corporación de Promoción Universitaria; 1986.
 - Galán-González EF, Gascón-Catalán AM
 14. Profamilia, Ministerio de la Protección Social, USAID. Resumen Ejecutivo ENDS-2015 Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 [Internet]. Bogotá: Profamilia, 2016 [citado 05 jul 2019].96p. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-De-Demografia-Y-Salud-ends-2015.pdf>
 15. International Agency for Research on Cancer, Globocan, World Health Organization. Population Fact Sheets. Countries. Colombia 2018 [Internet]. Lyon (France): Globocan; 2019 may [citado 01 ago 2019] Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-factsheets.pdf>
 16. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011 [Internet]. Bogotá. D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2015 [citado 13 ago 2019].148p. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>
 17. Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Martínez-Cortés M, Zapata-Vázquez R. Funcionamiento familiar e estrategias de enfrentamiento em pacientes com câncer de mama. *Horiz. sanitario* [Internet]. 2017 Ago [citado 11 ago 2019];16(2):139-148. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200139&lng=es. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629>.
 18. Soojung A, Hyejeong J, Sanghee K, Sang J, Chang G, Sang H. Quality of

- life among Korean gastrointestinal cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;30:15-21. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.07.002
19. Russell L, Gough K, Drosdowsky A, Schofield P, Aranda S, Butow P, Et al. Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *J Cancer Surviv*. 2015;9(3):462-70. DOI: 10.1007/s11764-014-0422-y
20. Jiang S, Shen L, Ruan H, Li L, Gao L, Wan L. Family function and health behaviors of stroke survivors. *Int J Nurs Sci*. 2014; 1(3):272-76. DOI: 10.1016/j.ijnss.2014.05.024
21. Gutiérrez F. Estilos promotores de salud y funcionamiento familiar comuna Hualpén, Región del Bío Bío, Chile. *Cuad. méd. soc* [Internet]. 2013 [citado 10 jul 2019];53(1):33-41. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727553?lang=es>
22. Palomar-Lever J, Márquez-Jiménez A. Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* [Internet]. 1999 [citado 11 jul 2019];4(8):299-343. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14000805>
23. Pérez P, González A, Mieles I, Uribe A. Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*. 2017;15(2):41-54. DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase
24. Ticona S, Santos E, Siqueira A. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado 11 jul 2019];15(1):9-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74137151002>
25. Duggleby W, Bally J, Cooper D, Doell H, Thomas R. Engaging Hope: The experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(4):400-406. DOI: 10.1188/12.ONF.400-406
26. Manne S, Kashy D, Siegel S, Myers S, Heckman, C, Ryan D. Unsupportive Partner Behaviors, Social-Cognitive Processing, and Psychological Outcomes in Couples Coping with Early Stage Breast Cancer. *J Fam Psychol*. 2014;28(2):214-24. DOI: 10.1037/a0036053
27. Gómez M, Lagoueyte M. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av. enferm* [Internet]. 2012 [citado 12 de julio de 2019];30(1):32-41. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35430/36127>
28. García R, Coronel M. Diferencias de género en la elección de estilos de vida en Argentina. *Ciencias Económicas* [Internet]. 2014 [citado 11 de agosto de 2019];32(1):64-84. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/15053/14318>
29. Thraen-Borowski K, Gennuso K, Cadmus-Bertram L. Accelerometer-derived physical activity and sedentary time by cancer type in the United

- States. PLoS One. 2017;12(8):e0182554.
- ^{30.} Boyle T, Vallace J, Ransom E, Lynch B. How sedentary and physically active are breast cancer survivors, and which population subgroups have higher or lower levels of these behaviors? Support Care Cancer. 2016;24(5):2181–90. DOI: 10.1007/s00520-015-3011-3
- ^{31.} Campbell P, Newton C, Dehal A, Jacobs E, Patel A, Gapstur S. Impact of body mass index on survival after colorectal cancer diagnosis: the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. J Clin Oncol. 2012;30:42–52. DOI:10.1200/JCO.2011.38.0287
- ^{32.} Sinicrope F, Foster N, Yothers G, Benson A, Seitz J, Labianca R, et al. Body mass index at diagnosis and survival among colon cancer patients enrolled in clinical trials of adjuvant chemotherapy. Cancer. 2013;119:1528–36. DOI: 10.1002/cncr.27938
- ^{33.} Carrillo G, Santamaría N, Oliveros R. Follow-up of Gastrectomized Patients due to Gastric Cancer in a Cancer Center of Bogota, Colombia. Aquichan. 2019;19(2):e1928. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.8
- ^{34.} Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Martínez-Cortés M, Zapata-Vázquez R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Horiz. Sanitario. 2017;16(2):139-148. DOI:10.19136/hs.v16i2.1629
- ^{35.} de Oliveira, dos Santos G, Aparecida J, da Silva M, Wakiuchi J, Aparecida C. Eventos intensificadores e redutores do estresse em famílias de pacientes com Galán-González EF, Gascón-Catalán AM
- câncer: revisão integrativa. Rev Min Enferm. 2013;17(3):705-712. DOI: 10.5935/1415-2762.20130052
- ^{36.} Dussailant C, Echeverría G, Urquiaga I, et al. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. Rev Med Chile. 2016;144(8):1044-52. DOI: 10.4067/S0034-98872016000800012
- ^{37.} Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol. 2014;25(7):1293–311. DOI: 10.1093/annonc/mdu012

Declaración de conflicto de intereses:

los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses con respecto a la investigación, autoría o publicación de este artículo.

Financiamiento:

El autor (s) no recibió apoyo financiero para la investigación, autoría y / o publicación de este artículo.

Contribución de los autores:

Edna Fabiola Galán-González: participó en todas las etapas de la investigación: la elaboración del protocolo, la recolección de los datos, el análisis de los datos y en la elaboración del informe final de la investigación y la redacción y revisión del artículo y de su versión final.

Ana María Gascón Catalán: participó en la elaboración del protocolo, el análisis de los datos y elaboración de informe final de la investigación y del informe final y la redacción y revisión del artículo y de su versión final.