

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestría en Psicología Clínica



TESIS

Estilos de afrontamiento ante el estrés en pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios del Hospital General San Felipe de Tegucigalpa

Previo a Optar al Grado de Máster en Psicología Clínica

Sustentado por
Arleth Yanibel Dávila Aguilar

Asesora Metodológica: Dra. María Félix Rivera
Asesora Técnica: Dra. Ivette Carolina Rivera

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.
Junio 2019

Doctor Francisco Herrera
Rector Interino

Máster Belinda Flores
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía
Secretaria General

Licenciada Magda Elsy Hernández
Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda
Director del Sistema de Investigación y Postgrado

Doctora Martha Lorena Suazo
Decana de la Facultad de Ciencias Sociales

Máster María José Irías Escher
Coordinadora General de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales

Máster Yaraní Fabiola Echenique Soto-Carvo
Coordinadora de la Maestría en Psicología Clínica

Dedicatoria

A mi Madre Reina Aguilar, mi hijo Gabriel y mi esposo Walter, a mi hermana Yanixa y también a mis padres Víctor y Rodrigo, por todo el amor y el apoyo que nos brindamos como familia.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por permitirme compartir con familia, amigos y compañeros de trabajo tan especiales, que se involucraron y aportaron tiempo y conocimiento para que pudiera llevar a cabo esta tesis.

A todas esas personas que creyeron en mí y me acompañaron en esta tarea, a los que me brindaron ayuda, consejo y orientación para todos y cada uno infinitas gracias.

Para los pacientes de oncología mi enorme agradecimiento, por su disponibilidad y espíritu de colaboración.

Resumen

El diagnóstico de cáncer ha sido y sigue siendo generador de reacciones emocionales que pueden ir de leves a moderadas y severas, las cuales deben ser atendidas para evitar el abandono de los tratamientos y complicaciones posteriores producto de un manejo inadecuado de estas emociones. En esta investigación el objetivo fue determinar el estilo de afrontamiento ante el estrés que poseen los pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios del Hospital General San Felipe. Utilizando para este fin un estudio con enfoque cuantitativo de alcance correlacional y corte transversal, para realizar este estudio se evaluaron 236 pacientes de los cuales 177 son de consulta externa y 59 de hospitalización. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de datos sociodemográficos elaborada para este fin y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos CAEPO (González, 2008). Los resultados determinan que estos pacientes poseen un afrontamiento positivo ante el estrés, independientemente de su condición de hospitalización o si asisten de manera ambulatoria.

Palabras Clave: afrontamiento, estrés, cáncer.

Índice de Contenido

Introducción	1
Capítulo 1 : Planteamiento del problema.....	5
1.1 Situación Problemática	5
1.2 Preguntas de investigación.....	6
1.3 Objetivos	7
1.3.1 Objetivo General	7
1.3.2 Objetivos Específicos	7
1.4 Justificación	8
Capítulo 2 : Marco Contextual.....	11
Capítulo 3 : Marco teórico	16
3.1 Estrés.....	16
3.2 Tipos de estrés.....	17
3.3 Respuesta al estrés.	18
3.4 Estrés y patología del sistema inmunitario	19
3.5 Afrontamiento	19
3.6 Afrontamiento al estrés	20
3.7 Afrontamiento en el paciente oncológico.	20
3.8 Cáncer	23
3.9 Epidemiología	23
3.10 Factores de riesgo	24
3.11 Metástasis.....	24
3.12 Cuidados paliativos.....	25
3.13 Tipos de cáncer más frecuentes	25
3.13.1 Cáncer cervicouterino (cérvix).	25
3.13.2 Cáncer de Mama	26
3.13.3 Cáncer de Tiroides	26
3.13.4 Cáncer de Colon.....	26
3.13.5 Cáncer de endometrio	27

3.13.6 Cáncer de ovario	27
3.14 Aspectos psicológicos del cáncer.	27
3.15 Psicooncología.....	30
Capítulo 4 : Metodología	32
4.1 Tipo de investigación.....	32
4.2 Profundidad del estudio	32
4.3 Población y muestra.....	32
4.4 Hipótesis	33
4.5 Matriz de operacionalización de variables.....	34
4.6 Instrumento	35
4.6.1 Ficha de Datos Sociodemográficos:.....	35
4.6.2 Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés en Pacientes Oncológicos CAEPO.	36
4.6.3 Consideraciones éticas	38
4.6.4 Procedimiento	39
Capítulo 5 : Análisis de Resultados	41
5.1 Resultados:.....	41
5.2 Caracterización Sociodemográfica.	41
5.2.1 Distribución por rango de edad.....	41
5.2.2 Distribución por Sexo	41
5.2.3 Distribución del nivel de escolaridad.....	42
5.2.4 Procedencia.....	42
5.2.5 Distribución de la ocupación, profesión y situación laboral.....	43
5.2.6 Situación laboral	45
5.2.7 Tipo de vivienda y disponibilidad de agua	45
5.2.8 Caracterización clínica y de tratamiento.....	46
5.2.9 Distribución del Tratamiento	48
5.2.10 Tipos de Afrontamiento	48

5.2.11 Relación entre medias de variables sociodemográficas cuantitativas y el tipo de afrontamiento	49
5.2.12 Escalas de test de afrontamiento según el lugar de atención	50
5.2.13 Tipo de afrontamiento según el lugar de atención	50
5.2.14 Características sociodemográficas cuantitativas	51
5.2.15 Características sociodemográficas cualitativas	51
5.2.16 Tipo de afrontamiento según algunas variables sociodemográficas	52
5.2.17 Afrontamiento según el tipo de cáncer	53
5.2.18 Tipo de afrontamiento según tratamiento	54
Capítulo 6 : Discusión.....	56
Capítulo 7 : Conclusiones	60
Capítulo 8 : Recomendaciones.....	61
Referencias.....	62
ANEXO A - Consentimiento Informado	68
ANEXO B - Cuestionario de datos sociodemográficos.....	69
ANEXO C - Cuestionario CAEPO	70
ANEXO D - Tablas complementarias	72

Lista de tablas

Tabla 1 – Matriz de Operacionalización de Variables.....	34
Tabla 2 – Procedencia.....	42
Tabla 3 - Distribución de la Ocupación, Profesión y Situación Laboral	44
Tabla 4 - Tipo de Vivienda y Disponibilidad de Agua.....	45
Tabla 5 - Diagnóstico de Pacientes.....	46
Tabla 6 - Distribución del Tratamiento.....	48
Tabla 7 - Relación entre Medias de Variables Sociodemográficas Cuantitativas y el Tipo de Afrontamiento	49
Tabla 8 - Escalas de Test de Afrontamiento según el Lugar de Atención.....	50
Tabla 9 - Tipo de Afrontamiento según el Lugar de Atención.....	50
Tabla 10 - Características Sociodemográficas Cuantitativas.....	51
Tabla 11 - Características Socio Demográficas Cualitativas.....	51
Tabla 12 - Tipo de Afrontamiento según algunas Variables Sociodemográficas.....	52
Tabla 13 - Afrontamiento según el Tipo de Cáncer.....	53
Tabla 14 - Tipo de Afrontamiento según Tratamiento	54
Tabla 15 - Tipo de Afrontamiento según el Lugar de Atención.....	55

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribución por Rango de Edad.	41
Figura 2 - Distribución por Sexo.	42
Figura 3 - Distribución del Nivel de Escolaridad.	42
Figura 4 – Procedencia.....	43
Figura 5 - Situación Laboral.	45
Figura 6 - Tipos de Afrontamiento.	49

Introducción

Desde épocas antiguas la búsqueda de salud y bienestar tanto físico como emocional ha sido el fin mismo de la humanidad, ante este derecho inalienable del ser humano, la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) nos define la salud como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 2017).

Y ante la definición de salud, hemos de hablar de lo opuesto, la enfermedad; para entender un poco diremos que el término enfermedad proviene del latín infirmitas, que significa literalmente “falta de firmeza”. Según la OMS, la definición de enfermedad es la de alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas que generalmente son conocidas, y que se manifiesta por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (OMS, 2017).

A nivel mundial existen diferentes tipos de enfermedades, las hay infecciosas, hereditarias, contagiosas, autoinmunes, algunas con manejo inmediato se tratan y curan, otras sin embargo se vuelven crónicas lo que genera un manejo a largo plazo con las complicaciones que pueden presentar desde su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Uno de los padecimientos que se encuentra en el grupo de las enfermedades crónicas es el cáncer, nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático (National Cancer Institute [NCI], 2018).

El cáncer es una de las enfermedades crónicas que más sufrimiento y desesperanza genera, lo padece un individuo, pero lo sufre toda una familia con sus redes sociales, espirituales y económicas, por ende, es un desestabilizador de las emociones, al considerarse un diagnóstico de cáncer como una sentencia de muerte. Ante esta amenaza a la vida que un paciente oncológico padece, es normal encontrar emociones que sobrepasan su habilidad natural de afrontar las situaciones estresantes que se presentan a lo largo de la vida de todo ser humano.

Es una enfermedad con una alta tasa de morbilidad a nivel mundial y Honduras no es la excepción, por eso se decidió investigar el afrontamiento que los pacientes oncológicos presentan ante el estrés, si el hecho de estar hospitalizado es un determinante para referir mayor nivel de estrés o al contrario son los pacientes que asisten de manera ambulatoria los que presentan este problema.

La idea principal es investigar si el afrontamiento que presentan es positivo y está contribuyendo a que estos pacientes elaboren estrategias adecuadas ante el diagnóstico, colaborando con los tratamientos prescritos aun a costa de los síntomas adversos y consecuencias físicas que dañan su autoimagen (quemaduras por radiación, alopecia y cirugías radicales entre otros), o al contrario el afrontamiento es negativo y no permite una adaptación adecuada del sujeto, con consecuencias para la evolución de su enfermedad al abandonar los tratamientos, o presentando síntomas ansiosos y depresivos producto del estrés, que generan complicaciones en su manejo médico.

Para poder comprender más adecuadamente a lo que se refiere el término afrontamiento, diremos que es la traducción al español del término “Coping” que es utilizado en estudios psicológicos referidos al estrés y la respuesta que un individuo presenta ante el mismo. (Soriano, 2002).

Para la realización de este estudio se trabajó con: Consentimiento informado, (ver anexo No. 1), se elaboró una ficha para obtener los datos sociodemográficos de los pacientes, (anexo No.2) y se modificó la redacción de algunos ítems de la versión española del Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO), mediante validación por expertos, este cuestionario consta de 40 ítems, 20 positivos, 20 negativos y 7 sub escalas, (Ver anexo No. 3).

En el transcurso de este trabajo de investigación se fueron dilucidando las preguntas que generaron este estudio y concluyendo que los pacientes de oncología del Hospital General San Felipe cuentan con los suficientes recursos psicológicos, sociales y espirituales para hacerle frente a la enfermedad, que poseen estilos de afrontamiento positivos y que se apoyan en su esperanza de una mejoría en su condición de salud, cuentan con la ayuda y soporte familiar adecuado, que tienen su confianza espiritual muy fortalecida, de los 236 pacientes que participaron en el estudio solamente 43 (18%) de ellos reportaron un estilo de afrontamiento negativo ante el estrés. Esto es debido a que durante su tiempo de hospitalización estos pacientes cuentan con el apoyo necesario para hacerle frente a los desafíos que conlleva su enfermedad, pues se les garantiza una atención de calidad con asistencia médica, psicológica y social, se

procura proporcionarles los medicamentos, exámenes e insumos requeridos para su tratamiento durante su estadía en sala.

En la medida que se vaya avanzando en la lectura de este documento el lector encontrará como se planteó el problema con sus objetivos y preguntas, cual fue la justificación en la cual se basó este estudio, en el marco contextual se conocerá sobre la situación del cáncer a nivel mundial con sus cifras estadísticas y obviamente podrán conocer en contexto esta enfermedad en Honduras, en el marco teórico se pretende dar a conocer la conceptualización de estrés, cáncer y afrontamiento que han servido de sustento para el desarrollo de esta tesis.

Capítulo 1: Planteamiento del problema

1.1 Situación Problemática

La experiencia del diagnóstico de cáncer y la vivencia misma de la enfermedad, son predictores de un desequilibrio emocional y de la ruptura del plan de vida hasta ese momento planteado por un individuo, es aquí donde entran en juego los estilos de afrontamiento previos que se han tenido hasta el momento mismo del diagnóstico. Se visualiza como estos pacientes asumen los problemas, si los afrontan, enfrentan y resuelven o simplemente los evaden.

El afrontamiento no es un tema reciente, según menciona Soriano (2002), desde décadas anteriores el interés por el afrontamiento (coping) ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad entendida ésta como estresor, comenzaron a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad (Molins, 2018).

Ante esta situación y en un afán de minimizar el impacto emocional y las repercusiones presentes y futuras que un diagnóstico de cáncer pueda representar en la vida de una persona diagnosticada y sus familiares, es que la intervención psicológica juega un papel fundamental en el manejo multidisciplinario a estos pacientes, para determinar los factores que puedan exacerbar el estrés, conocer las redes de apoyo con que cuenta el paciente para poder elaborar un plan psicoterapéutico adecuado a sus necesidades.

Sin embargo, no se debe olvidar que uno de los quehaceres del psicólogo en el ámbito clínico, es la investigación, máxime si se trata de la población con la que se trabaja diariamente y que despierta ese deseo profesional de realizar una psicoterapia cada vez más exitosa, con

resultados en los que está implícito el mayor beneficio para estos pacientes, al contar con datos que han sido obtenidos desde su experiencia vivencial como hondureños diagnosticados con cáncer, con características sociodemográficas que les brindan un carácter único.

Retomando el hecho de realizar la investigación con la población de pacientes que se realiza la función asistencial, es que el contexto se ubica en el hospital general San Felipe de Tegucigalpa, centro de referencia nacional de cáncer, donde son atendidos pacientes oncológicos procedentes de todo el país; como este hospital atiende en la modalidad de consulta externa y hospitalización se realizó la investigación con pacientes ambulatorios y hospitalizados, en un periodo de tiempo comprendido entre noviembre y diciembre de 2018.

Teniendo como objetivo determinar si existe una diferencia en la forma de afrontamiento entre estos pacientes, esto con la idea de valorar si la condición de hospitalización causa algún efecto negativo en cuanto al afrontamiento al estrés, como consecuencia de las estadías prolongadas y los ingresos a repetición, o al contrario son los pacientes que deben asistir de manera ambulatoria a sus tratamientos los que presentan alguna dificultad para afrontar el estrés.

1.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y el estilo de afrontamiento al estrés de los pacientes oncológicos hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria al Hospital General San Felipe?
- ¿Cuál es el estilo de afrontamiento, que tienen ante el estrés los pacientes oncológicos hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe?

- ¿Cómo interviene el tipo de cáncer y el tratamiento, en el estilo de afrontamiento al estrés de los pacientes hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe ?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Establecer la relación entre los estilos de afrontamiento ante el estrés, características sociodemográficas, tipo de cáncer y tratamiento de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa, en el periodo comprendido en los meses de noviembre y diciembre de 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y los estilos de afrontamiento al estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa
- Analizar el estilo de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.
- Establecer como el tipo de cáncer y el tratamiento están relacionados con el estilo de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.

1.4 Justificación

Los pacientes oncológicos padecen diferentes alteraciones psicológicas creadas por su enfermedad, donde emergen sentimientos y emociones generadoras de estrés, tales como amenaza a la vida e incertidumbre sobre el futuro, y esto no es diferente en los pacientes hondureños, por esta razón se vuelve importante realizar investigaciones asociadas a estas alteraciones.

La idea de desarrollar este tema de tesis, surge con la finalidad de investigar como los pacientes oncológicos hondureños y específicamente los que asisten al Hospital General San Felipe de la ciudad de Tegucigalpa, afrontan el estrés que conlleva un diagnóstico de cáncer y sus diferentes fases de tratamiento.

En Honduras existen varias clínicas y organizaciones privadas cuyo quehacer es la atención de los pacientes oncológicos, pero a nivel público solo se cuenta con dos lugares, los niños que son referidos al Hospital Materno Infantil donde se les atiende en la sala de hematooncología pediátrica, y los adultos que son atendidos en el Hospital General San Felipe y, en ambos hospitales los pacientes son procedentes de todo el país.

Al consultar datos estadísticos en este establecimiento de salud, mencionan que, en el período comprendido de enero a octubre de 2018 de las 261,667 atenciones brindadas en la consulta externa del referido hospital, 34,737 corresponde a oncología y de estas 28,527 son mujeres y 6,210 son hombres, en el área de hospitalización se cuenta con 4 salas, cirugía oncológica de mujeres con 40 camas, cirugía oncología de hombres 10 camas, oncología médica

de mujeres 25 camas, oncología médica de hombres 15 camas (Hospital General San Felipe [HGSEF], 2018).

Debido a estas estadísticas es fácil deducir que es en este centro hospitalario donde se puede captar una muestra que tiene en común el mismo diagnóstico, pero con diferentes etapas de la enfermedad y tipos de cáncer, así como datos que aportan diversas características sociodemográficas que enriquecen una investigación relacionada con estos pacientes.

El objetivo está encaminado a brindar un aporte desde la investigación para determinar si estos estilos de afrontamiento son similares o diferentes en los pacientes que están hospitalizados para recibir su tratamiento o los que lo reciben de manera ambulatoria, y saber si hay relación con el tipo de cáncer, el tratamiento y las características sociodemográficas.

Se desea conocer si existe diferencia en el afrontamiento del paciente ambulatorio y del hospitalizado, porque el manejo es diferente tanto en el aspecto médico como psicológico, el paciente ambulatorio asiste a sus citas programadas en un tiempo determinado, deben trasladarse y generar un gasto económico para su movilización y pago de sus tratamientos, por lo que puede o no asistir en la fecha estipulada haciendo que la frecuencia de la atención sea más espaciada.

Mientras que el paciente hospitalizado permanece un tiempo continuo en la sala, diariamente reciben visita de un equipo multidisciplinario, solventando sus problemas e inquietudes casi de forma inmediata y es el familiar quien resuelve cualquier situación que se presente.

Por lo descrito anteriormente es relevante e importante la realización de esta investigación, para conocer si el afrontamiento al estrés está relacionado con el lugar donde

reciben la atención, el diagnóstico, los tratamientos y las características sociodemográficas o es simplemente una herramienta psicológica, propia de cada individuo, que es independiente de estas condiciones.

Capítulo 2: Marco Contextual

Ante la incidencia de esta enfermedad crónica conocida como cáncer y siendo los pacientes oncológicos y su estilo de afrontamiento ante el estrés la razón de esta investigación, se vuelve importante conocer la definición de esta enfermedad.

Se le llama cáncer al estudio de un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales, que si no se controlan pueden conducir a la muerte. Las causas de esta enfermedad pueden ser provocadas por factores externos asociados a estilos de vida no saludables; y por factores internos como mutaciones genéticas heredadas, alteraciones hormonales y afecciones inmunitarias (American Cancer Society [ACS] 2018).

De acuerdo con la International Agency for Research on Cancer (IARC, 2012), en el ámbito mundial, sin incluir cáncer de piel no melanoma, se estima que ocurrieron 14.1 millones de nuevos casos, 8.2 millones de muertes por esta causa y 32.6 millones de personas vivían con cáncer dentro de los cinco años subsecuentes al diagnóstico. Los tipos de cáncer más frecuentes en varones son: pulmón, próstata, colon y recto, observando en estas mismas neoplasias las mayores tasas de mortalidad, en las mujeres la mayor frecuencia y tasas de mortalidad se encuentra en cáncer de mama, colon y recto, cuello del útero, pulmón, cuerpo del útero y ovario, todos estos sin incluir el cáncer de piel tipo melanoma (Granados, Martin, y Hinojosa, 2016).

En la región de las Américas, la literatura menciona que en Estados Unidos no existe un registro oncológico a nivel nacional; así que la incidencia del cáncer es proporcionada por medio del National Cancer Institute's Surveillance Epidemiology and End Results (SEER), que tabulan

la incidencia de las neoplasias y las cifras de muerte de 13 sitios. En el año 2014 se hizo el diagnóstico de 1, 665,000 casos nuevos de cáncer invasor (855,220 en varones y 810,320 en mujeres) y fallecieron por cáncer 585,720 personas (de ellas 310,010 fueron varones y 275.710 mujeres), uno de cada cuatro fallecimientos en Estados Unidos se debe al cáncer (Kasper et al., 2015).

Honduras que es el país de origen de la población oncológica en estudio, está ubicado en el corazón de Centroamérica, es fronterizo con los países de Guatemala, El Salvador y Nicaragua, cuenta con una población de 8, 303,771 habitantes de los cuales 4, 052,316 son hombres y 4, 261,456 son mujeres y que según proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE), para el 2020 contará con una población de 9, 304,380 habitantes; 4, 529,149 hombres y 4, 775,231 mujeres (INE,2018).

El sistema de salud de Honduras lo integra el sector público que incluye a la Secretaría de Salud (SESAL), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento, como el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y las Fuerzas Armadas que atienden a poblaciones específicas. El sector privado está constituido por servicios de salud prestados por instituciones lucrativas y no lucrativas, a la SESAL, le corresponde el rol rector y regulador del sistema nacional de salud (OMS, 2016).

Se ha buscado datos epidemiológicos del cáncer a nivel nacional, la (Organización Panamericana para la Salud [OPS], 2012), menciona que la información epidemiológica sobre el cáncer esta desarticulada en diferentes instituciones y que el subregistro no permite definir las

tasas reales de incidencia, prevalencia, mortalidad y sobrevivencia, por lo que no se cuenta con datos reales (OPS, 2012).

De acuerdo con los egresos hospitalarios de la SESAL, entre 2008 y 2009 se atendieron un promedio anual de 4.727 casos de tumores malignos (67,1 por 100.000 en mujeres y 55,4 en hombres); en la población femenina, el cáncer cervicouterino y de mama representaron las principales causas de atención (24,1% y 10,3%, respectivamente); en los hombres, la leucemia linfoblástica aguda (13,5%) y el tumor maligno de estómago (13,1%) fueron las neoplasias más frecuentes. Está en ejecución el plan estratégico nacional para el control del cáncer 2008–2013 (OPS, 2012).

Las estadísticas de cáncer han sido extraídas de un documento sin publicación del registro hospitalario de cáncer del Hospital General San Felipe, donde se menciona que en el período 2010-2012 se diagnosticaron 4,213 tumores malignos, 1,117 a los hombres y 3,096 a las mujeres, lo que corresponde a un promedio anual de 1,404 casos, manteniéndose una proporción anual por cada 3 mujeres: 1 hombre. En mujeres el grupo de edad era 40 a 64 años, las dos localizaciones más frecuentes cérvix y mama que representan el 55% de los diagnósticos por localización. La procedencia que corresponde al lugar de residencia permanente del paciente en el momento del diagnóstico, corresponde en su mayoría al departamento de Francisco Morazán, seguido por los que proceden de Choluteca, El Paraíso y Olancho respectivamente (HGSF, 2015).

Estos datos ayudan a visualizar la situación del cáncer, confirmando que esta enfermedad es un evento estresante, generador de pensamientos y sentimientos que producen confusión,

angustia, temor ante la idea de muerte y una disminución en la calidad de vida por los diversos tratamientos que debe cursar el paciente a lo largo de su enfermedad, de allí la importancia y la relevancia de estudios e investigaciones orientados a conocer las diferentes alteraciones psicológicas en el paciente oncológico.

Esta investigación se realizó con la finalidad de determinar el tipo de afrontamiento que utilizan ante el estrés, los pacientes oncológicos que asisten de manera ambulatoria y los que se encuentran hospitalizados en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.

El Hospital General San Felipe, es considerado el centro nacional de referencia de cáncer, aquí se atienden pacientes procedentes de todo el país, de todos los niveles socioeconómicos, cuenta para la atención de estos pacientes con el departamento de oncología que a su vez esta subdividido en el servicio de oncología médica, oncología quirúrgica, oncología ginecológica, radioterapia, quimioterapia, psicología y tres salas de hospitalización; 2 de mujeres y una de varones con un promedio de 85 pacientes en total (HGSEF, 2018).

Ante todo lo expuesto con anterioridad está implícita la necesidad de apoyo psicológico, usando las estrategias y recursos tanto internos como externos con que pueda contar el paciente, para superar cualquier afección de índole psicológica que pudiese presentar. Según los últimos estudios reportados por la International Society of Psycho-Oncology, el 45% de los pacientes oncológicos sufren malestar emocional, en tanto ellos perciben que las demandas de la nueva situación son demasiado altas para dar una respuesta o que no cuentan con los recursos adecuados (Holland, Watson, y Dunn, 2011).

Asimismo, la última actualización de las guías de práctica clínica de la (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2010) revela que el 50% de los pacientes recién diagnosticados, expresan malestar emocional significativamente alto y que a este malestar se le debe proporcionar el tratamiento adecuado de forma pronta y oportuna, para prevenir complicaciones innecesarias (NCCN, 2010).

Basados en todo lo anterior más la experiencia en el manejo y tratamiento de los pacientes oncológicos, la elección del tema de esta tesis se fundamenta y justifica en la epidemiología del cáncer y sus consecuencias en la salud emocional de quienes lo padecen, donde según datos estadísticos recientes, la OMS a través de la agencia para investigación del cáncer (IARC) considera que se diagnosticarán cerca de 18 millones de casos nuevos en el año 2018 y que se proyecta que fallecerán aproximadamente 9.6 millones de personas alrededor del mundo (OMS, 2018).

Estas cifras no pueden ser obviadas y ante esto es necesario que el profesional de la psicología sea un actor principal no solo en lo referente a diagnóstico y tratamiento, sino también, en los aportes que desde la investigación pueda generar para incrementar afrontamientos eficaces ante la enfermedad.

Capítulo 3: Marco teórico

3.1 Estrés

La palabra estrés proviene del inglés stress, que traducido significa fatiga, presión, tensión. Se puede decir que es una reacción fisiológica del organismo, ante una situación que se considera una amenaza o que requiere una gran demanda de atención (García, 2014).

Normalmente el estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia; sin embargo, ante los acontecimientos que se viven en el mundo actual puede desencadenar problemas graves de salud, generando la aparición de enfermedades, y anomalías que impiden un desarrollo normal y mal funcionamiento del cuerpo humano (García, 2014).

Habitualmente el estrés es producido cuando un individuo se enfrenta a situaciones agobiantes, en las cuales debe adaptarse, el problema surge cuando este proceso no se produce, y genera situaciones agobiantes que desencadena alteraciones físicas y emocionales, la aparición de los síntomas del estrés no tiene relación con la edad, el género o las circunstancias que lo producen.

La Asociación Psicológica Americana (APA) considera el estrés como una experiencia emocional molesta que viene acompañada de cambios físicos y psicológicos, y que en algún momento son determinantes para la toma de decisiones, sin embargo, una cantidad excesiva de estrés puede tener consecuencias sobre la salud y afectar adversamente el sistema inmunitario, cardiovascular, neuroendocrino y nervioso central (APA, 2018).

Para el National Institute of Mental Health (NIMH), el estrés es la forma cómo el cerebro y el cuerpo responden a cualquier demanda, también nos menciona que hay diferentes tipos de estrés, todos los cuales conllevan riesgos para la salud física y mental, para el caso cuando una persona sufre estrés crónico, esas mismas respuestas del cuerpo que sirven para salvar la vida pueden deprimir los sistemas inmunológico, digestivo, de sueño y reproductivo lo que puede conducir a un mal funcionamiento (NIMH, 2017).

Pero el estrés no puede aparecer de forma súbita, deben existir estresores que lo activen y estos pueden ser: físicos, psicológicos, intrínsecos a la situación, o de atribución, algunos son universales y otros tienen carácter individual (García, 2014).

3.2 Tipos de estrés

Existen diversos tipos de estrés que se pueden mencionar, entre ellos tenemos:

- Estrés fisiológico-biológico: provoca alteraciones físicas que inhiben la respuesta inmunológica, a nivel conductual es generador de un estado emocional displacentero (Varela, 2009).
- Estrés psicológico: se produce como una valoración subjetiva que la persona hace de una situación estresante, puede tomar dos posibles significados en función de sus consecuencias sobre la salud:
- Eutres: Es positivo para el mantenimiento de la salud, se relaciona con motivación y logro, es el causante de la alegría y la felicidad por lo que mantiene una adecuada autoestima, libera de las sobrecargas emocionales.

- Distrés: Este tipo de estrés tiene una relación negativa para la salud, genera ansiedad, depresión,
- miedo, irritabilidad con una clara dificultad para mantener relaciones interpersonales saludables, que conduce invariablemente al aislamiento social (Varela, 2009).
- Estrés social: en algunos individuos las situaciones sociales pueden provocar niveles altos de estrés.
- Estrés crónico: muchos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, uno sería el estrés por falta de ocupación de rol, el hecho de no tener un empleo, o cuando se adquiere el rol de enfermo con una enfermedad crónica de larga duración (Varela, 2009).

Ya que se ha mencionado los tipos de estrés es necesario saber cuál o cuáles son las respuestas que se puede presentar ante el estrés vivido como una experiencia personal.

3.3 Respuesta al estrés.

La respuesta al estrés son esos intentos que el organismo realiza para restablecer su equilibrio y adaptarse a los cambios fisiológicos y psicológicos generados ante una situación determinada, sea esta la respuesta ante un problema o lesión física y/o psicológica.

Como parte de la respuesta al estrés, en el síndrome general de adaptación se pueden distinguir tres fases (Redolar, 2014).

- Reacción de alarma: el objetivo es movilizar los recursos energéticos de manera rápida, si la fuente de estrés continúa, se pasa a la fase siguiente.

- Resistencia: en esta fase el organismo debe hacer una distribución de los recursos energéticos, enfocándose en la supervivencia del sujeto.
- Agotamiento: ya el estrés genera la aparición de diferentes patologías físicas.

Son variados los estudios que relacionan el estrés con la depresión del sistema inmune, es bien sabido que al generar un descenso en el sistema de defensas del organismo las células cancerígenas realizan una reproducción acelerada, provocando la aparición de tumores o la metástasis de los mismos (Redolar, 2014).

3.4 Estrés y patología del sistema inmunitario

A lo largo de diversos estudios ha quedado evidenciado que estímulos estresantes pueden aumentar el riesgo de sufrir ciertas enfermedades infecciosas y/o autoinmunes. Está comprobado que el estrés afecta al curso de algunos tipos de cáncer, al inducir un crecimiento celular acelerado y evitando que las células Natural Killer (NK) que se encuentran en el sistema inmune detengan la proliferación de células cancerígenas (Redolar, 2014).

El estrés influye en el sistema inmune del organismo, generando la aparición de enfermedades, algunas de fácil manejo médico o psicológico y otras de tipo crónico como el cáncer, sin embargo no todos los pacientes sucumben ante las altas demandas de su enfermedad, algunos utilizan los recursos internos y/o externos con que cuentan para afrontarlo.

3.5 Afrontamiento

No es tarea fácil encontrar una definición consensuada sobre este término, pero remontándonos a sus inicios, Lazarus, se refiere al afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos

y de comportamiento que se realizan para dominar, tolerar o reducir demandas internas o externas y los conflictos entre ellas” (Nieto, 2015, p.138).

Además de las dificultades para definir el afrontamiento, se debe enfrentar el problema de la falta de métodos confiables de medida, y no se garantiza que el afrontamiento de una persona se mantenga ante diferentes situaciones y épocas.

3.6 Afrontamiento al estrés

Cada individuo tiene una forma única y peculiar de manejar el estrés, por lo tanto, la forma de afrontarlo también. En el afrontamiento entran en juego costumbres, creencias, influencia familiar, religiosa, social y las tradiciones, del mismo modo la forma de resolución de problemas, también se vuelve necesario indagar sobre las expectativas que ante la situación problemática o de salud la persona se forme.

No podemos hablar de afrontamiento al estrés sin mencionar a sus precursores, Lazarus y Folkman, (1986), para estos autores ante situaciones estresantes las personas hacen uso de los recursos cognitivos y conductuales para poder manejar las demandas que se le presentan sean estas externas y/o internas y que sobrepasan sus recursos (Nieto, 2015).

3.7 Afrontamiento en el paciente oncológico.

Ya conocido el termino afrontamiento y afrontamiento ante el estrés, corresponde hablar del afrontamiento en el paciente oncológico, el cual es utilizado para conservar la esperanza y el optimismo, tiene la utilidad de negar lo que está sucediendo, lo que permite a estos pacientes continuar actuando como si lo ocurrido no tuviera mayor importancia.

Cuando se dice que una persona tiene muchos recursos, es porque dispone de esas habilidades para salir adelante ante la adversidad, los recursos pueden ser innumerables y cumplen la función de promover cambios cognitivos, emocionales, de actitud, interpersonales y socioculturales (Jorques, 2015).

Lipowsky (1970) elabora uno de los primeros modelos de afrontamiento referido específicamente a sujetos en situaciones de enfermedad física, para Lipowsky el modo como la persona afronta la enfermedad depende de múltiples variables y factores derivados de la enfermedad, aquí entran en juego todos esos significados culturales y personales que se tienen sobre una enfermedad, también el ambiente en el que se desenvuelve el individuo, sus características sociodemográficas, creencias, valores y habilidades personales. En este modelo se diferencia entre estilos de afrontamiento que son los rasgos estables cognitivos y/o conductuales y las estrategias de afrontamiento que son las conductas que se llevan a cabo (Pérez, González, Mieles y Uribe, 2017).

Los significados subjetivos que puede tener la enfermedad oncológica son:

- El reto: que viene a generar estrategias de afrontamiento activas y adaptativas.
- La amenaza: que provoca reacciones de ansiedad, ira y/o miedo que llevan al paciente a querer vencer la enfermedad o a rendirse todo esto dependiendo de sus propias capacidades.
- El castigo: cuando la enfermedad es percibida como una injusticia.
- La debilidad: se percibe la enfermedad como indicador de una pérdida de control personal que genera sentimientos de culpa.

- La liberación: promueve el delegar responsabilidades y obligaciones, asociando esto a una ganancia secundaria de la enfermedad.
- La estrategia: hace que se perciba la enfermedad como un medio para obtener apoyo.
- La pérdida: es valorar lo que se ha perdido durante la vida, y por último.
- El crecimiento: implica imaginar a la enfermedad como una ayuda para desarrollar la personalidad (Pérez, González, Mieles y Uribe, 2017).

En ocasiones el afrontamiento al cáncer, que en el fondo quiere decir aceptar la posibilidad de la muerte, es algo que puede provocar reacciones emocionales agudas que complican la forma de asumir el diagnóstico.

Algunos estudios recientes revelan que casi un 87% de enfermos curados de cáncer experimentan temor a la recaída, que es ese miedo que se produce ante el solo pensamiento de que el cáncer vuelva a aparecer o progrese, en esto se pueden observar algunas características (Estapé, 2018).

- Altos niveles de preocupación con y sin presencia de pensamientos intrusivos.
- Estrategias de afrontamiento no adaptativas: entendidas como las formas en que el paciente se adapta o intenta hacerlo.

Existen varias clasificaciones pero la más conocida es la de Greer y Watson formulada en 1988. Estas estrategias son: a) espíritu de lucha, la enfermedad es un reto, las indicaciones medicas son seguidas con precisión; b) negación/evitación cognitiva: tendencia a bloquear en la consciencia todo lo que tenga que ver con la enfermedad, c) fatalismo, se aceptan las cosas como son pero sin ningún sentido de lucha sino más bien como la rendición ante el destino, es una

actitud completamente pasiva ante la enfermedad. d) desesperación/desamparo, prevalece la desesperanza la persona se siente perdedora ante el cáncer, e) preocupación ansiosa, el paciente se enfoca en su enfermedad, convirtiéndola en el control de su vida (Estapé, 2018).

El cáncer tiene múltiples definiciones unas con fundamento científico otras de forma coloquial, en algún momento valdrían para explicar una enfermedad que impacta y genera un sinnúmero de emociones y reacciones a quien se le realiza este diagnóstico.

3.8 Cáncer

El cáncer no es una enfermedad, sino muchas enfermedades, aquí entran en juego factores genéticos, para el paciente y sus familiares, cáncer significa una amenaza a la vida y bienestar, y para los sistemas de salud pública es un problema que genera alta morbilidad vinculado con una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos (Granados, Martín, y Hinojosa, 2016).

El cáncer es la excepción de la interacción coordinada de células y órganos, las células cancerosas compiten por la supervivencia con las células normales, ganando en ocasiones la lucha, teniendo como consecuencia de este comportamiento traicionero de las células cancerosas, que el paciente sienta que su cuerpo lo ha defraudado, porque no solo es una parte de su cuerpo que percibe enfermo sino que su totalidad (Kasper et al., 2016).

3.9 Epidemiología

De forma global el factor de riesgo más significativo para cáncer es la edad, el rango se produce con más frecuencia en personas mayores de 65 años, la incidencia de neoplasias aumenta de acuerdo con edad, entre el nacimiento y los 44 años, uno de cada 29 varones y una de cada 19 mujeres morirán por presentar cáncer, en los varones el riesgo de presentar cáncer

en algún momento de su vida es del 44% y en el caso de las mujeres es de 38% (Kasper et al., 2016).

3.10 Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo para desarrollar cáncer se puede mencionar: el consumo de tabaco y de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física.

Algunas infecciones crónicas particularmente frecuentes en los países de ingresos medios y bajos son también factores de riesgo de contraer un cáncer, cerca del 15% de los casos fueron generados por infecciones, causadas por *Helicobacter pylori*, los papilomavirus humanos, los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr, también la infección por el VIH aumenta considerablemente el riesgo de contraer determinados tipos de cáncer, como el cervicouterino. Entre el 30 y el 50% de los cánceres se pueden evitar, y esto se puede lograr reduciendo los factores de riesgo y con medidas de prevención, así como con el tratamiento oportuno de los pacientes, pues detectado y tratado a tiempo se puede conseguir una remisión de la enfermedad (OMS, 2018).

3.11 Metástasis

Pero no solo el cáncer primario o bien el lugar donde se origina el cáncer pueden ser devastadores, también lo es el desarrollo de metástasis, la cual se produce cuando las células malignas migran ya sea por el torrente sanguíneo o por los ganglios linfáticos y hacen nuevas colonias en órganos cercanos o distantes. En innumerables ocasiones es precisamente el desarrollo de metástasis lo que genera la aparición de nueva sintomatología con poca probabilidad de curación y es allí donde surgen los llamados cuidados paliativos.

3.12 Cuidados paliativos

La finalidad de los cuidados paliativos no es curar el cáncer, sino aliviar los síntomas que causa y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, los cuidados paliativos contribuyen a que los enfermos vivan más confortablemente y son una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer o de otras enfermedades crónicas mortales, estos cuidados son proporcionados a pacientes que se encuentran en fase avanzada de su enfermedad y que tienen pocas probabilidades de curarse, generando alivio en los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado (OMS, 2018).

La atención fuera de los centros de salud y proporcionada en el propio hogar son esenciales para ofrecer servicios de cuidados paliativos y de alivio del dolor que puedan ayudar a los enfermos y a sus familias en los entornos con pocos recursos.

3.13 Tipos de cáncer más frecuentes

3.13.1 Cáncer cervicouterino (cérvix).

Antes del desarrollo definitivo de un cáncer de cervix, aparecen cambios pre malignos en las células, incluso años antes, estos cambios pre malignos pueden denominarse de varias formas: displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC), este tumor maligno puede crecer de varias maneras: a) crecimiento local, b) diseminación linfática y c) diseminación hematógena (Asociación Española Contra el Cáncer [A.E.C.C.], 2018).

El tratamiento dependerá del estadio clínico que tenga al momento del diagnóstico, en las etapas tempranas el tratamiento ideal es el quirúrgico, el tratamiento con radioterapia tiene el

mismo porcentaje de curación que la cirugía, pero con la probabilidad de un mayor daño a nivel vesical e intestinal. El tratamiento establecido para las etapas localmente avanzadas es la quimioterapia-radioterapia (Montalvo, 2012).

3.13.2 Cáncer de Mama

Los factores de riesgo relacionados con su desarrollo se clasifican en reproductivos, genéticos y ambientales, se estima que cada año, 1.6 millones de mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama en el mundo, mientras que 522, 000 mueren a consecuencia de la enfermedad, los tratamientos utilizados para el cáncer de mama son quimioterapia neo adyuvante que se usa como tratamiento previo a la cirugía, cirugía que puede ser mastectomía radical o conservadora, cuadrantectomía, y nuevamente tratamiento con quimioterapia adyuvante, posterior a la cirugía y la radioterapia, todo esto dependerá del estadio al momento en que se produjo el diagnóstico (Montalvo, 2012).

3.13.3 Cáncer de Tiroides

Pocas enfermedades causan más controversia en relación con su manejo que el cáncer de tiroides. Su tratamiento es la cirugía, posteriormente se realiza la ablación con Yodo radioactivo, se practica cuatro a seis semanas después de la intervención quirúrgica (Granados, Martín, y Hinojosa, 2016).

3.13.4 Cáncer de Colon

Un 60 a 70% de los pacientes con cáncer colorrectal se presentan con enfermedad localizada, casos en los que la cirugía suele tener carácter curativo; sin embargo, hasta 40 a 50% de ellos recaerán y morirán por enfermedad metastásica (Granados, Martín, y Hinojosa, 2016).

3.13.5 Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en países desarrollados, y la segunda en los subdesarrollados, después del cáncer cervicouterino. Suele manifestarse con sangrado uterino anormal en mujeres pos menopáusicas, se diagnostica casi siempre en estadios clínicos tempranos, el pronóstico es favorable y el tratamiento en estas etapas suele ser quirúrgico, con altas tasas de éxito (Granados, Martín, y Hinojosa, 2016).

3.13.6 Cáncer de ovario

El cáncer de ovario es la tercera malignidad ginecológica más frecuente, pero la primera en mortalidad, lo cual se debe al diagnóstico tardío y a la alta morbilidad de los tratamientos oncológicos, aunque el pronóstico ha mejorado sustancialmente el beneficio solo se observa ante un diagnóstico temprano (Granados, Martín, y Hinojosa, 2016).

Estos se pueden mencionar como los tipos de cáncer más frecuentes, en los que se observa que el éxito de los tratamientos depende de una detección temprana, pero no por eso el diagnóstico, tratamiento y pronóstico dejan de generar el mismo temor al sufrimiento, la pérdida y la posibilidad de la muerte.

3.14 Aspectos psicológicos del cáncer.

Al abordar las razones que justifican el desarrollo de una aproximación terapéutica específica para pacientes oncológicos, un primer aspecto que debe tenerse en cuenta es la

naturaleza de la enfermedad, que como bien es sabido es crónica, por lo que el paciente ha de cambiar sus esquemas generales de afrontamiento referidos a las enfermedades agudas.

Ante el diagnóstico de cáncer, el individuo debe aprender a convivir con su enfermedad procurando en la medida de lo posible que no se produzca un deterioro en su calidad de vida, que se puede propiciar por la incertidumbre y la incapacidad de control que percibe el paciente por el desconocimiento de su enfermedad y el curso que esta pueda seguir.

Los tratamientos empleados son generalmente agresivos y cargados de efectos colaterales, difíciles de entender para el paciente que los sufre, porque les hace experimentar reacciones que ponen en tela de juicio la efectividad de los tratamientos y su posibilidad de obtener una curación.

Para Barreto estos tratamientos son un problema de auto-control negativo, donde “el sujeto ha de soportar eventos aversivos a corto plazo, no para recibir a largo plazo consecuencias positivas, sino para evitar consecuencias negativas”, esto no permite que se desarrollen los mecanismos que activan las motivaciones en los individuos que son una gran herramienta terapéutica para el tratamiento médico y/o psicológico (Barreto, 2003).

En el aspecto psicológico, el cáncer es un hecho vital no normativo que causa estrés emocional, según Cano (2005) los pacientes con cáncer deben afrontar grandes cambios que abarcan aspectos emocionales, conductuales y sociales, y esto en algún momento les puede llevar a modificar su rol personal y comunitario, teniendo en consideración lo anterior, algunos autores han estudiado la influencia de los aspectos psicosociales en el curso de la enfermedad, hallando

que existe una relación entre la adaptación psicosocial y la respuesta a los tratamientos médicos (Cantú y Álvarez, 2009).

Ante el diagnóstico de cáncer, los pacientes implementan estrategias de afrontamiento que les ayudan a lidiar con las situaciones estresantes y adaptarse a los cambios.

“Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a procesos cognitivos y conductuales que contribuyen al manejo de la situación amenazante y eventos desagradables como la incertidumbre, la pérdida del sentido de la vida y el miedo a la muerte, a la agonía y al dolor” (Cieřlak ,2013, p. 61).

Cabe resaltar que el uso de las estrategias de afrontamiento puede estar relacionado con otras variables, tales como la edad, el género, estado civil y la escolaridad, pero también con aspectos médicos como el tipo de cáncer, la localización, el estadio en que se encuentra la enfermedad y los tratamientos empleados.

Otra variable de interés psicológico en el cáncer es el apoyo social, el cual ha sido ampliamente estudiado en esta población, según Nisa y Rizvi (2016), el apoyo social puede beneficiar a los pacientes en la expresión de sus emociones, para mantener las relaciones sociales, en la percepción de bienestar psicológico y en la forma de seleccionar estrategias de afrontamiento que le sean eficientes, por esas razones se relaciona con la adaptación, los estudios mencionan que por lo general los pacientes con cáncer reciben apoyo social eficiente (Pérez, González, Miele, y Uribe 2017).

3.15 Psicooncología

El área de interconsulta psiquiátrica/psicológica, favoreció el inicio de los primeros trabajos de adaptación psicológica al diagnóstico de cáncer y a su tratamiento, según la historia en el año 1955 se publicaron los primeros artículos con respecto a la reacción psicológica de pacientes con cáncer, hechos por el grupo de psiquiatría del Massachusetts General Hospital, bajo la dirección del Dr. Finesinger, y por el grupo de psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center, bajo la dirección del Dr. Sutherland. Los equipos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales de estos dos hospitales empezaron a formar enlaces clínicos y de investigación con el equipo de tratamiento (cirujanos, oncólogos y radioterapeutas), y en colaboración mutua comenzaron a trabajar en los cimientos de un campo que más tarde se denominaría psicooncología (Jiménez, López, y Díaz, 2017).

Algunas de las causas que se han producido y que han contribuido al desarrollo del área de la psicooncología tienen que ver con:

- la importancia sanitaria y social del cáncer.
- la atención desde un enfoque interdisciplinario e integral a los pacientes de cáncer, atendiendo los aspectos psicosociales de esta enfermedad.
- en cuidados paliativos la necesidad de un abordaje biopsicosocial, valorando las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familias.
- la necesidad de que el paciente tenga información adecuada y participe en las decisiones terapéuticas
- el énfasis en la necesidad de mejorar las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios para optimizar la comunicación con el enfermo, manejar las

emociones y las situaciones estresantes o conflictivas en la interacción con el paciente, de forma que éste logre la comprensión adecuada del proceso de diagnóstico y tratamiento, asegurar su adherencia y disminuir los efectos adversos de las medidas preventivas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos.

- la necesidad de que los sanitarios afronten adecuadamente el estrés profesional y prevenir el burnout, también es importante la prevención, la promoción y la educación para la salud (Jiménez, López, y Díaz, 2017).

En las últimas décadas, se ha producido un aumento creciente de la aplicación de la psicología de la salud al cáncer y otras enfermedades crónicas, este hecho ha contribuido al impulso de la psicooncología, que toma de la psicología de la salud modelos biopsicosociales, métodos de evaluación e intervención psicológica en el área de salud y enfermedad.

Otro de los factores determinantes para el desarrollo definitivo de la psicooncología ha sido la comprobación de la eficacia del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida, disminuir las reacciones adversas de estrés, ansiedad y depresión, así como mejorar la adaptación de los pacientes de cáncer y sus familiares.

Ha habido incluso, algunos estudios que han tratado de demostrar que las terapias psicológicas pueden prolongar la supervivencia del paciente con cáncer, sin embargo, se han señalado importantes deficiencias metodológicas de estas investigaciones que han anulado la credibilidad de sus resultados, concluyendo que las investigaciones previas no lograron demostrar el efecto de la psicoterapia en la supervivencia (Jiménez, López, y Díaz, 2017).

Capítulo 4: Metodología

4.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo de alcance correlacional en el que se midieron las dos variables que corresponden a pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios con corte transversal, identificando el afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que acuden de forma ambulatoria y los que se encuentran hospitalizados en el hospital general San Felipe de la ciudad de Tegucigalpa, en el periodo de tiempo comprendido en los meses de noviembre y diciembre del año 2018.

4.2 Profundidad del estudio

Es una investigación correlacional en la que se midió el grado de semejanza o diferencia que existe entre el afrontamiento al estrés, el tipo de cáncer, tratamiento y características sociodemográficas que pueden presentar los pacientes oncológicos atendidos de forma ambulatoria y los que se encuentran hospitalizados, en el Hospital General San Felipe de la ciudad de Tegucigalpa.

4.3 Población y muestra

La población sujeta de estudio fueron pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos y tratamientos, que se encontraban hospitalizados en ese momento y los que asistían a citas médicas en la consulta externa de oncología del Hospital General San Felipe, el tiempo estuvo comprendido entre noviembre y diciembre de 2018.

La muestra fue establecida a conveniencia, 59 pacientes hospitalizados de las salas de oncología médica de mujeres y oncología médica de hombres, 177 de consulta externa,

considerando por cada paciente hospitalizados 3 de consulta externa, haciendo un total de 236 pacientes. Para efectos del estudio se excluyeron las y los pacientes de las salas de cirugía oncológica ya que entre estos pacientes se encuentran ingresados algunos que aún no cuentan con un diagnóstico definitivo de cáncer o su tratamiento.

4.4 Hipótesis

- **H1:** Existe diferencia significativa entre las características sociodemográficas y los estilos de afrontamiento al estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.
- **H0:** No existe diferencia significativa entre las características sociodemográficas y los estilos de afrontamiento al estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.
- **H2:** Existe diferencia significativa en el estilo de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.
H0: No existe diferencia significativa en el estilo de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.
- **H3:** Existe una diferencia significativa entre tipo de cáncer, tratamiento y estilo de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran

hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.

H0: No existe una diferencia significativa entre tipo de cáncer, tratamiento y estilo de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados y los que asisten de forma ambulatoria en el Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa.

4.5 Matriz de operacionalización de variables

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Afrontamiento al estrés	En términos generales, se define como el conjunto de respuestas ante una situación estresante, ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación.	Aplicación del Cuestionario CAEPO	1. Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA).	Estas tres escalas están constituidas por 20 ítems y exploran presencia de conductas y pensamientos positivos.
	Escala de Autocontrol y de Control Emocional (ACE).			
	Ante situaciones estresantes las personas hacen uso de los recursos cognitivos y conductuales para poder manejar las demandas que se le presentan sean estas externas y/o internas y que sobrepasan los		Escala de Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	
			2. Escala de Ansiedad y preocupación Ansiosa (APA).	Estas cuatro escalas están constituidas por 20 ítems y exploran presencia de conductas y pensamientos no adaptativos.
			Escala de Pasividad y resignación Pasiva (PRP).	
			Escala de Huida y Distanciamiento (HD).	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
	recursos de un individuo (Nieto, 2015).		Escala de negación (N)	
Sociodemográficas	Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomadas (Tejada, 2012).	Aplicación de encuesta de datos sociodemográficos.	a. Sexo b. Edad c. Estado Civil d. Escolaridad e. Procedencia f. Ocupación g. Situación laboral h. Tipo de vivienda	Masculino, Femenino. Rangos edades : (>20, 20-39, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 y más). Con pareja, sin pareja Ninguna, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, universidad incompleta, universidad completa. Departamento del que proceden. Diferentes ocupaciones. Con empleo, sin empleo. Paredes, Techo, Piso, disponibilidad del agua.

4.6 Instrumento

4.6.1 Ficha de Datos Sociodemográficos:

Para el estudio se elaboró una ficha con datos sociodemográficos para obtener una caracterización de los pacientes oncológicos en general y establecer si existe una diferencia en los datos sociodemográficos de los pacientes hospitalizados y ambulatorios, donde se tomaron en cuenta dimensiones como; número de carnet, edad, si estaba hospitalizado, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, ocupación, procedencia, situación laboral, situación de vivienda, diagnóstico, tipo de tratamiento. (Ver anexo N°2).

4.6.2 Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés en Pacientes Oncológicos CAEPO.

El cuestionario CAEPO, fue elaborado por María Teresa González Martínez, especialista en psicología clínica y profesora titular de la Universidad de Salamanca, este cuestionario fue publicado por TEA Ediciones, Madrid (2004) y su última revisión es del 2015, fue creado para uso en adultos con diagnóstico de cáncer, aunque también resulta útil aplicarlo a pacientes con alguna otra enfermedad crónica con diferentes grados de gravedad.

Según González (2004), la fiabilidad del cuestionario se calculó mediante coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, en todas las escalas los índices son superiores a 0,80 a excepción de la escala N donde el índice se acercó a ese valor, la validez se realizó con rotación varimax y criterio de Kaiser, y las saturaciones factoriales están entre 0,64 y 0,87 (González, 2004).

Consta de 40 ítems, los cuales se organizan en torno a 7 escalas, cada una de las cuales corresponde a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento, y se encuentran mezclados para evitar contaminación en las respuestas. El origen y la naturaleza de las 7 escalas del CAEPO han sido establecidos mediante estudios de análisis de componentes principales con rotación varimax (González, 2004).

De los 40 ítems, 20 constituyen las tres primeras escalas (Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional y Búsqueda de Apoyo Social) que exploran la presencia de conductas y pensamientos positivos y activos ó tendentes a enfrentarse y a buscar alguna solución para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad. Las puntuaciones altas en estas escalas indican la presencia de un modo de afrontamiento adaptativo que favorece el ajuste del sujeto.

Los otros 20 ítems constituyen las cuatro escalas restantes (Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Pasividad y Resignación Pasiva, Huída y Distanciamiento, y Negación), escalas que exploran la presencia de conductas y pensamientos negativos en el sentido de que el sujeto valora su situación como excesivamente amenazante o se siente incapaz de hacerle frente, lo que genera un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad. Las conductas y pensamientos que utiliza le llevan a tratar de eludir el problema, a aceptarlo estoicamente sin luchar o a negarlo pasivamente.

Las puntuaciones altas en estas escalas indican la presencia de un modo de afrontamiento no adaptativo que impide o interfiere en el ajuste del sujeto. Las escalas son:

- escala de enfrentamiento y lucha activa (ELA), indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil, pero ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos con los que cuenta.
- escala de autocontrol y de control emocional (ACE): el sujeto dirige su comportamiento a hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce la enfermedad y lo que ésta conlleva.

- escala de búsqueda de apoyo social (BAS): el sujeto considera importante para lograr un resultado positivo en torno a su recuperación, el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a él.
- escala de ansiedad y preocupación ansiosa (APA): valora la situación como grave y muy amenazante, con incertidumbres respecto a la evolución y futuro de su enfermedad.
- escala de pasividad y resignación pasiva (PRP): considera que tiene muy pocas posibilidades para superar la situación grave, tiene una visión pesimista y fatalista, respecto a su futuro, a la evolución y pronóstico de su enfermedad.
- escala de huída y distanciamiento (HD): el sujeto valora la situación como inadecuada, intentando escapar o eludir la realidad de la situación, hay un pesimismo extremo respecto a su pronóstico.
- escala de negación (N): niega la evidencia de la enfermedad y la realidad (González, 2004). Ver anexo N°3

4.6.3 Consideraciones éticas

Es una investigación con riesgo mínimo para los participantes. En las salas de hospitalización fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que presentaban una condición médica grave o que por su estado de salud en ese momento no podían ser importunados, también se excluyeron las y los pacientes de las salas de cirugía oncológica ya que entre estos pacientes se encuentran ingresados algunos que aún no cuentan con un diagnóstico definitivo de cáncer o su tratamiento. Como el estudio se inició con pacientes hospitalizados se contó con el apoyo de

un grupo de estudiantes de último año de la carrera de psicología, quienes realizaban una práctica supervisada en el lugar y a quienes se solicitó su colaboración.

Previo a la aplicación de los instrumentos se le explicó a cada paciente de que se trataba la investigación y cuál era el objetivo de la misma, una vez realizado esto se procedió a leer el consentimiento informado (Ver anexo No.1) elaborado para tal fin, el cual fue firmado por cada paciente.

En el área de consulta externa de oncología, la colaboración fue proporcionada por el personal de enfermería, quienes al solicitar el carnet de cita entregaban a cada paciente el instrumento con la advertencia que debían esperar las instrucciones que les serían proporcionadas por las psicólogas de oncología, las instrucciones fueron las mismas que para el paciente hospitalizado y también hubieron pacientes que por su condición de salud no pudieron participar en el estudio y otros que se negaron a hacerlo.

Aunque se garantizó la privacidad, en los datos generales les fue solicitado el número de carnet para poder realizar la devolución de resultados posteriormente.

4.6.4 Procedimiento

Una vez aprobado el consentimiento informado, se llenaba la ficha de datos sociodemográficos y posteriormente se leían las instrucciones del Cuestionario CAEPO después de lo cual se procedió a aplicar el instrumento, es importante mencionar que en ocasiones fue necesario detener la evaluación debido a que surgían emociones en los pacientes que requerían de una intervención en crisis (Primeros auxilios psicológicos).

Realizadas las evaluaciones los datos de cada cuestionario fueron trasladados a la hoja de respuestas, para realizar la sumatoria, con los subtotales se encontró el respectivo decatipo en la tabla y se determinó si el tipo de afrontamiento era positivo, preferentemente positivo, indefinido, negativo o preferentemente negativo, en base a los rangos establecidos para tal fin.

Una vez realizado este trabajo se vaciaron los resultados, así como los datos sociodemográficos de cada uno de los participantes a la base de datos que fue utilizada en el análisis estadístico.

Capítulo 5: Análisis de Resultados

5.1 Resultados:

La muestra estudiada fue un total de 236 pacientes de los cuales 177 son de consulta externa y 59 de hospitalización.

5.2 Caracterización Sociodemográfica.

5.2.1 Distribución por rango de edad.

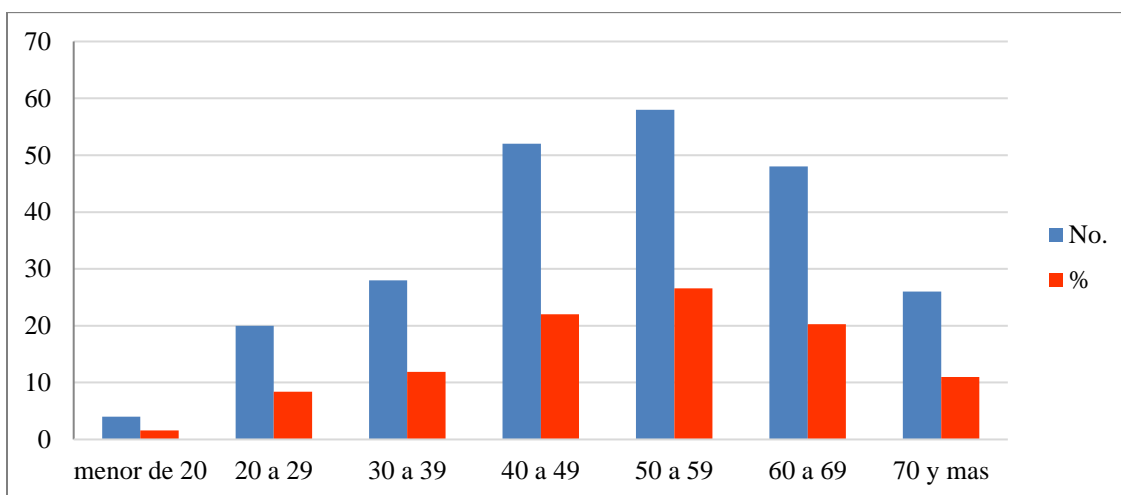


Figura 1 - Distribución por Rango de Edad.

La media de edad fue de 51.4 años, con desviación estándar de 15.4 años, valor mínimo 19 años y una mediana de 52.0 años y una moda de 40.0 años, distribución normal.

5.2.2 Distribución por Sexo

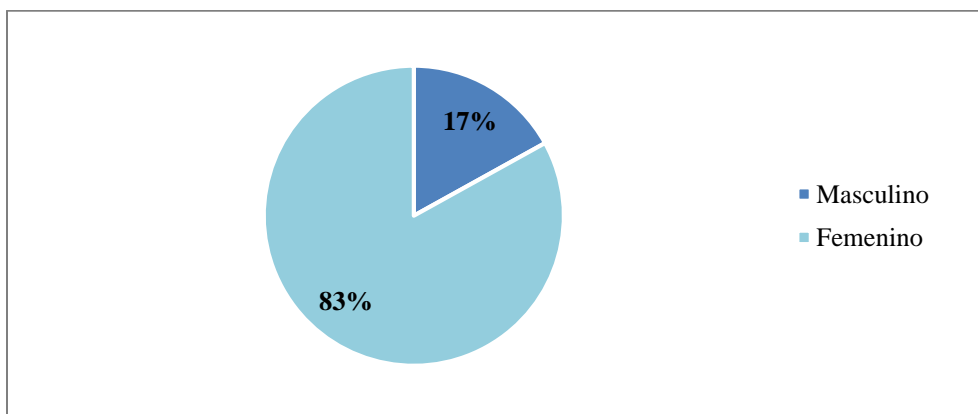


Figura 2 - Distribución por Sexo.

En relación al sexo 40(17.0%) eran masculino y 60(83.0%) del femenino a una razón de F: M= 5:1

5.2.3 Distribución del nivel de escolaridad

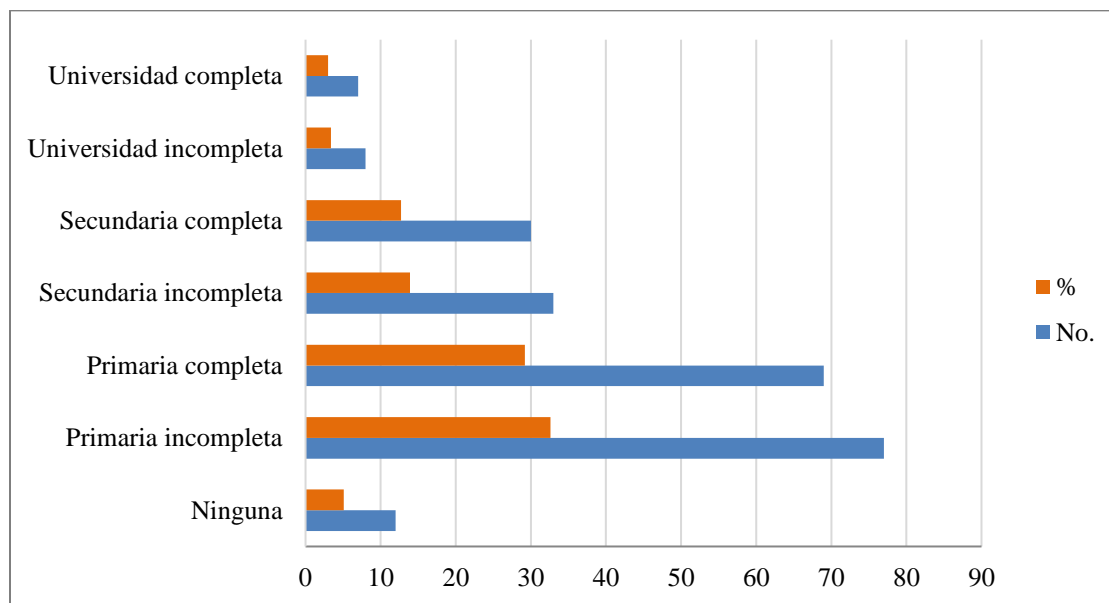


Figura 3 - Distribución del Nivel de Escolaridad.

Media de 6.2 años, con una desviación estándar de 4.3 años, con una mediana de 6 años, y una moda de 6 años un mínimo de 0.0 años y un máximo de 20 años de escolaridad.

5.2.4 Procedencia

Tabla 2

Procedencia

Procedencia por departamento	No.	%
Francisco Morazán	118	50.2
Cholulteca	19	8.1
Olancho	17	7.2
Comayagua	14	6.0
Atlántida	9	3.8
El Paraíso	9	3.8
Cortes	7	3.0

Procedencia por departamento	No.	%
Valle	7	3.0
Yoro	7	3.0
La Paz	6	2.6
Colon	4	1.7
Copan	4	1.7
Intibucá	4	1.7
Islas de la Bahía	1	0.4
Lempira	1	0.4
Santa Bárbara	1	0.4
Total	235	100.0
Procedentes del Distrito Central		
Si	86	36.6
No	149	63.4
Total	235	100.0

En cuanto a la procedencia el 50.2% procedían del departamento de Francisco Morazán, y el resto de 11 departamentos del país.

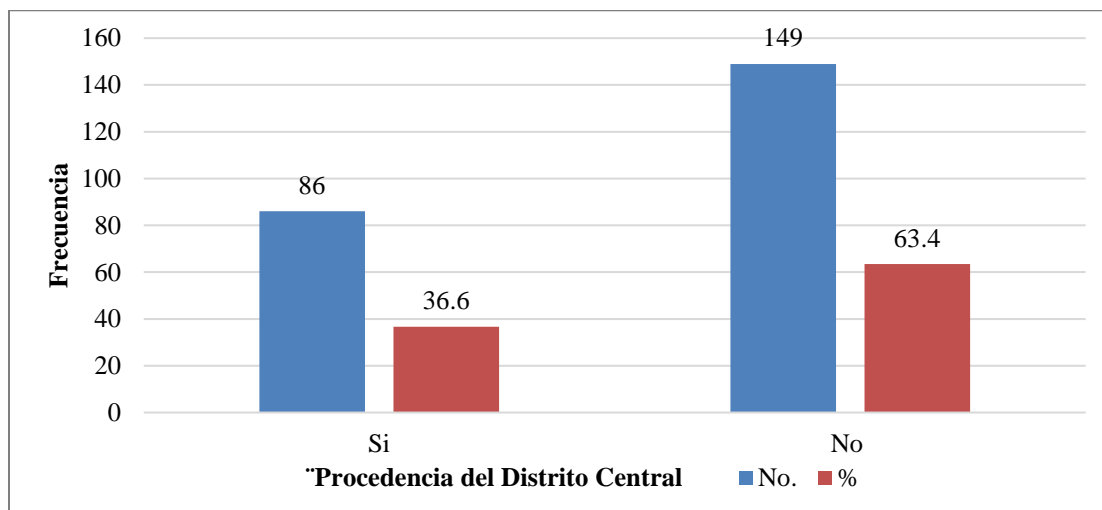


Figura 4–Procedencia.

5.2.5 Distribución de la ocupación, profesión y situación laboral

Tabla 3*Distribución de la Ocupación, Profesión y Situación Laboral*

Variable	No.	%
Ocupación		
Ama de casa	156	66.1
Agricultor	15	6.4
Costurera	13	5.5
Jubilado	7	3.0
Taxista	7	3.0
Ingeniero	4	1.7
Maestra	4	1.7
Albañil	3	1.3
Mecánico	3	1.3
Aseadora	2	0.8
Desempleado	2	0.8
Estudiante	2	0.8
Ninguna	2	0.8
Administrador de negocios	1	0.4
Alfarería	1	0.4
Arquitecto	1	0.4
Caficultor	1	0.4
Cocinera	1	0.4
Comerciante	1	0.4
Ebanista	1	0.4
Empleada domestica	1	0.4
Estilista	1	0.4
Labrador	1	0.4
Motorista	1	0.4
Personal de salud	1	0.4
Zapatero	1	0.4
Total	236	100.0
Situación laboral		

Con empleo	40	17.0
Sin empleo	196	83.0
Total	236	100

66.1 % amas de casa y 6.4% agricultores y 5.5% costureras.

5.2.6 Situación laboral

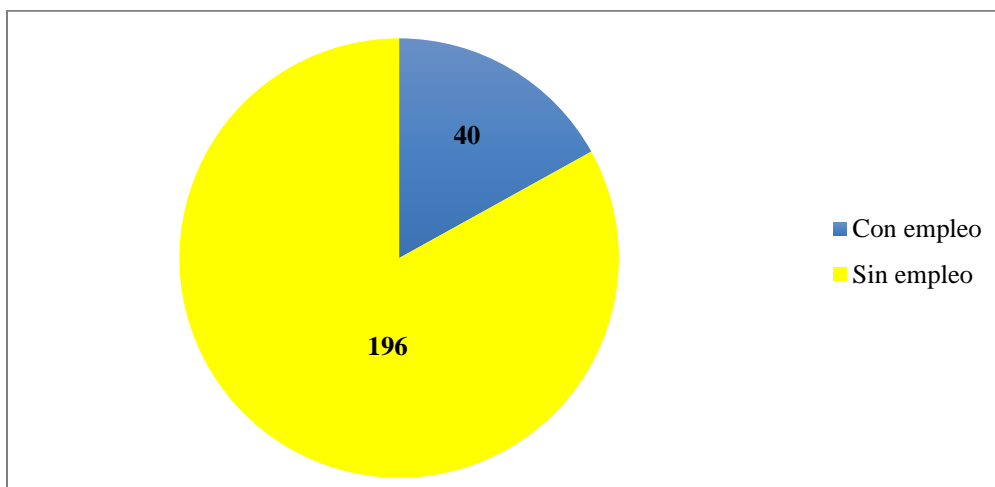


Figura 5 - Situación Laboral.

48 profesión, 18(7.6%), perito mercantil 6(2.5%), secretarias 4(0.9%) maestros, bachilleres 11(4.7%), técnicos 3(1.3%), 5 (2.5%) ingenieros 2(1.9%).

5.2.7 Tipo de vivienda y disponibilidad de agua

Tabla 4

Tipo de Vivienda y Disponibilidad de Agua

Vivienda	No.	%
Paredes		
Bloque	38.5	38.5
Adobe	30.5	30.5
Ladrillo	24.7	24.7
Madera	4.9	4.9
Cemento	0.9	0.9
Bahareque	0.5	0.5

Vivienda	No.	%
Total	223	100.0
Techo		
Zinc	135	57.7
Teja	53	22.7
Asbesto	20	8.6
Aluzin	19	8.1
Concreto	6	2.6
Madera	1	0.4
Total	234	100.0
Piso		
Cemento	104	44.6
Cerámica	70	30.0
Ladrillo	35	15.0
Tierra	21	9.0
Barro	2	0.9
Madera	1	0.4
Total	233	100.0
Disponibilidad de agua		
Llave	193	81.8
Compra	23	9.8
Pozo	19	8.1
pozo y llave	1	0.4
Total	236	100.0

El 38.5% vivían en casas con paredes de bloque, el 57.7% el techo era de zinc y el 44.6% piso de cerámica, un 9.0% piso de tierra. El agua el 81.8% era a través de llave.

5.2.8 Caracterización clínica y de tratamiento

Tabla 5

Diagnóstico de Pacientes

Diagnóstico	No.	%
Cáncer de mama	65	27.5
Cáncer de cérvix	31	13.1
Cáncer de colon	20	8.5
Cáncer de tiroides	18	7.6
Cáncer de ovario	18	7.6
Cáncer de endometrio	15	6.4
Cáncer gástrico	10	4.2
No sabe	7	3.0
Cáncer de pulmón	5	2.1
Osteosarcoma	4	1.7
Linfoma	4	1.7
Cáncer de próstata	4	1.7
Cáncer de estomago	4	1.7
Cáncer de vejiga	2	0.8
Cáncer de parótida	2	0.8
Cáncer de páncreas	2	0.8
Cáncer de hígado	2	0.8
Sarcoma sinovial	1	0.4
Sarcoma de cuello	1	0.4
Rabdomiosarcoma ocular	1	0.4
Neurofibrosarcoma	1	0.4
Metástasis pulmón y cerebro	1	0.4
Melanoma maligno	1	0.4
Liposarcoma	1	0.4
Linfoma no Hodgkin	1	0.4
Linfoma difuso	1	0.4
Leucemia	1	0.4
Hemangioendotelioma	1	0.4
Glioblastoma tumor frontal	1	0.4
Dermatofibrosarcoma	1	0.4
Cáncer de vesícula	1	0.4

Diagnóstico	No.	%
Cáncer de colon con metástasis a hígado	1	0.4
Cáncer de cabeza de páncreas	1	0.4
Cáncer retro peritoneal	1	0.4
Cáncer maxilar superior derecho	1	0.4
Cáncer de útero, metástasis a pulmón	1	0.4
Cáncer de tiroides con metástasis cervical	1	0.4
Cáncer de recto con metástasis	1	0.4
Cáncer de pene	1	0.4
Adenocarcinoma ulcerado de recto	1	0.4
Total	236	100.0

Por orden de frecuencia tenían el 27.5% cáncer de mama y el 13.1% cáncer de cervix, 8.5% cáncer de colon y en un 7.6% cáncer de tiroides

5.2.9 Distribución del Tratamiento

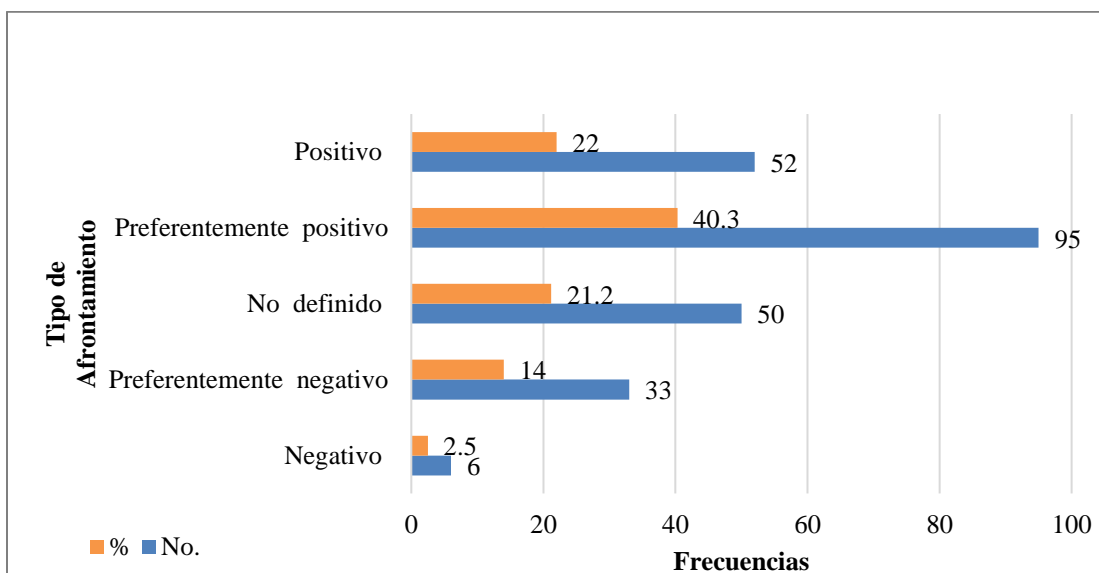
Tabla 6

Distribución del Tratamiento

Tratamiento recibido	No.	%
Quimioterapia	79	33.8
Cirugía	50	21.4
Quimioterapia y radioterapia	36	15.4
No sabe	17	7.3
Quimioterapia radioterapia y cirugía	16	6.8
Quimioterapia y cirugía	14	6.0
Radioterapia	11	4.7
Cirugía y radioterapia	6	2.6
Cirugía y yodo	2	0.9
Ninguno	2	0.9
Paliativo	1	0.4
Total	234	100.0

El 33.8% quimioterapia, el 21.4% cirugía y el 15.4% quimioterapia más radioterapia, que constituye más del 60% de la población estudiada.

5.2.10 Tipos de Afrontamiento



Gráfica 6 - Tipos de Afrontamiento.

22.0% fue positivo, el 40.3% preferentemente positivo, un 21.2% no definido, 14.0% preferentemente negativo y únicamente un 2.5% negativo.

5.2.11 Relación entre medias de variables sociodemográficas cuantitativas y el tipo de afrontamiento

Tabla 7

Relación entre Medias de Variables Sociodemográficas Cuantitativas y el Tipo de Afrontamiento

Variable	Tipo de Afrontamiento			p*
	Positivo Media(DE)	Indefinido Media (DE)	Negativo Media (DE)	
Edad	51.4 (15.2)	52.1(16.2)	50.8(15.7)	0.9
Años de escolaridad	6.5(4.7)	6.3(3.5)	4.9(3.8)	0.1
No. de hijos	3.7(2.4)	3.5(2.5)	3.7(3.0)	0.9

*ANOVA

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de afrontamiento positivo, indefinido y negativo y la edad, años de escolaridad y número de hijos.

5.2.12 Escalas de test de afrontamiento según el lugar de atención

Tabla 8

Escalas de Test de Afrontamiento según el Lugar de Atención

Escalas	Lugar de Atención del paciente		p*
	Consulta externa (177 pacientes)	Hospitalización (59 pacientes)	
	Medias(DE)	Medias(DE)	
Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	22.4(4.5)	23.9(3.3)	0.006
Autocontrol y Control Emocional (ACE)	16.7(3.4)	18.0(2.6)	0.004
Búsqueda y apoyo social (BAS)	8.3(2.5)	9.2(2.5)	0.02
Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)	7.7(3.6)	7.1(3.4)	0.24
Pasividad y resignación pasiva (PRP)	7.1(3.7)	8.3(3.6)	0.03
Huida y distanciamiento (HD)	11.1(3.4)	12.5(3.2)	0.004
Negación (N)	4.3(2.4)	3.7(2.0)	0.07
Subtotal negativo	30.0(8.9)	31.6(8.5)	0.2
Subtotal positivo	47.3(8.8)	51.1(7.2)	0.001
DEC negativo	7.9(1.6)	8.2 (1.5)	0.02
DEC positivo	8.9(1.6)	9.4(1.1)	0.007

*t de Student

Escalas estadísticamente significativas en negrita.

5.2.13 Tipo de afrontamiento según el lugar de atención

Tabla 9

Tipo de Afrontamiento según el Lugar de Atención

Tipo de Afrontamiento	Lugar de atención del paciente				χ^2 (gl)	P
	Consulta Externa		Hospitalizado			
	No.	%	No.	%		
Negativo	34	19.2	5	8.5	3.7 (2)	0.15
No definido	36	20.3	14	23.7		

Positivo	107	60.5	40	67.8
Total	177	100.0	59	100.0

En hospitalización el afrontamiento positivo fue mayor que los de consulta externa sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas con una $p=0.15$.

5.2.14 Características sociodemográficas cuantitativas

Tabla 10 - Características Sociodemográficas Cuantitativas

Características Sociodemográficas Cuantitativas

Variable	Lugar de atención		p*
	Consulta externa	Hospitalización	
	Media(DE)	Media (DE)	
Edad	51.9 (15.6)	49.9.1(15.0)	0.4
Años de escolaridad	6.5(4.4)	5.1(4.0)	0.02
No. de hijos	3.6(2.5)	3.8(2.7)	0.6

*t de Student

Años de escolaridad fue mayor en los que fueron seleccionados de consulta externa $p=0.02$

5.2.15 Características sociodemográficas cualitativas

Tabla 11

Características Socio Demográficas Cualitativas

Variable	Lugar de atención				X ²	p
	Consulta Externa		Hospitalizado			
	No.	%	No.	%		
Sexo						
Femenino	154	87.0	42	71.2	7.9	0.009
Masculino	23	13.0	17	28.8		
Total	177	100.0	59	100.0		

Estado civil						
Con pareja	89	50.3	22	37.3	2.9	0.11
Sin pareja	88	49.7	37	62.7		
Total	177		59			
Procedente del Distrito Central						
Si	70	39.5	16	27.6	2.7	0.11
No	107		42			
Total	177					
Empleo						
Si	37	20.9	3	5.1	7.9	*0.009
No	140	79.1	56	94.9		
Total	177					

En consulta externa, fue mayor el sexo femenino y el empleo con diferencias estadísticamente significativas de ($p=0.009$).

5.2.16 Tipo de afrontamiento según algunas variables sociodemográficas

Tabla 12

Tipo de Afrontamiento según algunas Variables Sociodemográficas

Variable	Tipo de Afrontamiento						X ²	p
	Negativo		No definido		Positivo			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Sexo								
Femenino	35	8.79	39	78.0	122	82.9	2.2	0.3
Masculino	4	10.3	11	22.0	25	17.1		
Total	39	100.0	50	100.0	147	100.0		
Estado civil								
Con pareja	21	53.9	18	36.0	72	49.0	3.4	0.18
Sin pareja	18	46.1	32	64.0	75	51.0		
Total	39	100.0	50	100.0	147	100.0		

Procedente del distrito central								
Si	16	41.0	16	32.0	54	37.0	0.8	0.7
No	23	59.0	34	68.0	92	63.0		
Total	39	100.0	50	100.0	146	100.0		
Empleo								
Si	9	23.1	6	12.0	25	17.0	1.9	0.3
No	30	76.9	44	88.0	122	83.0		
Total	39	100.0	50	100.0	147	100.0		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

5.2.17 Afrontamiento según el tipo de cáncer

Tabla 13

Afrontamiento según el Tipo de Cáncer

Diagnóstico de Cáncer	Tipo de afrontamiento					
	Negativo		No definido		Positivo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cérvix	6	15.38	7	14.00	18	12.24
Endometrio	6	15.38	1	2.00	8	5.44
Tiroides	6	15.38	7	14.00	6	4.08
Mama	5	12.82	10	20.00	50	34.01
Ovario	5	12.82	4	8.00	9	6.12
Colon	3	7.69	6	12.00	12	8.16
No sabe	2	5.13	1	2.00	4	2.72
Estomago	1	2.56	3	6.00	10	6.80
Hígado	1	2.56	0	0.00	1	0.68
Ojo	1	2.56	0	0.00	0	0.00
Páncreas	1	2.56	1	2.00	1	0.68
Parótida	1	2.56	0	0.00	1	0.68
Pulmón	1	2.56	1	2.00	3	2.04
Cerebro	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Cuello	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Dermatofibrosarcoma	0	0.00	0	0.00	1	0.68

Glioblastoma	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Hemangiomaendotelioma	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Leucemia	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Linfoma	0	0.00	4	8.00	2	1.36
Liposarcoma	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Maxilar	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Melanoma	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Neurofibrosarcoma	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Osteosarcoma	0	0.00	3	6.00	1	0.68
Pene	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Próstata	0	0.00	1	2.00	3	2.04
Recto	0	0.00	0	0.00	2	1.36
Retro peritoneal	0	0.00	1	2.00	0	0.00
Sarcoma	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Útero	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Vejiga	0	0.00	0	0.00	2	1.36
Vesícula	0	0.00	0	0.00	1	0.68
Total	39	100.0	50	100.0	147	100.0

El afrontamiento negativo únicamente se encontró en 6 pacientes con cáncer de cérvix, 6 con cáncer de endometrio, y 6 cáncer de tiroides.

5.2.18 Tipo de afrontamiento según tratamiento

Tabla 14

Tipo de Afrontamiento según Tratamiento

Tratamiento recibido	Tipo de Afrontamiento					
	Negativo		no definido		positivo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cirugía	14	35.90	8	16.00	28	19.31
Quimioterapia	11	28.21	15	30.00	53	36.55
No sabe	5	12.82	4	8.00	8	5.52
Quimioterapia y radioterapia	4	10.26	7	14.00	25	17.24

Quimioterapia radioterapia y cirugía	2	5.13	7	14.00	7	4.83
Cirugía y radioterapia	1	2.56	3	6.00	2	1.38
Quimioterapia y cirugía	1	2.56	1	2.00	12	8.28
Radioterapia	1	2.56	3	6.00	7	4.83
Cirugía y yodo	0	0.00	1	2.00	1	0.69
Ninguno	0	0.00	0	0.00	2	1.38
Paliativo	0	0.00	1	2.00	0	0.00
Total	39	100.0	50	100.0	145	100.0

Afrontamiento negativo fue en pacientes habían recibido cirugía (14 pacientes), quimioterapia (11pacientes).

Capítulo 6: Discusión

En este estudio participaron un total de 236 pacientes, 59 hospitalizados y 177 de consulta externa, si caracterizamos estos pacientes nos encontramos con una prevalencia del sexo femenino de 5:1, son amas de casa y costureras, con un nivel de escolaridad que podría ser primaria incompleta, más del 50% se encontraban entre las edades de 40 a 69 años, la procedencia fue del departamento de Francisco Morazán con un 50.2%, seguidos por Choluteca, Olancho y Comayagua.

Las casas de estos pacientes en su mayoría son construidas de bloque con piso de cerámica, techo de zinc y el suministro de agua que reciben es a través de la llave. Un 83% no cuentan con empleo, lo que vuelve su situación económica sumamente complicada, sobre todo si se toma en cuenta que padecen una enfermedad que implica una erogación alta de dinero.

Los diagnósticos que se encontraron con más frecuencia fueron; cáncer de mama 27.5%, cáncer de cérvix 13.1%, cáncer de colon 8.5% y cáncer de tiroides 7.6%, (tabla 5), estos resultados tienen una relación directa con el hecho de que la prevalencia se observa en mujeres.

El 33.8% había recibido solo quimioterapia, el 21.4% fueron manejado con cirugía y el 15.4% quimioterapia más radioterapia, que constituye más del 60% de la población estudiada (tabla 6).

En cuanto al tipo de tratamiento es razonable porque el cáncer de mama que es el más frecuente en este estudio, generalmente inicia su tratamiento con quimioterapia, posteriormente cirugía y dependiendo del resultado de la estadificación necesitará quimioterapia más

radioterapia posterior a la cirugía, en las pacientes con cáncer de cérvix el tratamiento que reciben es quimioterapia mas radioterapia concomitante.

Estos datos presentan mucha similitud con los datos epidemiológicos de los pacientes oncológicos, presentados en el informe elaborado por el registro hospitalario de cáncer 2010-2012, los cuales indican que la mayor parte de los tumores malignos (73%) corresponde a las mujeres, manteniéndose una proporción anual por cada 3 mujeres: 1 hombre, el grupo de edad fue de 40 a 64 años, alcanzando el pico más alto en el grupo de 50 a 54 años, la procedencia corresponde en su mayoría al departamento de Francisco Morazán con el 40%, solicitando la atención por orden de frecuencia los que proceden de Choluteca, El Paraíso y Olancho respectivamente, en la mujer las localizaciones que representan el 75% de los casos en su orden de frecuencia: cérvix 39%, mama 19%, glándula tiroides 5%, estómago 5% (HGSEF, 2015).

En cuanto a edad, años de escolaridad y números de hijos no se encontraron diferencias que sean estadísticamente significativas en su relación con el tipo de afrontamiento (tabla 7).

En el paciente hospitalizado las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en el tipo de afrontamiento relacionado con las escalas enfrentamiento y lucha activa ELA $p=0.006$, autocontrol y control emocional ACE $p=0.004$, búsqueda de apoyo social BAS $p=0.02$ pasividad y resignación pasiva PRP $p=0.03$, huida y distanciamiento HD $p=0.004$ (tabla 8).

Estas puntuaciones nos indican que en estos pacientes hay una tendencia a presentar conductas y pensamientos positivos y activos o tendentes a enfrentarse y a buscar alguna solución para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad, a

pesar de que consideran que tienen muy pocas posibilidades para superar la situación, tienen una visión pesimista y fatalista respecto a su futuro, a la evolución y pronóstico de su enfermedad.

Los pacientes de consulta externa no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a los pacientes hospitalizados en las escalas de ansiedad y preocupación ansiosa, los que asisten de forma ambulatoria aprecian la situación como grave y muy amenazante, con incertidumbre respecto a cómo evolucionarán, llegando incluso a negar la evidencia de la enfermedad y su realidad.

En un estudio de calidad de vida, estrés y estilos de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer, en el CAEPO, la puntuación promedio mayor correspondió al afrontamiento positivo (41.46) denotando que los pacientes presentaban un buen manejo de sus emociones, control sobre su enfermedad y sobre ellos mismos, buscaban activamente soluciones para mejorar su situación actual, en este estudio los pacientes presentaban afrontamiento positivo con disminución de los demás estilos de afrontamiento negativo (Migliaccio, 2018).

En relación al afrontamiento y tipo de cáncer el afrontamiento positivo se observó en 50 pacientes con cáncer de mama, mientras que el afrontamiento negativo fue encontrado en 6 pacientes con cáncer de cérvix, 6 con cáncer de endometrio, y 6 cáncer de tiroides.

Llama la atención que se encuentre afrontamiento negativo en las pacientes con cáncer de tiroides ya que según la literatura, el cáncer diferenciado, que incluye al carcinoma papilar y carcinoma folicular, representan poco más de 80% de los casos de cáncer tiroideo y este grupo suele asociarse a un excelente pronóstico, aunque su incidencia crece, la mortalidad parece

decrecer, posterior a la cirugía se realiza la ablación con yodo radioactivo, se practica cuatro a seis semanas después de la intervención quirúrgica (Granados, 2016).

Sin embargo a raíz de estos resultados se decidió entrevistar a pacientes con cáncer de tiroides quienes coinciden en que a pesar del buen pronóstico que este cáncer tiene y de haberse realizado la cirugía (tiroidectomía), su preocupación residía en lo costoso de la ablación con yodo radioactivo, ya que deben viajar a países vecinos a recibir este tratamiento.

En Honduras en un centro privado el costo del tratamiento oscila entre 2 mil y 3 mil dólares (HGSEF, 2018).

Los pacientes hospitalizados valoran su situación como grave y difícil pero la ven como un reto, son más optimistas con respecto al pronóstico de su enfermedad, su papel es más activo y colaborador, sus pensamientos están orientados a ser placenteros como un medio distractor, para ellos es muy importante el apoyo que reciben de sus familiares y amigos así como el soporte espiritual.

Cabe destacar que el paciente hospitalizado durante su estadía en sala, recibe atención diaria de un equipo de trabajo multidisciplinario que les garantiza una atención oportuna, existen redes de apoyo externas que aportan de manera económica a aquellos pacientes que no pueden costearse algunos exámenes especiales o medicamentos no disponibles y también reciben visitas de grupos de diferente credo religioso que les proporcionan insumos personales y alimentos.

El paciente de consulta externa debe costearse su traslado, medicamentos, estadía, e insumos lo que le genera mayores gastos económicos y por ende mayor nivel de estrés que el paciente hospitalizado.

Capítulo 7: Conclusiones

- Se debe rechazar las hipótesis de trabajo y aceptar las hipótesis nulas porque no se encontró diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas, tipos de cáncer, tratamiento y estilos de afrontamiento ante el estrés de los pacientes oncológicos hospitalizados y los que asisten de manera ambulatoria al Hospital General San Felipe.
- Según el análisis de resultados el estilo de afrontamiento de los pacientes que asisten de forma ambulatoria y los que se encuentran hospitalizados es positivo. Estas personas realizan un despliegue de esfuerzos cognitivos y conductuales para mantenerse estables emocionalmente y lograr sobrellevar su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, cuentan con las redes de apoyo familiar, social y espiritual necesarias para enfrentar su problemática de salud.
- El perfil del paciente oncológico con tipo de afrontamiento negativo podría ser una persona del sexo femenino con una edad media de 51 años, con 5 años de escolaridad en promedio, sin pareja, con 4 hijos, atendida en consulta externa, procedente fuera del distrito central, ama de casa, sin empleo, con cáncer de cérvix, endometrio, o tiroides, tratada con cirugía o quimioterapia.

Capítulo 8: Recomendaciones

- Será de mucha utilidad profesional promover el interés en los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer, mediante el desarrollo de investigaciones que beneficien directamente a esta población hondureña tan vulnerable.
- Se considera que sería sumamente enriquecedor replicar esta investigación en la población oncológica infantil para tener la caracterización de adultos y niños con cáncer y poder establecer una comparación entre sus estilos de afrontamiento, como un aporte más a la psicología oncológica en Honduras.
- El cuestionario CAEPO, resultó ser de fácil comprensión y entendimiento, por lo tanto se recomienda su uso como parte de los procesos de evaluación de los pacientes oncológicos y los que padecen otras enfermedades crónicas .
- Ante el creciente diagnóstico de cáncer y conociendo el impacto emocional que genera en los pacientes y sus familiares, se vuelve una necesidad cada vez mayor contar con profesionales con conocimiento en este campo, por lo que se recomienda incluir el estudio de las personas con enfermedad crónica y específicamente con cáncer en el pénsum académico de pregrado y posgrado de la carrera de psicología.

Referencias

- American Cancer Society. (2018). *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos de 2015-2017*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/investigacion/datos-y-estadisticas-sobre-el-cancer-entre-los-hispanos.html>
- Asociación Psicológica Americana APA, 2017. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico>.
- Asociación Española Contra el Cáncer AECC, 2018. *Cáncer de Cérvix*. Recuperado de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix>
- Barreto, M. P. (2003). *La intervención psicológica en pacientes de cáncer*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>.
- Bermúdez, M. J., y Pérez, G. A. (2017). *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación. Volumen i*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cieřlak, (2013). *Radiotherapy and Expectations towards Medical Staff - Practical Implications*. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 18(2), 61-66.doi: 10.1016/j.rpor.2012.10.006.
- Estapé, M. T. (2018). *Cáncer: Cómo afrontar los tres días esenciales*. Barcelona: Editorial UOC. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P., y Martín, M.D. (2003). *Emoción y Motivación: La adaptación humana*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

- García-Conde, A., Ávila, M. M., Retes, R. R., Guerra, E. I., y Pastor, J. S. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, 13(2/3), pp.271.
- García G., Lucio G., Maqueo L., (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>.
- García, G., (2014). *Psicología general (3a. ed.)*. México: Grupo Editorial Patria. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- García-Torres F., Alós C., Pérez-Dueñas C., Moriana J., (2015). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en Psicooncología, alteraciones psicológicas y físicas.
- González M., (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1 (25), 35-49.
- Granados, G., Martín, A., y Hinojosa, G., (2016). *Tratamiento del cáncer: Oncología médica, quirúrgica y radioterapia*. México: Manual Moderno.
- Holland, J., Watson, M., y Dunn, J.,(2011). *The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care*. *Psycho-Oncology*, 20(7), 677-680.
- Hospital General San Felipe (2018). Departamento de Estadísticas.
- Hospital General San Felipe (2015). Informe del Registro Hospitalario de Cáncer 2010-2012.
- Instituto Nacional de Estadística, (2018). XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2013.

Instituto Nacional del Cancer NIH, (2018). *Tratamiento del Cáncer de Tiroides*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol>.

International Agency for Research on Cancer IARC, 2012. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>.

Jiménez, F., Díaz, M. y Román, P. (2017). *Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: Proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo*. España: Editorial Universidad de Almería

Jorques, M.J., (2015). *Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España.

Kasper D., Fauci, A., Hauser S., Longo D., Jameson J., Loscalzo J., (Eds.). (2016).

Harrison: Principios de medicina interna. vol. ii (19a. ed.).

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lipowsky (1970). *Physical illness, the individual and the coping processes*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4257952>

López, A., Nieto, J., & Moraleda, J. M. (2015). Estilos de afrontamiento al estrés, niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncohematológicos, en proceso de trasplante autólogo. *Actas de las I Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia*.

López-Ibor, (2009) *Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil*. Psicooncología. Vol. 6, núm. 2-3, 2009, pp. 281-284. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0909220281A/15115>

Massone A., (2014) Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad.

- Martínez, E. M., y Quintanilla, G. T. (2017). *Estrategias de afrontamiento de adolescentes con cáncer*. *Psicomotricidad, Movimiento y Emoción*, 3(1). Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Migliaccio, D., y Ogando Santana, L. (2018). Calidad de vida, estrés y estilos de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares INCART septiembre 2017 a febrero 2018. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.
- Molins Bustamante, I. (2018). *Afrontamiento del cáncer y espiritualidad*. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/22351/1/tfg%20molins%20bustamante%2C%20isabel.pdf>
- Montalvo, et al. (2012) *Oncoguía, Cáncer de Cérvix*. México, D.F.: Instituto Nacional de Cancerología.
- Montiel, C., (2016). Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Moreno Fernández, C. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico*. Recuperado de <https://www.recercat.cat/handle/2072/263843>
- National Comprehensive Cancer Network NCCN, (2010). Guías de práctica clínica.
- National Institute of Mental Health NIMH, (2017).
- Nieto, M., Abad, M., Albert, M. y Tijerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad* (2a. ed.). Recuperado de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema27.pdf>.

Nisa, S., y Rizvi T., (2016). Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality traits with Post-Traumatic Growth in Cancer Patients. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/297714294_Relationship_of_Social_Support_Coping_Strategies_and_Personality_traits_with_Post-traumatic_Growth_in_Cancer_Patients

Organización Mundial de la Salud OMS, (2018). Recuperado de: <https://www.who.int/about/iarc/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS, (2017). Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Panamericana de la salud, (OPS/OMS), (2016). Estrategia de Cooperación de País de la OPS/OMS Honduras 2017 – 2021.

Organización Panamericana de la Salud OPS, (2012). *Revista salud en las Américas*

Ornella C., (2018). *Estrategias de afrontamiento*. Recuperado de

<https://psicologiaymente.com/psicologia/estrategias-afrontamiento>

Pérez, P., González, A., Mieles, I. y Uribe, A. F. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y Sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), pp. 41-54. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase

Redolar R., (2014). *Fundamentos de psicobiología (2a. ed.)* Madrid: Editorial UOC. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>

Riquelme, N. y Merino, J. (2002). Sistemas de afrontamiento en familias de enfermos alcohólicos. *Ciencia y Enfermería* 8(1), pp.37-47.

Sandín, B., y Chorot, P. (2012). Screening del cáncer de mama: Afectación psicológica.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*, 75, 73-85. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>.

Ticona, S., Santos, E. y Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.2.

Varela, M., (2009). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>

ANEXO A - Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



Presentación

Buen día. Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Arleth Yanibel Dávila Aguilar; se está desarrollando una investigación por parte de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, cuyo objetivo es: conocer “Estilos de afrontamiento ante el estrés en pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios del Hospital San Felipe de la ciudad de Tegucigalpa, noviembre–diciembre 2018”, por lo que se le invita a participar. Solicitamos su valiosa colaboración, siéntase en la libertad de decidir si desea participar en el estudio y realizar preguntas durante el proceso si no comprende las instrucciones. Su colaboración consiste en responder una encuesta con preguntas relacionadas sobre su salud, no se expondrá a ningún riesgo. Su participación es voluntaria y los resultados se utilizarán con fines académicos.

Consentimiento Informado

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar, con la claridad que si deseo, tengo el derecho de retirarme, en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi salud.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Huella _____

ANEXO B - Cuestionario de datos sociodemográficos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una **X** la respuesta que corresponde a su situación actual; en las respuestas abiertas, conteste en los espacios destinado para ello.

Las respuestas serán usadas para el estudio en el que usted está participando.

NÚMERO DE CARNET: _____ EDAD: _____

HOSPITALIZADO: Si _____ No _____

SEXO: Femenino _____ Masculino _____ Sin especificar _____

ESTADO CIVIL: Soltero _____ Casado _____ Unión Libre _____ Viudo _____ Separado _____

NUMERO DE HIJOS: _____

PROFESION: _____

OCUPACION: _____

TRABAJA ACTUALMENTE: _____ DESEMPLEADO: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

ESCOLARIDAD: Años cursados: _____

No sabe leer, ni escribir _____ No término la Primaria _____ Término la Primaria _____ No
 término Secundaria _____ Termino Secundaria _____ Universidad _____

VIVIENDA: La casa en que habita las paredes son de: _____

El techo es de: _____ El piso es de: _____

El agua que utiliza es de: Llave _____ Pozo _____ Rio _____ Compra _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: Quimioterapia _____ Radioterapia _____ Otros _____ No sabe _____

ANEXO C - Cuestionario CAEPO

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLOGICOS (CAEPO)

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cual de dichas formas se identifica más su manera de **COMPORTARSE EN ESTA SITUACION**. **NO** hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considere más conveniente. Procure contestar con la mayor **SINCERIDAD**.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

0	Si no coincide absolutamente en nada	Nunca
1	Si la coincidencia se da en alguna medida	Algunas veces
2	Si coincide bastante	Muchas veces
3	Si coincide en gran medida	Casi siempre

Carnet	Fecha
--------	-------

RODEE CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR

0 Nunca **1** Algunas veces **2** Muchas veces **3** Casi siempre

1.- Siempre cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2.- Estoy dispuesto a afrontar esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3.- Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4.- Si estoy preocupado pienso en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5.- He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6.- Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7.- Pienso que a pesar de lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien	0	1	2	3
8.- Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9.- Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3

10.- Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas, familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11.- Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12.- Trato de convencerme a mí mismo de que todo va salir bien.	0	1	2	3
13.- Creo que esta situación pasara pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14.- Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15.- Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16.- Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17.- Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18.- Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19.- Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20.- Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21.- Procuro ser fuerte y afrontar mi problema de salud.	0	1	2	3
22.- Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23.- Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24.- Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25.- Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26.- Pienso que no voy a ser capaz de controlar esta situación.	0	1	2	3
27.- Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28.- Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29.- Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30.- Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31.- Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32.- Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33.- Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34.- Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
35.- Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36.- La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37.- Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38.- Procuro no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39.- Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40.- Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

ANEXO D – Tablas complementarias

Distribución de los ítems de enfrentamiento y lucha activa (ELA)

Tabla 1

Distribución de los Ítems de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)

No de Ítem y descripción	Enfrentamiento y lucha Activa (236 pacientes)			
	Nunca No. (%)	Algunas veces No. (%)	Muchas veces No. (%)	Casi siempre No. (%)
1. Procuero hacer cosas que me tranquilicen	28(11.9)	71(30.1)	35(14.8)	102(43.2)
2. Estoy dispuesto a afrontar la situación	6(2.5)	39(16.5)	50(21.2)	141((59.8)
13. Esta situación pasara pronto	2(0.9)	21(8.9)	47(19.9)	141(70.3)
16. Ayuda a saber las cosas importantes	4(1.7)	27(11.4)	54(22.9)	151(64.0)
17. Estoy dispuesto a luchar	1(0.4)	12(5.1)	25(10.6)	198(83.9)
21. Procuero ser fuerte	3(1.3)	11(4.7)	43(18.2)	179(75.9)
24. Confío en mi fuerza de voluntad	5(2.1)	17(7.2)	42(17.8)	172(72.9)
31. Hago lo que me mandan	4(1.7)	16(6.8)	34(14.4)	182(77.1)
39. Si antes he superado problemas ahora lo hare	1(0.4)	17(7.2)	26(11.0)	192(81.4)

Distribución de los ítems de autocontrol y control emocional (ACE)

Tabla 2

Distribución de los Ítem de Autocontrol y Control Emocional (ACE)

No. De Ítem y descripción	Autocontrol y Control Emocional. (236 pacientes)			
	Nunca No. (%)	Algunas veces No. (%)	Muchas veces No. (%)	Casi siempre No. (%)
3. Procuero pensar en algo positivo	10(4.2)	38(16.1)	36(15.3)	152(64.4)
7. Las cosas me van a salir bien	6(2.5)	21(8.9)	37(15.7)	172(72.9)
12. Todo va a salir bien	2(0.9)	11(4.7)	31(13.1)	192(81.4)
19. Intento compartir mis emociones	15(6.4)	58(24.6)	66(28.0)	97(41.1)
25. Procuero controlar mis emociones	10(4.2)	38(16.1)	66(28.0)	122(51.7)
28. Intento mostrarme sereno	8(3.4)	28(11.9)	48(20.3)	152(64.4)

y animado

40. prefiero distraerme 6(2.5) 17(7.2) 46(19.5) 167(70.8)

Distribución de los ítems de búsqueda y apoyo social (BAS)

Tabla 3

Distribución de los Ítem de Búsqueda y apoyo social (BAS)

Búsqueda y apoyo social (236 pacientes)				
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
No. de Ítem y descripción	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
5. Procuero hablar con personas	16(6.8)	67(28.5)	53(22.6)	99(42.1)
10. Hablo de mis preocupaciones	11(4.7)	49(20.8)	46(19.5)	130(55.1)
15. Voy a necesitar ayuda	18(7.6)	56(23.7)	56(23.7)	106(44.9)
33. Muestro mis sentimientos ante personas importantes para mi	16(6.8)	44(18.6)	58(24.6)	118(50.0)

Distribución de los ítems de pasividad y resignación pasiva (PRP)

Tabla 7

Distribución de los Ítem de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)

Pasividad y resignación pasiva (236 pacientes)				
No. de Ítem y descripción	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
11. No puedo hacer nada	64(27.1)	53(22.5)	33(14.0)	86(36.4)
23. Lo mejor es dejar que siga su curso	54(22.9)	52(22.0)	47(19.9)	83(35.2)
34. Me doy por vencido	122(51.7)	48(20.3)	25(10.6)	41(17.4)
35. Nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos	68(28.8)	72(30.5)	45(19.1)	51(21.6)
37. Es mejor aceptar las cosas como vienen	40(17.0)	52(22.0)	44(18.6)	100(42.4)

Distribución de los Ítem de Huida y Distanciamiento (HD)

Tabla 5

Distribución de los Ítem de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)

Huida y Distanciamiento (236 pacientes)				
No. de Ítem y descripción	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
No. de Ítem y descripción	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
8. Prefiero olvidar lo que me ocurre	18(7.6)	63(26.7)	44(18.6)	111(47.0)
9. Evito hablar de lo que me pasa	63(26.7)	77(32.6)	37(15.7)	59(25.0)
18. Lo que me sucede no es real	37(15.7)	57(24.2)	58(24.6)	84(35.6)
29. Que sería de mi vida sino me hubiera enfermado	37(15.7)	57(24.2)	58(24.6)	84(35.6)
30. La solución es rezar	12(5.1)	15(6.4)	39 (16.5)	170(72.0)
38 Procuro no pensar en lo que me pasa	26(11.0)	72(30.5)	55(23.3)	83(35.2)

Distribución de los Ítem de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)

Tabla 6

Distribución de los Ítem de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)

Ansiedad y Preocupación ansiosa (236 pacientes)				
Ítem	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
No. de Ítem y descripción	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
4. Pienso en cosas que me hacen sentir peor	150(63.6)	50(21.2)	20(8.5)	16(6.8)
6. No me he ocupado de mi salud	53(22.6)	76(32.3)	46(19.6)	60(25.5)
14. Pienso constantemente en mi salud	27(11.4)	98(41.5)	42(17.8)	69(29.2)
22. Siempre que estoy solo pienso	32(13.6)	75(31.8)	54(22.9)	75(31.8)
26. No soy capaz de controlar la situación	107(45.3)	54(22.9)	30(12.7)	45(19.1)
32. Quedaré muy afectado	106(44.9)	64(27.1)	37(15.7)	29(12.3)

Distribución de los Ítems de Negación (N)

Tabla 7

Distribución de los Ítems de Negación (N)

	Negación (236 pacientes)			
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
20. Carece de importancia	81(34.3)	68(28.8)	43(18.2)	44(18.6)
27. Equivocado con la gravedad de mi salud	102(43.2)	67(28.4)	36(15.3)	31(13.1)
36. Muy preocupado por mi salud	34(14.4)	60(25.4)	44(18.6)	98(41.5)

Estadísticas descriptivas de las escalas del Test de Afrontamiento

Tabla 8

Estadísticas Descriptiva de las Escalas del Test de Afrontamiento

Escalas	Medias	Desviación estándar
Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	22.8	4.3
Autocontrol y Control Emocional (ACE)	17.1	3.3
Huida y distanciamiento (HD)	11.4	3.4
Búsqueda y apoyo social (BAS)	8.5	2.5
Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)	7.5	3.5
Pasividad y resignación pasiva (PRP)	7.4	3.7
Negación (N)	4.1	2.3
Subtotal positivo	48.2	8.6
Subtotal negativo	30.4	8.8
DEC positivo	9.0	1.5
DEC negativo	8.0	1.6