

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico

Carmen Moreno Fernández

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico.

Grado en Enfermería

Autor: Carmen MORENO FERNÁNDEZ

Tutor: Susana SÁNCHEZ QUINTO

Fecha de presentación: 24/05/2016

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat
Internacional de Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar este trabajo a mi familia; mi marido, mis hijas, mi madre... gracias por todo el esfuerzo y sacrificio que habéis hecho para que yo llegue hasta aquí. Sin vuestra ayuda y apoyo no lo hubiese conseguido.

Quisiera también agradecer al resto de mi familia, amigos y compañeros de trabajo con quienes he compartido tanto mis momentos de estrés, tristeza como también mis mayores alegrías a lo largo de estos cuatro años de carrera.

A mi tutora, Susana Sánchez, por todos los consejos que me ha proporcionado y que han hecho posible la realización de este trabajo, haciéndome crecer tanto personal como profesionalmente.

A todas las personas afectadas por el cáncer, por su espíritu de lucha y superación. Por las que ya no están entre nosotros y por las que siguen luchando.

Y muy especialmente a ti papá, que donde quiera que te encuentres sé que seguimos luchando por este gran proyecto que empezamos juntos. Por esa fuerza que siempre me has transmitido y porque nunca olvidaré una de tus frases favoritas: “A veces, en la vida hay saber luchar, no solo sin miedo, sino también sin esperanza”.

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que socialmente se relaciona con dolor, sufrimiento y muerte. Exige importantes recursos y una optimización en la eficacia y eficiencia de las intervenciones ya que implica un elevado nivel de estrés que se manifiesta en forma de ansiedad y/o depresión.

El momento del diagnóstico resulta un fuerte impacto emocional para el paciente y su familia ya que cambia la estructura vital de éstos e implica una importante incertidumbre en cuanto al futuro.

El proceso que acompaña a comunicar dicho diagnóstico, requiere de mecanismos de reconstitución psíquica que permitan generar una respuesta a los retos que crea este padecimiento. Para que esto ocurra se requieren unos mecanismos adaptativos llamados estrategias de afrontamiento que permitan la capacidad estabilizadora ante una situación de estrés.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer las distintas estrategias de afrontamiento que presenta el paciente oncológico y explorar qué efectos tienen en la calidad de vida de estos pacientes.

Metodología: Revisión de la literatura. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 25 publicaciones científicas de las bases de datos de PubMed y de la UIC, fueron clasificadas para el estudio de este trabajo.

Resultados: Existen varias definiciones de distintos autores de estrategias de afrontamiento. En general se pueden agrupar en dos grandes grupos: estrategias de afrontamiento activas o positivas y estrategias de afrontamiento pasivas o negativas.

Las distintas estrategias de afrontamiento adoptadas por los pacientes oncológicos influyen y tienen una relación directa con la calidad de vida de estos pacientes.

El afrontamiento activo o positivo se relaciona positivamente con una mejor calidad de vida y el afrontamiento negativo o pasivo se relaciona con una peor calidad de vida.

Existen distintas variables que influyen en la elección de las distintas estrategias de afrontamiento.

Conclusiones: Hacer frente al cáncer es una de las tareas más difíciles que se encuentra el paciente oncológico durante el proceso de la enfermedad. Los diversos recursos de afrontamiento dependen del grado de amenaza que supone la enfermedad para el paciente y los recursos que tiene para enfrentarse a ella.

Palabras clave: cáncer, afrontamiento, calidad de vida.

ABSTRACT

Cancer is a disease that socially is associated with pain, suffering and death. It requires substantial resources and optimizing the efficiency and effectiveness of interventions which it involves a high level of stress that manifests itself as anxiety and/or depression. The time of diagnosis results in a strong emotional impact on the patient and their family as it changes its vital structure of and involves significant uncertainty about the future.

The process that accompanies communicating the diagnosis requires psychic reconstitution mechanisms that can generate a response to the challenges that this condition creates.

For this to happen, some adaptive mechanisms called coping strategies that allow stabilizing capacity in a situation of stress are required.

Aim: The aim of this study is to understand the different coping strategies presented by oncologic patients and explores what effects it has on the quality of life of these patients.

Methodology: Literature review. After applying the inclusion and exclusion criteria, 25 scientific publications from different database were classified for the study of this work.

Results: There are several definitions of different authors of coping strategies. In general it can be grouped into two mains groups: active or positive coping strategies and passive or negative coping strategies.

The different coping strategies adopted by oncologic patients influence and have a direct relation to the quality of life of these patients.

Distinctive variables exist that influence the choice of distinct coping strategies.

Active or positive coping is positively related to a better quality of life and negative or passive coping is related to a poorer quality of life.

Conclusions: Coping with cancer is one of the most challenging tasks that oncologic patients will find during disease. The various coping resources depend on the degree of threat posed by disease on the patient and the resources they have to deal with it.

Keywords: cancer, coping, quality of life.

ÍNDICE:

AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT	IV
INDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ABREVIATURAS	VIII
1 .INTRODUCCIÓN.	1
1.1 Prevalencia e incidencia del cáncer en España y a nivel mundial.....	1
1.2. El cáncer y su impacto.....	1
1.3. Proceso psicooncológico.	2
1.4. Enfoque del pronóstico y tratamiento psico-social en la actualidad.	2
1.5. El cáncer y afrontamiento.....	3
1.2. El cáncer y la calidad de vida.	5
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
4. METODOLOGÍA.	6
4.1. Características del estudio.	8
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	9
6. RESULTADOS: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	9
6.1. Análisis bibliográfico.	9
6.2. Análisis de contenido.	11
7. DICUSIÓN Y CONCLUSIONES.	21
8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	23
9. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	24
10. REFLEXIÓN PERSONAL.....	24
11. ANEXOS.....	X
Anexo 1. Ejemplo del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire medido en una escala tipo Likert.	X
BIBLIOGRAFÍA.....	XVII

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en PubMed.....	7
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	8
Tabla 3. Número de artículos por año de publicación.....	10
Tabla 4. Número de artículos por países de publicación.....	11
Tabla 5. Resultados bibliométricos.....	XII
Tabla 6. Cronograma del desarrollo del trabajo.....	XVI

ÍNDICE DE FIGURAS

Anexo 3. Figura1. Modelo de estrés y afrontamiento De Lazarus y Folkman.....	XI
Anexo 4. Figura 2. Estrategias de afrontamiento positivo y afrontamiento negativo según el CERQ.....	XI

ABREVIATURAS

CERQ: *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*

CVRS: *Calidad de Vida Relacionada con la Salud*

IIQ: *Interpretation of Illness Questionnaire*

MeSh: *Medical Subject Heading*

OMS: *Organización Mundial de la Salud*

TFG: *Trabajo de final de grado*

1 .INTRODUCCIÓN.

1.1Prevalencia e incidencia del cáncer en España y a nivel mundial.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en el 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muerte relacionadas con el cáncer [1].

Se prevé que en los próximos 20 años el número de casos nuevos aumente un 70%.

Los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre son los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado y en la mujer son los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago [1].

El cáncer de mama es el tumor mundialmente más frecuente. Se estima que en el mundo cada año un total aproximado de 1,1 millones de mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama, representando un 10% del total de nuevos diagnósticos oncológicos [2].

Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo [1].

1.2. El cáncer y su impacto.

El cáncer es una enfermedad crónica, que se desarrolla en múltiples fases y durante un período prolongado de tiempo; conlleva una modificación del curso natural de la vida de la persona en sus actividades diarias, trabajo, relaciones y roles familiares, y un elevado nivel de estrés psicológico para el paciente [3].

Implica un impacto que trasciende la conmoción física por lo que supone un proceso emocional que involucra también aspectos personales, familiares y ambientales de la persona, lo que nos hace tener una mirada biopsicosocial de este tema [4].

La enfermedad oncológica genera un clima afectivo complejo de cuestionamientos y cambios profundos en los diversos contextos donde se inserta el paciente. Ante una pérdida tan importante como lo es la salud y todo lo que eso implica, la persona experimenta la vivencia de un duelo oncológico, un cierto modo de abordaje y afrontamiento en la persona y su entorno [4].

El cáncer en la actualidad representa un problema de salud que demanda intervenciones prioritarias tanto en políticas de intervención, como en el diagnóstico y tratamiento [5]. Se ha convertido en una enfermedad crónica que cultural e históricamente se relaciona con dolor y muerte considerándolo un factor de estrés importante que afecta las formas de vida de los pacientes [6].

1.3. Proceso psicooncológico.

El momento del diagnóstico resulta un fuerte impacto emocional para el paciente y su familia lo que implica una gran cantidad de retos físicos y emocionales. Considerándolo como una amenaza persistente, no solo por la idea de una muerte próxima e inminente, sino también por los efectos que causa, en la mayoría de las ocasiones negativos, en los aspectos biológico, psicológico y social del paciente y su entorno [7].

Su diagnóstico es considerado en general como un evento vital estresante que afecta no solo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo [8].

El cáncer torna al paciente vulnerable a diferentes reacciones psicológicas incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a las rupturas de las relaciones, a la incapacidad, a la pérdida de la independencia personal y económica, pérdida de la rutina y lo cotidiano, pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, así como mecanismos de negación, reacciones de ansiedad, culpa y pérdida de control [4] [5].

1.4. Enfoque del pronóstico y tratamiento psico-social en la actualidad.

Aunque el tratamiento para el cáncer se está volviendo cada vez más exitoso, el diagnóstico inicial sigue dejando a la persona en estado de shock [9].

En las últimas décadas, los avances de las tecnologías y la medicina, permiten a las personas a sobrevivir a enfermedades de curso fatal como el cáncer, con ello el incremento de sus posibilidades de vida y en mejores condiciones de salud [5].

A medida que aumenta el número de personas que viven más allá del diagnóstico inicial, también lo es el tiempo durante el cual se deben gestionar las secuelas de la enfermedad y los efectos psicosociales que implica. En consecuencia, el enfoque de la práctica y la investigación se ha desplazado de la visualización del cáncer como una enfermedad terminal a ayudar a los pacientes y a su entorno a aprender hacer frente las demandas que la enfermedad implica y optimizar el funcionamiento y la calidad de vida [9].

1.5. El cáncer y afrontamiento.

La literatura apoya que el cáncer es un factor de estrés importante que afecta directamente a la forma y calidad de vida de los pacientes [6].

El concepto de estrés es central dentro de un acercamiento biopsicosocial a la salud. Es el constructo más utilizado para explicar la relación entre acontecimientos ambientales, respuestas fisiológicas y salud [10].

Las investigaciones iniciales sobre el estrés partían de la idea de la existencia de estresores universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad de agotar la resistencia de cualquier organismo. Sin embargo, es un hecho ampliamente corroborado que ante un mismo suceso estresante, como puede ser la aparición de una enfermedad, se pueden presentar reacciones muy diversas [10].

Este estrés se manifiesta en forma de ansiedad y/o depresión, y está relacionado principalmente con la incertidumbre sobre el diagnóstico, la agresividad del tratamiento, la falta de control social y personal, el deterioro físico progresivo y la idea de muerte próxima [6].

La mayoría de los científicos que se ocupan de la cuestión de las reacciones emocionales a la enfermedad oncológica, señalan que la ansiedad y el estrés son las reacciones emocionales más frecuentes [11].

La ansiedad es una sensación desagradable que afecta a este tipo de pacientes y hay varias maneras de hacerle frente. Es una respuesta a una situación de amenaza, riesgo de perder algo importante y falta de estabilidad e inseguridad ante una nueva situación desconocida [11].

La respuesta de estrés y ansiedad evocada ante alguna demanda psicosocial, así como su efecto en la salud, está modulada por multitud de factores [10].

Enfermar de cáncer implica el riesgo permanente de perder la salud, desarrollar la incapacidad o incluso la muerte. Al mismo tiempo, la enfermedad cambia el nivel de la propia autoestima y las formas anteriores de uno de afrontar los problemas. Por lo tanto, el fenómeno de la ansiedad y el estrés se produce en el mismo inicio de la enfermedad y durante las etapas de diagnóstico y tratamiento [11].

Existen numerosos ejemplos en la literatura de cómo las demandas psicosociales, bien directamente o mediante la generación de estados emocionales negativos, afectan a parámetros cardiovasculares, neuroendocrinos e inmunológicos, y en último término, al resultado de salud [10].

De ahí, el interés creciente por la evaluación y tratamiento de las alteraciones depresivas o ansiosas de estos pacientes, ya que la existencia de estos trastornos dificulta, sin duda, la adaptación y ajuste del enfermo a la enfermedad cancerígena [10].

El proceso que acompaña a comunicar dicho diagnóstico, requiere de mecanismos de reconstitución psíquica que permitan generar una respuesta a los retos que crea este padecimiento. Para que esto ocurra se requieren unos mecanismos adaptativos llamados estrategias de afrontamiento que permitan la capacidad estabilizadora ante una situación de estrés [12].

Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados para gestionar las demandas internas y externas de las circunstancias estresantes. Una situación se considera estresante cuando se percibe potencialmente peligrosa para el bienestar físico o psicológico de uno. Una vez una experiencia se considera estresante, se evalúa el grado de amenaza y las estrategias de afrontamiento se utilizan para reducir el daño potencial. En lugar de ser un componente estático de la personalidad, el afrontamiento es multidimensional, es decir, las personas hacen frente dependiendo del contexto y los factores de estrés [13].

Cómo las personas actúan y reaccionan a factores de estrés en general, dependerá de su capacidad para regular sus pensamientos, sentimientos y comportamiento. Los medios para tal regulación pueden variar en función de los recursos individuales, el estrés de la situación en cuestión y si el paciente ha estado expuesto alguna vez a un esfuerzo de autorregulación [14].

1.2. El cáncer y la calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que involucra aspectos de bienestar físico, psicológico y social de las personas.

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes proporciona nueva e importante información que podría ser utilizada por el personal médico, de enfermería, investigadores y pacientes que guían las decisiones de tratamiento y diagnóstico [15].

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) podemos definir el concepto de calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes [16].

Una de las características del concepto de calidad de vida en el paciente oncológico, es la subjetividad; Debe ser el propio paciente quien valore su calidad de vida. Otra característica es que se trata de un concepto que está influido por la salud física del paciente, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno [17].

La calidad de vida relaciona con la salud (CVRS), tal y como la entiende la OMS, está compuesta de diversos aspectos que pueden verse afectados por factores sociodemográficos, médicos y psicosociales [2].

La exposición a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer es un ejemplo de factor de estrés inducido que podría afectar a la calidad de vida de los pacientes oncológicos [18].

La evaluación de la calidad de vida ayuda a mejorar la atención que se ofrece a los pacientes y a los cuidadores. Como consecuencia, son varios los estudios que afirman que la provisión de una intervención para el autocontrol de enfoques cognitivos y conductuales a los pacientes oncológicos, reducen los síntomas de la enfermedad, mejoran la calidad de vida relacionada con la salud, la capacidad para afrontar más eficazmente los síntomas de la enfermedad y los efectos del tratamiento [19].

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Tras una revisión inicial de la literatura se descubre que el diagnóstico de cáncer implica un trastorno físico, psíquico y social importante. Que existen varias estrategias

de afrontamiento para hacer frente a la enfermedad y que éstas están directamente relacionadas con la calidad de vida de este tipo de pacientes. Debido a la posibilidad de que un estilo de afrontamiento efectivo podría jugar un papel importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, este estudio pretende descubrir los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento en el paciente oncológico y cómo afectan su elección a la calidad de vida de estos pacientes.

3. OBJETIVOS.

El objetivo de este estudio es conocer las diferentes estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente oncológico y explorar qué efectos tienen en la calidad de vida de la persona.

Como objetivo secundario se ha planteado el siguiente:

- Conocer si existen variables externas que influyan en la elección de las estrategias de afrontamiento.

4. METODOLOGÍA.

Diseño: Revisión de la literatura.

Esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo principalmente a través de la base de datos de PubMed que nos ha permitido conocer las distintas estrategias de afrontamiento que adoptan los pacientes con cáncer y cómo repercute la elección de las mismas en la calidad de vida de estas personas.

Estrategia de búsqueda:

Para alcanzar los objetivos propuestos se ha realizado una búsqueda bibliográfica desde el mes de Noviembre del 2015 hasta Marzo del 2016.

La estrategia de búsqueda se desarrolló en la base de datos de PubMed y posteriormente se aplicó también en el buscador de la UIC utilizando las siguientes palabras clave en inglés presentes en el título o en el abstract de los artículos: cáncer, afrontamiento, calidad de vida.

Antes de realizar una exhaustiva búsqueda en la base de datos, se ha llevado a cabo una búsqueda en Google académico para obtener un vocabulario más especializado y científico para poder utilizar determinados términos conceptuales.

Se ha utilizado “Mesh on Demand”, donde se han encontrado los siguientes términos “Mesh” a partir de las palabras clave de la búsqueda: neoplasm, adaptation, psychological, mental health y personal satisfaction.

Los operadores booleanos empleados para aumentar la especificidad y sensibilidad de los estudios hallados han sido principalmente “AND” y “OR” combinados de la siguiente manera:

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en PubMed.

	Términos usados en Pubmed Central	Total artículos
#1	Cancer patients “OR” advanced cancer “OR” cancer diagnosis “OR” malignancies “OR” neoplasm [MeshTerm]	2812965
#2	Coping strategies “OR” adaptation [MeshTerm] “OR” coping behavior “OR” coping skills “OR” psychological [MeshTerm]	24489
#3	Wellbeing “OR” quality of life “OR” peace “OR” mental health [MeshTerm] “OR” personal satisfaction [MeshTerm]	210682
#4	#1 AND #2 AND # 3	263
#5	#4 AND last 10 years AND Humans “AND” English “AND” free full text.	30

Search (((((((wellbeing[Title/Abstract]) OR quality of life[Title/Abstract]) OR peace[Title/Abstract]) OR mental health[Mesh Terms]) OR personal satisfaction[Mesh Terms])) AND (((((cancer patients[Title/Abstract]) OR advanced cancer[Title/Abstract]) OR cancer diagnosis[Title/Abstract]) OR malignancies[Title/Abstract]) OR neoplasm[Mesh Terms])) AND (((((coping strategies[Title/Abstract]) OR adaptation[Mesh Terms]) OR coping behavior[Title/Abstract]) OR coping skills[Title/Abstract]) OR psychological[Mesh Terms])) Sort by: **Relevance** Filters: **Free full text; published in the last 10 years; Humans; English**

Para la selección de artículos, se consideraron los criterios de inclusión y exclusión señalados en la siguiente tabla:

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos de tipo estudios de investigación o revisiones de la literatura. • Estudios sobre pacientes oncológicos sin importar la etiología del cáncer. • Artículos en inglés. • Estudios realizados con personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de más de 10 años. • Estudios realizados a pacientes oncológicos pediátricos. • No disponible el texto completo. • Estudios que no tuvieran relación con el objetivo de estudio.

4.1. Características del estudio.

Después de aplicar la estrategia de búsqueda explicada anteriormente, que las palabras clave estuvieran en el título o en el resumen y aplicar el filtro de artículos publicados en los últimos 10 años, de texto completo gratuito, que el estudio estuviera realizado en humanos y en inglés, se obtuvo un total de 30 artículos para la realización de este estudio.

No obstante, se descartaron 11 por no cumplir los criterios de inclusión o por no tener relación directa con el tema de estudio.

De la base de datos de la UIC se utilizaron un total de 6 artículos de la revista Psicooncología correspondientes a los volúmenes II, IV, VIII y XI.

Con lo que finalmente este estudio contó con una totalidad de 25 artículos.

Todos los estudios elegidos, fueron evaluados y leídos en su totalidad, para conocer su aplicabilidad en la revisión bibliográfica.

Los estudios se clasificaron analizando e interpretando los resultados obtenidos. Por tal de ordenar mejor el trabajo, se clasificaron en una tabla de resultados donde además se puede visualizar las fechas de publicación, título del estudio, base de datos y factor de impacto que nos ayuda a identificar la importancia de cada publicación científica [ver tabla resultados bibliométricos].

Se utilizaron 2 artículos publicados en el 2004 y 2005 los cuales no se han utilizado para el análisis de los datos pero si han sido útiles para la redacción de la introducción del tema y la definición de calidad de vida.

Las limitaciones que se ha encontrado en este trabajo han sido la disponibilidad de artículos a texto completo o bien poseer una tasa económica para conseguirlo.

Todos los artículos seleccionados han sido archivados en el gestor bibliográfico Refworks y han sido referenciados al estilo Vancouver.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

No se ha requerido un comité de ética debido a que se trata de una revisión bibliográfica, no obstante, todos los artículos seleccionados para el estudio cumplieron con los requisitos éticos.

Este trabajo está exento de plagios y todos los estudios que se han utilizado para realizar la revisión bibliográfica respetan la confidencialidad de los participantes a partir de un consentimiento informado.

6. RESULTADOS: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

6.1. Análisis bibliográfico.

Después de realizar una minuciosa revisión de la literatura podemos apreciar que en los últimos años ha crecido el interés por investigar sobre las intervenciones psicosociales dirigidas a pacientes oncológicos con la intención de prolongar la vida y la calidad de vida de la misma. Este aumento en la expectativa de vida, supone una mayor cantidad de pacientes padeciendo enfermedades crónicas como el cáncer.

En consecuencia, en la última década, el enfoque en la práctica y en la investigación, ha desplazado la visualización del cáncer como enfermedad terminal a ayudar a los

pacientes a aprender a hacer frente a las demandas de la enfermedad y optimizar el funcionamiento y la calidad de vida de éstos.

Tabla 3. Número de artículos por año de publicación.

Año	Número de artículos
2006	2
2007	1
2008	1
2009	2
2010	3
2011	3
2012	4
2013	4
2014	4
2015	1

Según se puede observar en la tabla 4 la procedencia de los estudios es muy variada. Estados Unidos y España son los países que más artículos hemos encontrado publicados sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y cómo éstas afectan a la calidad de vida, seguido de Australia, Rusia, Serbia, China, Italia, México y Alemania. Aunque los artículos de estos últimos países no son muy numerosos. Los artículos realizados en España han sido encontrados a través del buscador de la UIC de la revista Psicooncología.

Tabla 4. Número de artículos por países de publicación.

Países	Número de artículos
EEUU	12
España	6
Australia	1
China	1
Italia	1
Alemania	1
México	1
Serbia	1
Rusia	1

6.2. Análisis de contenido.

De acuerdo con las teorías psicológicas de estrés, el afrontamiento es el principal mediador entre los eventos estresantes y los resultados [18].

Existen estudios que evidencian que las estrategias de afrontamiento adoptadas por los pacientes oncológicos, juegan un papel esencial en la calidad de vida de éstos [14] [18].

Se han propuesto una gran variedad de teorías para explicar el afrontamiento.

De las diversas teorías que existen de afrontamiento al estrés, el marco teórico de Lazarous y Folkman es el más conocido y el más ampliamente utilizado en el estudio del estrés causado por el cáncer. Este marco explica que el proceso de afrontamiento se inicia en respuesta a la valoración de la persona en tanto que sus metas más importantes han sido dañadas, perdidas o amenazadas [9].

En el marco de esta teoría el afrontamiento se define como “la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos” [20].

Según los autores, el paciente oncológico puede recurrir a tres estrategias de afrontamiento principales: estrategias centradas en las emociones, estrategias centradas en los problemas y estrategias centradas en el significado. Las primeras ayudan a los pacientes a regular su grado de sufrimiento emocional, por ejemplo, evitación, escape, búsqueda de soporte social, distanciamiento... Las segundas les ayudan a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento, por ejemplo, a través de búsqueda de información, resolución de problemas pendientes y las terceras les ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas [20].

Aunque las estrategias de afrontamiento, según el marco de Lazarous y Folkman, pueden abordar y resolver el factor estresante, en algunos casos, como en una enfermedad potencialmente mortal como el cáncer, podría no ser posible una solución favorable [9].

A pesar de los puntos fuertes de Lazarous y Folkman, éste se centra principalmente en el individuo afectado de cáncer y el papel fundamental que desempeñan las parejas, investigado en varios estudios, no es explícito [9].

En algunos contextos, las esposas de hombres con cáncer de próstata, han informado tanto, sino más, la angustia de los pacientes.

Un meta-análisis de Hagedoorn et al encontró una asociación positiva y moderada de angustia entre un grupo de pacientes con cáncer de próstata y sus conyugues. Lo que implica que gran angustia del paciente, tiene un gran impacto en la pareja [9].

Más allá de los enfoques individuales de superación, existen varios estudios que examinan el impacto de la forma de afrontar la enfermedad de forma conjunta, es decir, afrontamiento dual. Poniendo en común sus recursos y solucionando problemas de forma conjunta.

En esta línea, Scott et al comparó la eficacia de una intervención de entrenamiento en habilidades basadas en la pareja (CanCOPE), para hacer frente a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama o ginecológico y sus parejas, con una intervención de afrontamiento individual y una con únicamente información médica. Las mujeres que recibieron la intervención de entrenamiento reportaron menos angustia y posteriormente menos evitación a la intervención que las mujeres en las otras dos condiciones [9].

La investigación ha demostrado que los conyugues desempeñan un papel fundamental en la elección del tratamiento y en el mantenimiento de la calidad de vida en los pacientes oncológicos. Suelen ser los principales proveedores de apoyo emocional y cuidado físico [6].

Krongrad et al realizó un estudio de referencia donde se evaluaba a pacientes con cáncer de próstata. Los autores realizaron un análisis de supervivencia para estimar el riesgo relativo de mortalidad en pacientes con este tipo de cáncer. Este estudio fue el primero en considerar el estado civil como predictor de la mortalidad en el cáncer de próstata y ha demostrado que los hombres casados, con cáncer de próstata, tienen una diferencia estadísticamente significativa de más tiempo de supervivencia que los hombres solteros, independientemente de la etapa de la enfermedad [6].

Otro estudio realizado por Perczek et al examinó estilos de afrontamiento en pacientes enfermos de cáncer de próstata con y sin pareja y cómo estos estilos se adaptaban en el contexto de la enfermedad oncológica. Los resultados revelaron que el afrontamiento de evitación estaba directamente relacionado con los hombres sin pareja y fue predictivo de mala adaptación y mayores niveles de angustia [6].

Ante estos resultados y los pocos estudios realizados respecto a las respuestas de afrontamiento de los pacientes oncológicos sin pareja, se realizó un estudio cualitativo para ampliar la comprensión de los factores que pueden afectar la calidad de vida de estos pacientes. Estos pacientes declararon que las dos estrategias esenciales para la supervivencia y para hacer frente al cáncer eran la actitud positiva y la confianza en el equipo médico. En estos casos, el médico representaba un papel fundamental ya que la muestra de este estudio no tenía pareja para poder discutir opciones de tratamiento. El estudio concluía que los hombre sin pareja, en especial los que carecen de apoyo social, pueden estar en mayor riesgo de afrontamiento ineficaz y su morbilidad asociada [6].

En contextos similares, otros estudios nos indican que la dimensión familiar se ve significativamente afectada ante un diagnóstico de cáncer. Las características que presenta el cáncer y su difícil pronóstico, hacen que los pacientes y sus familias vivan una verdadera crisis que puede desorganizar a la familia y al ritmo habitual que tenían, centrándose ahora en atender al paciente [5].

Las respuestas de la familia a esa situación dependen de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias previas acumuladas de afrontamiento a eventos

importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor de la enfermedad que les ha tocado enfrentar. Se observa en muchos casos una gran incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente [5].

Al observar que las estrategias de afrontamiento positivas tienen una correlación positiva con el clima social familiar [5], se ha investigado a cerca de extender programas de atención a la familia de los pacientes oncológicos.

Un estudio reporta resultados positivos sobre una muestra que se les ofreció atención y apoyo a la familia del paciente. Éstos reportaron una mayor calidad de vida, más autoeficacia, una mejor comunicación, menos incertidumbre y angustia durante los 4 meses de intervención, en comparación con el grupo control. Los pacientes del grupo experimental refirieron mejor comunicación con sus parejas y menos incertidumbre durante la intervención [21].

Según Johnson y Lane, el apoyo grupal tiene 4 objetivos fundamentales: a) facilitar la expresión de sentimientos y experiencias acerca del cáncer y sus riesgos; b) facilitar el apoyo mutuo entre los participantes, derivado de compartir experiencias y problemas similares; c) informar formalmente sobre la enfermedad y sus opciones de tratamiento y c) ayudar a los miembros del grupo a que conozcan las vías de mejora de sus estilos de afrontamiento y de resolución de problemas [3].

Otro estudio realizado en pacientes con cáncer de pulmón, evaluó la eficacia de un protocolo de entrenamiento en habilidades de afrontamiento dirigido a los pacientes y a los cuidadores principales de éstos, ya que se consideraba que los dos grupos hacían frente a desafíos importantes tales como el dolor, fatiga, falta de aliento y angustia psicológica [22].

Según la literatura revisada, en los últimos años ha habido un creciente reconocimiento del impacto del cuidado de los cuidadores familiares y con ello se han desarrollado una serie de intervenciones como orientación de apoyo, proporcionar información a los cuidadores, resolución de problemas... pero este estudio en concreto fue uno de los primeros que incluían a los pacientes y a los cuidadores juntos en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento tales como una variedad de estrategias efectivas para tratar el dolor, la relajación, reestructuración cognitiva y la resolución de problemas de adaptación. Este estudio demostró que después de completar la intervención de

entrenamiento en habilidades de afrontamiento, los pacientes referían reducciones significativas en los síntomas del cáncer así como mejoras en la calidad de vida, los trastornos psicológicos, la autoeficacia y el afrontamiento [22].

El estudio concluía exponiendo que este tipo de entrenamiento puede ser beneficioso por una serie de razones. En primer lugar, la formación del paciente y el cuidador en habilidades de afrontamiento en conjunto puede dar lugar a una mayor comunicación entre el paciente y el cuidador acerca de los síntomas y los trastornos sintomáticos, lo que resulta en un tratamiento más eficaz. En segundo lugar, cuando los cuidadores aprenden habilidades de afrontamiento junto con el paciente, pueden ser más propensos a impulsar las habilidades aprendidas, dando lugar a efectos mejorados para los pacientes. Por último, implicar a los cuidadores en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento aumenta la confianza, es decir la autoeficacia, en su capacidad para ayudar al paciente hacer frente a los síntomas y a gestionar su propia angustia [22].

Esto pone en claro que la libre expresión de emociones, el apoyo y compenetración de los miembros de la familia incrementan las estrategias positivas, por el contrario aquellas familias que favorecen la individualidad, la no dependencia de otros y falta de cohesión, tienden a utilizar estrategias negativas de afrontamiento [5][9].

Estudios anteriores, se habían centrado principalmente, en el afrontamiento conductual pero Garnefski et al introdujo la importancia del componente cognitivo en el proceso de afrontamiento [18]

Kraaij et al encontraron que las estrategias de afrontamiento cognitivas tenían efectos más fuertes que las estrategias de afrontamiento conductuales, sugiriendo que los programas de intervención debían de poner más énfasis en las técnicas cognitivas [18].

El Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) fue el primer instrumento de medida desarrollado en un estudio para medir de forma explícita las estrategias de afrontamiento cognitivas utilizadas para la regulación de las emociones que las personas utilizan para hacer frente a las situaciones estresantes o amenazantes para su vida a las cuales se enfrentan [18]. Consta de 9 escalas de 4 ítems conceptualmente distintas: Autoinculpación, aceptación, rumiación, centrarse en lo positivo, centrarse en la planificación, reevaluación positiva, puesta en perspectiva, catastrofismo y culpar a otros. Los ítems medidos en una escala de 1= “casi nunca” a 5= “casi siempre” indican que a mayor puntuación mayor uso de la estrategia de afrontamiento evaluada.

La literatura nos dice que el afrontamiento no es estático, sino más bien un estado de ajuste dinámico basado en lo que está atendido, dado que la enfermedad y las amenazas cambian a lo largo de la trayectoria de la supervivencia [6].

Por otro lado, autores como Dunkel-Schetter et al describen cinco patrones de afrontamiento, que surgieron de pacientes supervivientes de cáncer, describiéndolos de la siguiente manera:

Patrón 1: Búsqueda y uso de apoyo social: Incluye estrategias de comportamiento, tales como pedir consejos o hablar con otros acerca de los sentimientos.

Patrón 2: Centrarse en lo positivo: Redescubrimiento de lo que es importante en la vida o sentimiento de que enfrentarse al cáncer es una experiencia desafiante.

Patrón 3: Distanciamiento: se refiere a la separación del evento estresante mediante el uso de estrategias tales como; negarse a pensar en ello.

Patrón 4: Evitación cognitiva de escape: Se utiliza esta estrategia para escapar de la situación estresante, como deseando que se fuera.

Patrón 5: Comportamiento de evitación o de escape: Incluye comportamientos tales como; evitar estar con la gente o tratar de sentirse mejor bebiendo o tomando drogas [13].

Hoy en día nos enfrentamos a un mundo cambiante cada vez más desarrollado y tecnológico, lo cual, en el ámbito oncológico, implica investigaciones y terapias cada vez más avanzadas, observándose una evolución constante en el manejo y control sintomático en la enfermedad oncológica.

Ya a finales del siglo pasado comienza a emerger la subespecialidad oncológica de psicooncología a favor del ajuste psicosocial del paciente oncológico a la enfermedad y a sus diversos efectos. Centrándose en el conocimiento de las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer [4].

En las últimas décadas, los investigadores y los profesionales de la salud han tratado de determinar cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos ya que la calidad de vida se considera un factor importante en la valoración multidimensional del paciente [15].

Las investigaciones han demostrado que estos pacientes adoptan determinados estilos de afrontamiento para hacer frente al cáncer y que estos estilos son determinantes importantes en la calidad de vida [18].

La evidencia científica demuestra que hay muchos factores que influyen en el tipo de estrategias de afrontamiento y que la interpretación que tiene el paciente de la enfermedad tiene influencia en la elección de estrategias de afrontamiento y en la toma de decisiones [23].

Se realizó un estudio para analizar las interpretaciones que tenían enfermos de cáncer sobre la enfermedad oncológica y si tenían alguna relación con la CVRS, la ansiedad, la depresión, la fatiga, la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento adaptativas. Para ello se utilizó el cuestionario “Interpretation of Illness Questionnaire” (IIQ), herramienta útil que puede servir para detectar pacientes con riesgo de disminución en la función psicosocial [23].

La mayoría de los pacientes consideraban su enfermedad como un desafío (52%), otros como valor (38%), otros incluso como una interrupción de la vida (35%). La debilidad o fracaso (5%) y el castigo (3%) fueron calificados los más bajos [23].

Los resultados hallados en este estudio fueron que las interpretaciones fatalistas y negativas (“interrupción”, “pérdida”, “amenaza”, “enemigo”) se correlacionaron inversamente con la calidad de vida relacionada con la salud mental y con la satisfacción con la vida y positivamente con la depresión, ansiedad y con estrategias de escape-avoidance. Por el contrario, las interpretaciones positivas de la enfermedad, “desafío”, “valor”, se correlacionaban únicamente con estrategias de afrontamiento adaptativas [23].

Entre las numerosas maneras de lidiar con la enfermedad, se pueden distinguir dos estrategias generales de afrontamiento: el afrontamiento activo o positivo y el afrontamiento pasivo o negativo. El afrontamiento activo se ha relacionado positivamente con el ajuste emocional, mientras que el afrontamiento pasivo (desesperanza, evitación, negación y fatalismo) se relaciona negativamente con el ajuste psicológico [4].

Un estudio realizado a mujeres con cáncer de mama afirmaba que las estrategias de afrontamiento pueden ser tan variadas como los factores de estrés que las solicitan [18]. En este estudio se clasificaron las estrategias de afrontamiento en dos grandes grupos: afrontamiento de acoplamiento y afrontamiento de desacoplamiento. Las estrategias de acoplamiento o de participación son las que implican un esfuerzo en el comportamiento para reducir el estrés, es decir, son estrategias de afrontamiento activo donde se busca

una solución para el problema como reformulación positiva (viendo el problema de una manera más positiva), la aceptación, la búsqueda de apoyo y teniendo un “espíritu de lucha”.

Dichas estrategias se han asociado con resultados positivos, tales como una mejor calidad de vida, menos angustia psicológica y un mayor sentido de la vida [24].

Las estrategias de desacoplamiento o de evitación, por el contrario, incluyen aquellas emociones, cogniciones o comportamientos que tratan de reducir el impacto del estrés intentando evitar o escapar del problema a través de la negación o evitación. Dichas estrategias se han asociado con una peor calidad de vida y más angustia psicológica [25].

La literatura apoya que afortunadamente, la mayoría de los pacientes son más propensos a elegir estrategias positivas y de supervivencia que no las estrategias de desacoplamiento o evitación [24].

Así lo demuestra un estudio realizado a pacientes con tumores cerebrales que el 45,96% de la muestra del estudio reportó utilizar la planificación como estrategia de afrontamiento, el 42,93% la aceptación, el 39,90% la auto-distracción y el 38,38% la reformulación positiva. Mientras que las estrategias menos adoptadas fueron el consumo de sustancias con un 2,02%, la negación con un 5,05%, el sentimiento de culpa con un 10,61% y el uso de apoyo emocional con un 12,63% [15].

Así como existe evidencia que el apoyo y compenetración de la familia incrementa el desarrollo de estrategias positivas, se ha encontrado varios artículos que demuestran que la religión y la espiritualidad desempeñan también un papel clave en el desarrollo de mecanismos de adaptación [26]. Mejora la calidad de vida de los pacientes, disminuye la percepción de carga de la enfermedad y sus efectos depresivos [11].

Spinale et al mostró que la espiritualidad muy desarrollada dio como resultado mejores posibilidades de supervivencia y que la religiosidad resultó ser una herramienta eficaz para hacer frente a la ansiedad [11].

Más concretamente, las prácticas religiosas como la oración y la meditación puede mejorar la sensación de control sobre los acontecimientos estresantes, ayudando a las personas a lograr una relación personal con una entidad superior que ofrece fuerza y apoyo para hacer frente a su enfermedad [26].

Los estudios apoyan que la religiosidad se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento positivas correlacionándose positivamente de nuevo con una mejor calidad de vida y un mejor estado de salud mental. Por el contrario, el uso de estrategias de afrontamiento negativas relacionadas con la religión se asocia a un estado de mayor angustia psicológica y mayor riesgo de mortalidad [26].

Los sistemas de creencias religiosas proporcionan un marco para la comprensión de la experiencia de la muerte y el morir. Proporcionando a las personas con una enfermedad terminal, un sentido de auto eficacia y auto regulación para aceptar su enfermedad manejando así los problemas asociados a ella de manera más eficaz [26].

Otro de los temas interesantes encontrados en la revisión de la literatura y que corrobora que el afrontamiento no es un estado estático, sino más bien dinámico, ha sido la fatiga de auto regulación.

La capacidad de autorregulación es fundamental para hacer frente al cáncer e implica la capacidad para regular el conocimiento, tal como el enfoque y la toma de decisiones; regular las emociones, tales como el control de los sentimientos y el estado de ánimo; y regular el comportamiento, tales como la participación de las conductas sanitarias recomendadas y/o adhesión a las recomendaciones médicas [14].

Frente a una enfermedad grave como es el cáncer, y sometidos a un tratamiento desafiante, los pacientes oncológicos pueden agotar sus recursos de auto regulación y eficacia, lo que resulta en la fatiga de autorregulación. Sobre todo si los tratamientos de primera elección, como la quimioterapia o radioterapia, no tienen éxito en la remisión de la enfermedad, lo que implica un avance de la enfermedad y con ello la aparición de nuevos sentimientos de frustración y miedo por la muerte [14].

Un estudio de investigación prospectivo relacionaba una mayor fatiga de auto regulación con un mayor uso de estrategias generales de afrontamiento evitativas. Incluyendo un mayor uso de auto distracción y evitación y un menor uso de estrategias generales de afrontamiento activas, tales como la aceptación [14].

Otro de los factores influyentes en la elección de las estrategias de afrontamiento y que se ha encontrado en este estudio, es el sexo. La literatura apoya que los hombres y las mujeres experimentan el cáncer de diferentes maneras.

Las mujeres tienden a utilizar estrategias activas cognitivas de reinterpretación positiva en mayor medida que los hombres [5].

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins concluía que los pacientes oncológicos de sexo masculino y femenino presentaban diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento al estrés delante de la enfermedad oncológica [5].

Bartman y Cols (1996) señala que las mujeres adultas mayores tienden a usar estrategias cognitivas de reinterpretación positiva, por lo tanto su capacidad de ajuste es mayor al de los hombres.

Keinkle (2001) señala que las pacientes femeninas oncológicas, buscando la adaptación a la enfermedad, se organizan en tres grandes categorías: búsqueda de sentido, mantenimiento de la eficacia personal y construcción de la autoestima, favoreciendo el uso de estrategias positivas; pero en el caso de los hombres se aprecia el uso de estrategias negativas, indicando que los hombres tienden a sentir una mayor pérdida de control de la situación con respecto al pronóstico de la enfermedad, así como un sentido fatalista y de negación de la realidad [5].

Para concluir los resultados encontrados en este estudio, la literatura apoya que un diagnóstico de cáncer entre los 15 y 29 años de edad puede tener un impacto psicológico de largo alcance [27].

Más allá de la finalización del tratamiento, el cáncer puede interrumpir la capacidad de los adolescentes y adultos jóvenes para alcanzar las habilidades individuales e interpersonales que son necesarias para funcionar bien a medida que maduran. Colocando a los jóvenes en un riesgo significativo de una mala adaptación dentro de sus papeles de futuros adultos [27].

Un estudio realizado a través de un cuestionario, donde se recogía información sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos, encontró diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento según la edad del paciente. Los pacientes entre 40 y 60 años logran disminuir los aspectos displacenteros de la enfermedad dirigiendo sus pensamientos hacia la evaluación y valoración de su situación personal. Por otro lado los pacientes de 20 a 40 años tienden a desarrollar mayores niveles de ansiedad y preocupación ansiosa, ante el cambio que representa la enfermedad oncológica [27].

Esto se relaciona con lo señalado por Folkman y Lazarus (1988) quienes indican que el uso de la confrontación y el distanciamiento, resultaron ser estrategias menos efectivas para los problemas de adaptación ante la enfermedad oncológica [5].

Muchas de estas publicaciones se han llevado a cabo a través de cuestionarios realizados a pacientes donde se pueden evaluar las distintas estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes estudiados. El objetivo de estos cuestionarios es averiguar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan los pacientes con cáncer, independientemente del estadio y etiología de la enfermedad. Y si existe alguna relación entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes.

Muchos de los estudios utilizan el cuestionario Breve COPE en el cual se evalúa diferentes conductas de afrontamiento y pensamientos que las personas pueden tener en una situación de estrés [15].

A demás, se han utilizado otros cuestionarios donde se evaluaban otras variables relacionadas con el afrontamiento como la calidad de vida (EUROHIS-QoL), la discapacidad (WHODAS-II), teniendo en cuenta las discapacidades del paciente en la realización de diferentes actividades condicionadas por el estado de salud, bienestar (PGWB-S) y estado funcional (KPS) [15].

7. DICUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El cáncer es una enfermedad crónica que afecta a nivel psicológico, social, en la calidad de vida y en los recursos de afrontamiento que los pacientes afectados adoptan para hacer frente a la enfermedad y convivir con ella. Hacer frente a la nueva situación se convierte en una de las tareas más importantes durante el curso de la enfermedad. Si no se afronta correctamente el diagnóstico de cáncer, el manejo de la patología puede volverse más complejo tanto para el paciente, el equipo de salud y la familia.

Este estudio nos ha permitido conocer cómo los pacientes hacen frente a la enfermedad del cáncer, dependiendo de los recursos que tienen a su alcance y de los factores externos que influyen para hacer frente a las demandas que la propia enfermedad implica y cómo puede afectar a la calidad de vida de éstos.

Después del análisis de los artículos obtenidos en la revisión bibliográfica, se puede confirmar que el tipo de afrontamiento que adopta el paciente oncológico está

directamente relacionado con la calidad de vida de éste.

Los estudios demuestran que la manera en que las personas manejan los acontecimientos estresantes, asociados a la enfermedad oncológica, pueden ser significativamente importantes en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por la enfermedad.

La mayoría de los estudios apoyan que las estrategias de afrontamiento dirigidas hacia un compromiso activo, incluyendo tanto el afrontamiento de problemas a nivel cognitivo como a nivel emocional, están asociados al ajuste más positivo. Por el contrario, los que se consideran menos funcionales, tales como la retirada de comportamiento o negación, se asocian con mayores niveles de angustia.

Los diversos recursos de afrontamiento dependen del grado de amenaza que supone la enfermedad para el paciente y los recursos que tiene para enfrentarse a ella.

Los estudios nos demuestran que las variables como el sexo, la edad, las creencias religiosas y el apoyo familiar intervienen directamente en la elección de las distintas estrategias de afrontamiento que adoptan los pacientes oncológicos.

No se han encontrado incoherencias en los estudios revisados. Todos evalúan las diferentes estrategias de afrontamiento y al relacionarlas con la calidad de vida todos coinciden con las mismas teorías. Solo que en algunos estudios, como estrategias de afrontamiento positivas resultan las estrategias de “revalorización positiva”, en otros la búsqueda de ayuda y/o apoyo y en otros la aceptación del problema. Y como estrategias de afrontamiento negativas, en algunos estudios resultan la evitación, en otros la negación, en otros falta de Pero en general, todos los estudios clasifican las estrategias de afrontamiento en positivas o negativas. De aquí se concluye que el modo en que el paciente vive la experiencia asociada al cáncer es totalmente subjetiva y depende del contexto personal y social en el que se encuentra.

La revisión de la literatura nos reitera que el afrontamiento no es estático, sino un estado dinámico de ajuste dado que la enfermedad y las amenazas cambian a lo largo de la trayectoria de la supervivencia.

Afrontamiento y calidad de vida, son dos factores importantes en los pacientes oncológicos, ya que esta enfermedad provoca un gran impacto físico, psíquico y social, tanto para los pacientes como para su entorno familiar.

Después de la revisión de la literatura, corroboramos que el aporte psicológico es fundamental para estos pacientes. A través de la psicooncología, se ha podido detectar los factores biopsicosociales que afectan a la morbilidad y mortalidad de estos pacientes así como programas de intervención e instrumentos de medida eficaces para detectar las respuestas de afrontamiento de los pacientes oncológicos.

Todos los artículos y estudios revisados, ponen en común que el hecho que los pacientes oncológicos adopten unas determinadas estrategias de afrontamiento tiene consecuencias directas en la calidad de vida de éstos. Las estrategias de afrontamiento positivas o activas mejoran la calidad de vida de los pacientes y las estrategias de afrontamiento negativas o pasivas empeoran la calidad de vida.

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Ofrecer soporte y educación a los pacientes sobre su enfermedad, favorece la sensación de control sobre la nueva situación a la que se enfrentan. Para ello, enfermería tiene un papel esencial porque es el profesional que más tiempo pasa al lado del paciente, acompañándole, y el que puede brindar más apoyo emocional estableciendo así una relación terapéutica más efectiva ya que, la literatura apoya que el paciente oncológico se debe tratar y abordar especialmente de una manera que vaya más allá del tratamiento farmacológico por lo que la propia enfermedad implica.

Enfermería debe reconocer de qué manera afronta el paciente su enfermedad. Detectando los factores externos que pueden influir en la elección de dichas estrategias de afrontamiento para ayudarlo a alcanzar la máxima estabilidad emocional posible.

De aquí se deduce la necesidad de una intervención psicológica en aquellos pacientes que desarrollen un afrontamiento evitativo o no efectivo asociado a un deterioro de la calidad de vida.

Mediante la formación de enfermeras en este campo, se puede brindar al paciente herramientas adecuadas para poder afrontar la enfermedad oncológica de la manera más positiva posible y así mejorar su calidad de vida durante el proceso de la enfermedad.

9. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.

Debido a los resultados obtenidos en este estudio, evaluar y comprender el impacto del cáncer en los pacientes, es muy importante para poder proporcionar una atención adecuada. Por ello, se necesitan programas de apoyo psicooncológico para ayudar a los pacientes a que usen estrategias de afrontamiento centradas en el problema, reducir el estrés emocional y mejorar así su calidad de vida.

Se deberían realizar nuevas investigaciones enmarcadas en aspectos de cómo varían las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en el transcurso de la enfermedad oncológica. Sin el apoyo suficiente, la angustia permanente que los pacientes oncológicos experimentan puede tener un impacto negativo en la calidad de vida y el bienestar psicológico.

10. REFLEXIÓN PERSONAL.

El trabajo de final de grado (TFG) ha sido para mí uno de los retos más importantes de toda la carrera. Me ha dado la oportunidad de adentrarme en el mundo de la psicooncología y poder así generar conocimientos que colaboren en la búsqueda de soluciones a problemas que puedan presentar los pacientes oncológicos.

Emocionalmente me he implicado mucho. El tema del trabajo conectaba mucho con mis motivaciones personales y creí que podía dedicar el punto final de la carrera a la persona que más ilusión le hizo que retomara de nuevo mis estudios. Así que me propuse disfrutar del TFG y tener la oportunidad de aprender, no solo a nivel académico, sino también a nivel personal.

Al tratarse de una revisión bibliográfica, he tenido que leer mucho sobre el tema, cosa que al principio me daba la sensación que no avanzaba. Pero poco a poco y con los consejos de mi tutora, fui aumentando mis conocimientos sobre el tema. A medida que iba leyendo, iba conformando ideas y adquiriendo un lenguaje más específico y científico, cosa que me ayudó después a definir los objetivos del trabajo y a desarrollar la estrategia de búsqueda en las bases de datos elegidas.

Lo que más me ha costado ha sido organizar el contenido de los resultados, ya que, uno de los criterios de inclusión era que no importara la etiología del cáncer. Habiendo muchos estudios que se centraban en cánceres distintos y cada uno con unos resultados

específicos.

En la Tabla 3 se puede observar el cronograma seguido durante este proyecto. Me he exigido el máximo rigor posible para poder así cumplir los objetivos propuestos.

Profesional y personalmente me siento satisfecha ya que considero que con este tipo de trabajos podemos encontrar la posibilidad de detectar los diferentes estilos de afrontamiento en el paciente oncológico y poder así actuar en beneficio de la calidad de vida de este tipo de pacientes. A demás, académicamente me ha dado la oportunidad de adentrarme en el mundo de la investigación y descubrir la importancia que tiene que enfermería siga investigando y aportando nuevos conocimientos para una buena práctica clínica.

.

11. ANEXOS

Anexo 1. Ejemplo del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire medido en una escala tipo Likert.

Cognitive Emotion Regulation (CERQ) [28]

CERQ scales

Self-blame
Acceptance
Rumination
Positive refocusing
Refocus on planning
Positive reappraisal
Putting into perspective
Catastrophizing
Blaming others

Scale name and items:

Self-blame

I feel that I am the one to blame for it.
I feel that I am the one who is responsible for what has happened.
I think about the mistakes I have made in this matter.
I think that basically the cause must lie within myself.

Acceptance

I think that I have to accept that this has happened.
I think that I have to accept the situation
I think that I cannot change anything about it.
I think that I must learn to live with it.

Focus on thought/rumination

I often think about how I feel about what I have experienced.
I am preoccupied with what I think and feel about what I have experienced.
I want to understand why I feel the way I do about what I have experienced.
I dwell upon the feelings the situation has evoked in me.

Positive refocusing

I think of nicer things than what I have experienced.
I think of pleasant things that have nothing to do with it.
I think of something nice instead of what has happened.
I think about pleasant experiences.

Refocus on planning

I think of what I can do best.

I think about how I can best cope with the situation.

I think about how to change the situation.

I think about a plan of what I can do best.

Positive reappraisal

I think I can learn something from the situation.

I think that I can become a stronger person as a result of what has happened.

I think that the situation also has its positive sides.

I look for the positive sides to the matter.

Putting into perspective

I think that it all could have been much worse.

I think that other people go through much worse experiences.

I think that it hasn't been too bad compared to other things.

I tell myself that there are worse things in life.

Catastrophizing

I often think that what I have experienced is much worse than what others have experienced.

I keep thinking about how terrible it is what I have experienced.

I often think that what I have experienced is the worst that can happen to a person.

Continually think how horrible the situation has been.

Blaming others

I feel that others are to blame for it.

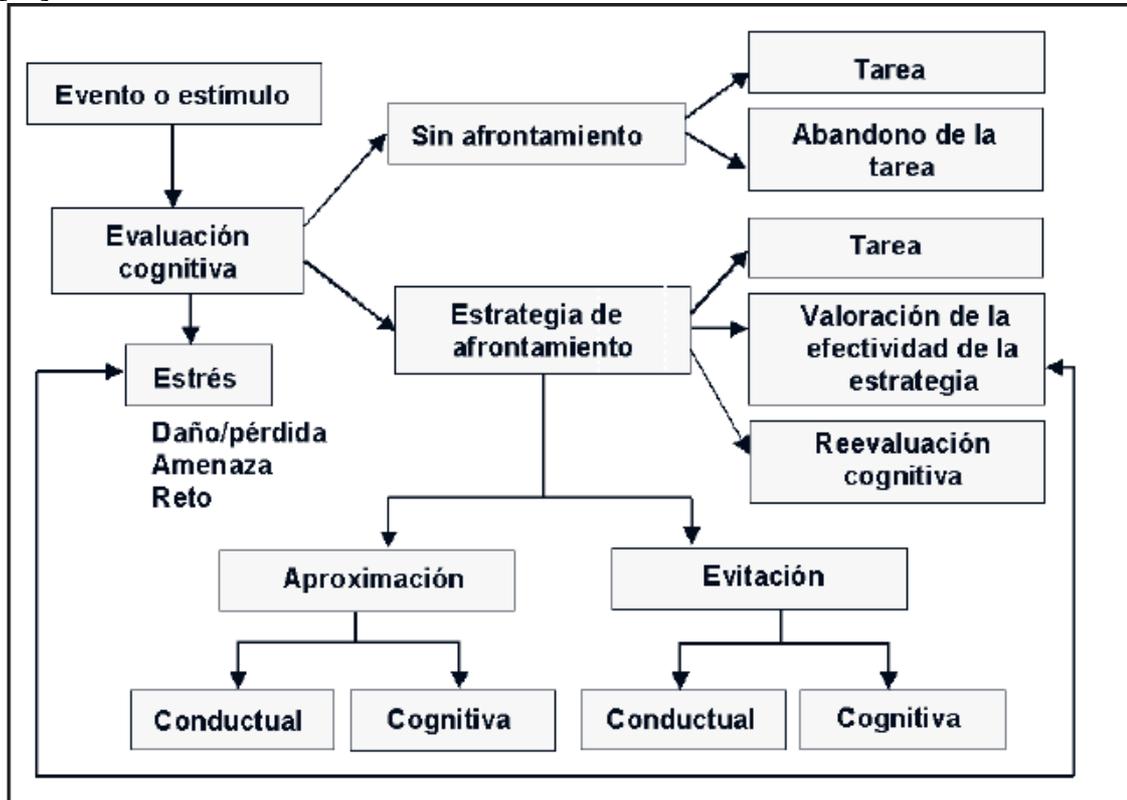
I feel that others are responsible for what has happened.

I think about the mistakes others have made in this matter.

I feel that basically the cause lies with others.

Anexo 2. Figura 1 . Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman.

[29]



Anexo 3. Figura 2. Estrategias de afrontamiento positivo y afrontamiento negativo según el CERQ.



[30]

Anexo 4. Tabla 5. Resultados bibliométricos.

Número	Título del artículo	Año	Base de datos	Revista	Factor de Impacto
1	Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales; caracterización de una muestra de mujeres Uruguayas con cáncer de mama.	2011	UIC	Psicooncología	
2	Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática.	2005	UIC	Psicooncología	
3	Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial	2013	UIC	Psicooncología	
4	Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos.	2013	UIC	Revista II PSI	
5	The experiences of unpartnered men with prostate cancer.	2011	PubMed	Cancer survivorship: research and practice.	
6	Self-regulatory fatigue in hematologic malignancies. Impact on quality of life, coping and adherence to medical recommendations.	2013	PubMed	International Journal of behavioral medicine.	2126
7	Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer.	2006	UIC	Psicooncología	
8	A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: rationale and design.	2012	PubMed	Health and quality of life outcomes	2120

Número	Título del artículo	Año	Base de datos	Revista	Factor de impacto
9	Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC)	2009	UIC	Psicooncología	
10	Determinants of anxiety in patients with advanced somatic disease: differences and similarities between patients undergoing renal replacement therapies and patients suffering from cancer	2013	PubMed	International Urology Nephrology	1519
11	Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico.	2010	UIC	Psicooncología	
12	Coping and Quality of life after total laryngectomy	2012	PubMed	Otoralyngol Head Neck surgery	2020
13	Self-Regulatory fatigue, quality of life, health behaviors and coping in patients with hematologic malignancies.	2014	PubMed	Ann Behavior Medicine	1000
14	Quality of life, disability, wellbeing and coping strategies in patients undergoing neurosurgical procedures: preoperative results in an Italian sample.	2014	PubMed	The scientific world journal	1524
15	Quality of life and personality traits in patients with colorectal cancer.	2014	PubMed	Psychiatria Danubina	1301
16	Cognitive emotion regulation: characteristics and effects on quality of life in women with breast cancer	2015	PubMed	Health and quality of life outcomes	2120

Número	Título	Año	Base de datos	Revista	Factor de impacto
17	Self-management after prostate cancer treatment: evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioral programme for lower urinary tract symptoms	2011	PubMed	BJU International	3533
18	Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients.	2012	PubMed	Stress health	1814
19	Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles.	2009	PubMed	Bio Med Central women's health.	1494
20	Stress and quality of life in breast cancer recurrence: Moderation or meditation coping?	2008	PubMed	Ann Behavior Medicine	1000
21	Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses.	2007	PubMed	Cancer	5068
22	Caregiver-Assisted. Coping skills training for lung cancer: Results of a randomized clinical trial.	2010	PubMed	J. Pain symptom manage	2795
23	Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer.	2006	PubMed	J. Palliative Medicine	1912
24	Online group based cognitive behavioral therapy for adolescents and young adults after cancer treatment: a multicenter randomized controlled trial of recapture Life-Aya	2012	PubMed	BMC cancer	3362

Número	Título del artículo	Año	Base de datos	Revista	Factor de impacto
25	Supportive care for men with prostate cancer: Why are trials not working? A systematic review and recommendations for future trials	2016	PubMed	Cancer	5068

Anexo 5.Tabla 6. Cronograma del desarrollo del trabajo.

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre- Octubre 2015	Asignación del tema del TFG: Estrategias de afrontamiento en el paciente oncológico. Presentación de la asignatura en seminarios presenciales. Definición de la tipología de trabajo: Revisión de la literatura.
Octubre- Noviembre 2015	Inicio de búsqueda de información sobre el tema en Google académico. Se continúa una búsqueda más exhaustiva en PubMed y en el buscador de la UIC. Concreción del tema de trabajo: Estrategias de afrontamiento y cómo afectan la elección de las mismas a la calidad de vida de estos pacientes.
Diciembre 2015	Planteamiento de los objetivos del trabajo. Seguir buscando terminología más específica del tema y definir palabras clave. Empezar a diseñar la estrategia de búsqueda a partir de las palabras claves y términos Mesh.
Enero 2016	Diseño definitivo de la estrategia de búsqueda. Establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Lectura de todos los artículos y selección de los mismos según criterios de inclusión y exclusión propuestos. Empezar a redactar guion del trabajo.
Febrero 2016	Redacción de la introducción y metodología.
Marzo 2016	Revisión de la introducción y metodología. Lectura nuevamente de los artículos seleccionados. Clasificación de los artículos según relación con los diferentes apartados del trabajo. Redacción de resultados y conclusiones.
Abril 2016	Revisión de resultados y conclusiones. Redacción de implicaciones para la práctica clínica e investigación y resumen.
Mayo 2016	Entrega pre y definitiva del TFG. Preparación de la defensa oral.
Junio 2016	Defensa oral.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización Mundial de la Salud [Internet]. Madrid: Organización Mundial de la Salud copyright; 2016 [Consulta el 16 de Febrero de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- [2] Reich M, Remor E. Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología* 2011;8(2-3):453-171.
- [3] Yarnoz AZ, Quinto SS, Castillo PDS, Prats CJ. Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. *Enfermería clínica* 2005;15(1):17-24.
- [4] Verónica RM, Catalina ÁO, Fernanda VB. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica Clínica Las Condes* 2013;24(4):677-684.
- [5] Díaz G, Yaringaño J. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de investigación en psicología* 2010;13(1):69-86.
- [6] Kazer MW, Harden J, Burke M, Sanda MG, Hardy J, Bailey DE, et al. The experiences of unpartnered men with prostate cancer: a qualitative analysis. *J Cancer Surviv* 2011 Jun;5(2):132-141.
- [7] Solberg Nes L, Ehlers SL, Patten CA, Gastineau DA. Self-regulatory fatigue, quality of life, health behaviors, and coping in patients with hematologic malignancies. *Ann Behav Med* 2014 Dec;48(3):411-423.
- [8] Vindel AC. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología* 2005;2(1):71-80.
- [9] Lambert SD, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: rationale and design. *Health Qual Life Outcomes* 2012 Sep 26;10:119-7525-10-119.
- [10] Pulgar MÁ, Garrido S, Muela JA, del Paso, Gustavo Adolfo Reyes. Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología* 2009;6(1):167.
- [11] Janiszewska J, Lichodziejewska-Niemierko M, Golebiewska J, Majkowicz M, Rutkowski B. Determinants of anxiety in patients with advanced somatic disease: differences and similarities between patients undergoing renal replacement therapies and patients suffering from cancer. *Int Urol Nephrol* 2013 Oct;45(5):1379-1387.

- [12] De Haro-Rodríguez MA, Gallardo-Vid LS, Martínez MLM, Camacho-Calderón N, Velázquez-Tlapanco J, Hernández EP. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología* 2014;11(1):87-99.
- [13] Eadie TL, Bowker BC. Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012 Jun;146(6):959-965.
- [14] Solberg Nes L, Ehlers SL, Patten CA, Gastineau DA. Self-regulatory fatigue, quality of life, health behaviors, and coping in patients with hematologic malignancies. *Ann Behav Med* 2014 Dec;48(3):411-423.
- [15] Schiavolin S, Quintas R, Pagani M, Brock S, Acerbi F, Visintini S, et al. Quality of life, disability, well-being, and coping strategies in patients undergoing neurosurgical procedures: preoperative results in an Italian sample. *ScientificWorldJournal* 2014;2014:790387.
- [16] Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, et al. A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer* 2004 Oct;40(15):2192-2200.
- [17] Glavic Z, Galic S, Krip M. Quality of life and personality traits in patients with colorectal cancer. *Psychiatr Danub* 2014 Jun;26(2):172-180.
- [18] Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, et al. Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes* 2015 May 6;13:51-015-0242-4.
- [19] Faithfull S, Cockle-Hearne J, Khoo V. Self-management after prostate cancer treatment: evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioural programme for lower urinary tract symptoms. *BJU Int* 2011 Mar;107(5):783-790.
- [20] Bigatti SM, Steiner JL, Miller KD. Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress Health* 2012 Dec;28(5):355-361.
- [21] Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer* 2007 Dec 15;110(12):2809-2818.
- [22] Porter LS, Keefe FJ, Garst J, Baucom DH, McBride CM, McKee DC, et al. Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: results of a randomized clinical trial. *J Pain Symptom Manage* 2011 Jan;41(1):1-13.
- [23] Bussing A, Fischer J. Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Womens Health* 2009 Jan 29;9:2-6874-9-2.
- [24] Yang HC, Brothers BM, Andersen BL. Stress and quality of life in breast cancer

recurrence: moderation or mediation of coping? *Ann Behav Med* 2008 Apr;35(2):188-197.

[25] Mazzarello Moore TH, King AJ, Evans M, Sharp D, Persad R, Huntley AL. Supportive care for men with prostate cancer: why are the trials not working? A systematic review and recommendations for future trials. *Cancer Med* 2015 Aug;4(8):1240-1251.

[26] Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006 Jun;9(3):646-657.

[27] Sansom-Daly UM, Wakefield CE, Bryant RA, Butow P, Sawyer S, Patterson P, et al. Online group-based cognitive-behavioural therapy for adolescents and young adults after cancer treatment: a multicenter randomised controlled trial of Recapture Life-AYA. *BMC Cancer* 2012 Aug 3;12:339-2407-12-339.

[28] Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2007;23(3):141-149.

[29] Márquez S. Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006;6(2):359-378.

[30] Universidad Nacional de Educación a Distancia [Internet] Madrid: UNED copyright; 2016 [Consulta el 6 de Mayo de 2016] Disponible en: http://www2.uned.es/maltrato/inves/TFM/docs/PlantillaAPA_Presentrabajos.docx