

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



**Estilos de Afrontamiento y Estatus Performance en Pacientes Oncológicos de la
Ciudad de Pamplona.**

Angélica Karina Pabón Camargo

Yeini Dalila Calderón Linares

Pamplona

2019

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



**Estilos de Afrontamiento y Estatus Performance en Pacientes Oncológicos de la
Ciudad de Pamplona.**

Angélica Karina Pabón Camargo

C.C. 1094271577

Yeini Dalila Calderón Linares.

C.C. 1116871998

Directora

PS. Mg. Claudia Posada Benedetti

C.C. 45.494.273

Pamplona

2019

Agradecimientos

Agradecer primeramente a Dios, por darnos salud y bienestar para culminar el trabajo exitosamente, por guiarnos por el camino del bien y darnos la sabiduría para culminar el trabajo. Del mismo modo, agradecer a nuestra directora “Claudia patricia posada Benedetti”, quien ha sido una guía en esta investigación y gracias a su conocimiento y experiencia nos pudimos basar para llegar al final de esta investigación Seguidamente agradecer a nuestros padres por ser un apoyo incondicional durante la carrera, en especial a nuestras madres quienes nos apoyan y guían cuando desfallecemos o sentimos que no podemos más.

“La perseverancia es un gran elemento del éxito, si tocas el tiempo suficiente con la fuerza necesaria la puerta, estarás seguro de despertar a alguien.”

— Henry Wadsworth Longfellow

Tabla de Contenido

Resumen	12
Abstract	13
Introducción	14
Problema de Investigación	16
Formulación del Problema	16
Planteamiento del Problema	16
Descripción del Problema	17
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
Justificación	20
Estado del Arte	22
Estudios Internacionales	22
Estudios Nacionales	25
Estudios Regionales	28
Estudios Locales	30
Marco Teórico	33
Capítulo I. Cáncer	33
Leucemias, Carcinomas y Sarcomas	35
Diagnostico	37
Tratamiento del cáncer.	37
Psiconcologia	40
Capitulo II Estilos de Afrontamiento	42
Estilos de afrontamiento individual.	45
Estilos de afrontamiento familiar.	46

Capitulo III. Estado Funcional	49
Psicología de la Salud	54
Capítulo IV. Estrés	56
Eustrés y Distrés	58
Causas del Estrés	59
Contexto familiar.	60
Contexto social.	61
Formas de Afrontamiento el Estrés	62
Salud Mental	63
Salud mental en Colombia.	64
Marco Legal	66
Ley 1616 de 2013 De la Salud Mental	66
Marco Contextual	73
Metodología	75
Tipo de Investigación	75
Diseño y Alcance de Investigación	75
Población	75
Muestra	76
Instrumentos	76
Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus.	76
Escala del estado funcional de karnofsky (KPS).	78
Entrevista semiestructurada.	78
Observación no participante.	79
Grupo focal.	79
Árbol de categorías	79
Estilos de afrontamiento individual	82
Estilos de afrontamiento familiar	83
Procedimiento	88
Resultados y Análisis Cuantitativos	89

Resultados y Análisis Cualitativos	123
Triangulación de Técnicas	221
Discusión	230
Conclusiones	237
Recomendaciones	241
Referencias Bibliográficas	243
Apéndices	257

Lista de Tablas

Tabla 1: <i>Caracterización Participantes por Edad. (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	90
Tabla 2: <i>Caracterización Participantes por Género (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	91
Tabla 3: <i>Caracterización Participantes por Nivel Socioeconómico (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	92
Tabla 4: <i>Caracterización Participantes por Número de Hijos (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	93
Tabla 5: <i>Caracterización Participantes por Nivel de Escolaridad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	94
Tabla 6: <i>Caracterización Participantes por Nivel de Procedencia, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	95
Tabla 7: <i>Caracterización Participantes por Estado Civil, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	96
Tabla 8: <i>Caracterización Participantes por Ocupación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	97
Tabla 9: <i>Media Estadística de los Participantes, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	99
Tabla 10: <i>Cálculo de los rangos de calificación por escala, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	100
Tabla 11: <i>Media de Dimensiones Escala Estilos de Afrontamiento, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	101
Tabla 12: <i>Dimensión de Confrontación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	102
Tabla 13: <i>Dimensión de Distanciamiento, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	103
Tabla 14: <i>Dimensión de Autocontrol, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	104
Tabla 15: <i>Dimensión de Búsqueda de apoyo social, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	106
Tabla 16: <i>Dimensión de Aceptación de la Responsabilidad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	107
Tabla 17: <i>Dimensión de Huida-Evitación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	108
Tabla 18: <i>Dimensión de Planificación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	110
Tabla 19: <i>Dimensión de Reevaluación Positiva, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	111

Tabla 20: <i>Media de Dimensiones Escala Estado Funcional, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	113
Tabla 21: <i>Porcentaje de estado funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	113
Tabla 22: <i>Análisis Correlacional de Spearman, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	116
Tabla 23: <i>Entrevista Semiestructurada (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	202
Tabla 24: <i>Observación no Participante (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	211
Tabla 25: <i>Grupo Focal, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	220
Tabla 26: <i>Triangulación de Técnicas, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	229

Lista de Gráficas

Gráfica 1: <i>Caracterización Participantes por Edad (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	91
Gráfica 2: <i>Caracterización Participantes por Género (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	92
Gráfica 3: <i>Caracterización Participantes por Nivel Socioeconómico (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	93
Gráfica 4: <i>Caracterización Participantes por Número de Hijos (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	94
Gráfica 5: <i>Caracterización Participantes por Nivel de Escolaridad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	95
Gráfica 6: <i>Caracterización Participantes por Procedencia, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	96
Gráfica 7: <i>Caracterización Participantes por Estado Civil, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	97
Gráfica 8: <i>Caracterización Participantes por Ocupación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	98
Gráfica 9: <i>Dimensión de Confrontación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	102
Gráfica 10: <i>Dimensión de Distanciamiento, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	104
Gráfica 11: <i>Dimensión de Autocontrol, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	105
Gráfica 12: <i>Dimensión de Búsqueda de apoyo social, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	106
Gráfica 13: <i>Dimensión de Aceptación de la Responsabilidad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	107
Gráfica 14: <i>Dimensión de Huida-Evitación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	109
Gráfica 15: <i>Dimensión de Planificación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	110
Gráfica 16: <i>Dimensión de Reevaluación Positiva, (Fuente; Elaboración Propia 2019)</i>	111
Gráfica 17: <i>Porcentaje de Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	114
Gráfica 18: <i>Correlación de Confrontación y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	117

Gráfica 19: <i>Correlación de Distanciamiento y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	118
Gráfica 20: <i>Correlación de Autocontrol y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	118
Gráfica 21: <i>Correlación de Búsqueda de apoyo social y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	119
Gráfica 22: <i>Correlación de Aceptación de la Responsabilidad y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	120
Gráfica 23: <i>Correlación de Huida-Evitación y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	121
Gráfica 24: <i>Correlación de Planificación y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	121
Gráfica 25: <i>Correlación de Reevaluación Positiva y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)</i>	122

Lista de Apéndices

Apéndice A: consentimiento informado.....	257
Apéndice B: observación no participante.....	258
Apéndice C: entrevista semiestructurada.....	259
Apéndice D: grupo focal.....	260
Apéndice E: Escala Estilo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	262
Apéndice F: Escala Estado Funcional de Karnofsky.....	266

Resumen

El presente proyecto de investigación, se centró en las estrategias de afrontamiento y el estado funcional de los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona-Colombia, mediante la descripción de las consecuencias y factores que esto implica. La descripción de los estilos de afrontamiento y el estado funcional de las participantes durante el proceso de la enfermedad. Se analizaron e identificaron los cambios que las participantes consideran de mayor impacto en las actividades cotidianas y el nivel de dependencia que se genera a raíz de la enfermedad. Asimismo, se propusieron estrategias de fortalecimiento para los estilos de afrontamiento y el estado funcional en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes, esto a partir de la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y el estatus performance de pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona? La respuesta a esta pregunta de investigación se trabajó desde una perspectiva social con un enfoque mixto. Para el diseño metodológico se empleó el tipo de estudio descriptivo-fenomenológico, el cual permitió analizar e identificar las bases que tiene el sujeto para afrontar el problema y su afección en la capacidad funcional a raíz de la enfermedad, donde se evidenció los estilos de afrontamiento más relevantes, como el apoyo familiar y la aceptación de la responsabilidad, del mismo modo la pérdida de autonomía y funcionalidad en el desarrollo y tratamiento de la misma, esto se logró mediante la recolección de información a través de técnicas como lo es la entrevista Semiestructurada, observación no participante, grupo focal e instrumentos como la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman y Estado Funcional de Karnofsky. Los hallazgos encontrados por medio del proceso investigativo permitieron analizar y comprender las siguientes categorías: cáncer, afrontamiento, estado funcional y estrés. A raíz de esto se recomendó tener en cuenta el estado funcional y como esto influye en los estilos de afrontamiento de los pacientes oncológicos frente la situación problema

Palabras clave: *cáncer, afrontamiento, estado funcional, comportamiento, estilos de afrontamiento.*

Abstract

This research project focused on coping strategies and the status Performance of the city's cancer patients, Pamplona- Colombia, by describing the consequences and factors that this entails. The descriptions of coping styles and the status performance of participants during the disease process. The changes that participants consider to have the greatest impact on day-to-day activities and the level of dependence generated from the disease were analyzed and identified. Strengthening strategies were also proposed for coping styles and functional status to improve the quality of life of patients, starting with the research question: What are the coping styles and status performance of cancer patients in the city of Pamplona? The answer to this research question was worked from a social perspective with a mixed approach. For methodological design, the type of descriptive-phenomenological study was used, which allowed to analyze and identify the basis that the subject has to deal with the problem and its condition in the functional capacity from the disease, where the most relevant coping styles were evident, such as family support and acceptance of responsibility, the loss of autonomy and functionality in the development and treatment of it, this was achieved through the collection of information through techniques such as the Semi-structured interview, non-participating observation, focus group and instruments such as the Lazarus and Folkman Confrontation Style Scale and Karnofsky Status Performance. The findings found through the research process allowed the following categories to be analyzed and understood: cancer, coping, status Performance and stress. As a result of this it was recommended to take into account the functional state and how this influences the coping styles of cancer patients in the face of the problem situation.

Keywords: *cancer, coping, Status Performance, behavior, coping styles.*

Introducción

El presente trabajo de grado tiene como principal objetivo identificar los estilos de afrontamiento y el estatus performance “estado funcional” que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación de corte mixto, que permita el conocimiento de las actitudes hacia el manejo adecuado de su enfermedad, donde se aplicaran a los participantes dos instrumentos cuantitativos los cuales son: estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman y estado funcional de Karnofsky y seguidamente tres técnicas cualitativas como los es: entrevista semiestructurada, grupo focal y observación no participante.

De acuerdo a lo anterior, según estudios en Colombia, el cáncer se ha convertido en una preocupación para las personas, ya que estas a su alrededor han tenido alguna persona cercana con diagnóstico de alguna de estas enfermedades, según el Ministerio de Salud y Protección Social. (2017) “Se presentan cerca de 71.000 casos nuevos anuales de cáncer y para el año 2035 se tiene proyectado cerca de 150.000 casos nuevos por año”, lo cual para los organismos de la protección de la salud es una situación adversa y las consecuencias psicológicas que trae a las personas al momento de ser diagnosticadas, en el desarrollo de la enfermedad y el tratamiento de esta.

En el caso del departamento de Norte de Santander, existe preocupación con respecto a esta enfermedad, ya que los tipos de cáncer que más afectan a la población son tiroides, cuello uterino, estómago y pulmón. En 2018 se presentaron 225 personas que padecen cáncer según IDS, Instituto Nacional de Salud. (2018) lo cual genera en los pacientes una serie de consecuencias psicológicas, ya que 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.

En estas alteraciones psicológicas la persona tiene una respuesta ante las situaciones de alteración emocional que son provocadas a raíz del diagnóstico, desarrollo y tratamiento del cáncer, lo cual es definido como estilos de afrontamiento ante la situación al que se encuentra expuesto y las consecuencias que conlleva la enfermedad como el deterioro de la calidad de vida, autonomía e independencia del paciente. Es por este motivo, se evidencia la necesidad de realizar una investigación que se enfocada a identificar: ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y estatus performance, de pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona? Con el propósito de ampliar el conocimiento sobre el tema, y sobre ello estimar que se puede mejorar desde el ámbito de la psicología.

La importancia de estudiar este tema en particular radica en que las consecuencias de la enfermedad como el cáncer llevan a que la persona experimente cambios físicos y emocionales y conociendo como son los estilos de afrontamiento de los pacientes se puede llegar a generar estrategias psicoeducativas para ayudar a otras personas que están en el proceso de un cáncer inicial, para el manejo de las emociones y la concientización del cambio que esta producirá en ellos tanto físico como psicológico, obteniendo resultados confiables y desde estos mismos trabajar en pro de los pacientes afectados.

De acuerdo a lo anterior, con esta investigación se busca ampliar el conocimiento acerca de los estilos de afrontamiento y la capacidad funcional de las personas con cáncer y generar herramientas psicoeducativas que aporten en beneficio a la población afectada. La muestra de esta investigación son 10 pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander. La cual se estructura el respectivo marco teórico que consta de cuatro capítulos donde se abordan las temáticas como los son: estrés, afrontamiento, Estatus Performance y cáncer, siendo estas las variables a investigar. En cada capítulo se encuentra el respaldo de diferentes teóricos y el planteamiento de cada uno de estos en cuanto a definiciones y subtemas de cada temática abordada.

Problema de Investigación

Formulación del Problema

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y el estatus performance de pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona?

Planteamiento del Problema

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar cuáles son los estilos de afrontamiento y estatus performance de los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona con el fin de elaborar una estrategia psicoeducativa para el fortalecimiento de estos. Entendiendo que las estrategias de afrontamiento son todas aquellas herramientas psicológicas que el sujeto utiliza para afrontar alguna situación estresante, desplegando “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Los cuales sirven para regular las emociones que van surgiendo en la persona al afrontar el problema y manipularlo (Lazarus & Folkman, 1986, p.164; citado por Estévez, 2014).

Asimismo, el estatus performance es la condición física adecuada en el paciente para emitir conductas conscientemente, ocupándose de las propias necesidades como la actividad física, desplazarse, levantar objetos etc. Hasta el fallecimiento del paciente que se sobrentiende como un nivel de autosuficiencia nula. La capacidad funcional de una persona está relacionada con el desempeño de actividades, esta misma determina el nivel de cuidado y asistencia que un paciente requiere (Gómez, D., 2015).

Se aplicará a la población participante la escala de estado funcional de Karnofsky (1984) con el fin de medir la capacidad de los pacientes oncológicos de realizar tareas de la rutina

cotidiana, en donde un puntaje alto evidencia que el paciente tiene mejor capacidad de independencia y autonomía al realizar dichas actividades. Del mismo modo se aplicara una escala de estilos de afrontamiento para conocer los procesos de integración del sujeto y el entorno y que lo llevan a generar estrategias de afrontamiento ante la situación. Finalmente, se llevará a cabo la aplicación de una entrevista semiestructurada y una observación no participante con la finalidad de recolectar información pertinente que aporte en gran medida a la investigación.

Descripción del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2014), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; esta enfermedad se denomina crónica debido a que su desarrollo se da durante fases y periodos de tiempo bastante extensos, lo que trae consigo cierta variación del curso normal de vida que una persona lleva hasta el momento, aquí se pueden involucrar diferentes áreas como el trabajo, relaciones familiares, actividades diarias, etc. Los cambios a los que se enfrenta el paciente son complejos, y por ende se genera un clima afectivo muy cuestionado. Pues ante la presencia de enfermedad y todo lo que esto conlleva, el paciente experimenta una especie de duelo oncológico; por ello se puede denominar como un factor de estrés que afecta la vida del paciente en todas sus áreas.

Los estilos de afrontamiento se podrían definir como la manera en que se hace frente a las diferentes demandas del medio ya sean internos o externos que pueden significar estrés para el individuo, y una situación se considera potencialmente estresante cuando atenta contra el bienestar físico o psicológico. La manera de responder ante estos eventos depende en la mayoría de los casos de recursos individuales. Así mismo el status performance o estado funcional de refiere en cierta medida al nivel de independencia del paciente lo que en la mayoría de las ocasiones determina el cuidado o asistencia que un paciente oncológico requiere.

Del mismo modo, según datos del Instituto Nacional de Salud, (IDS, 2018). Se puede analizar que en Norte de Santander, hay 225 personas que padecen de diferentes tipos de cáncer al momento de realizar el estudio, donde un indicador sobresalta que el cáncer de mama es el más frecuente, Por lo tanto, se ve la importancia de abordar la investigación, para identificar los estilos de afrontamiento y el estado funcional que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, la muestra para esta población son 10 personas de la ciudad de pamplona de sexo femenino, las cuales son pacientes oncológicos, con el fin de medir con la aplicación de las escalas y técnicas anteriormente mencionadas las estrategias de afrontamiento de cada uno de los participantes y el estatus performance de los mismos y analizar la perspectiva que estos mismos tienen acerca de la enfermedad y la afectación en su estado funcional y que estrategias utilizan para afrontar la situación problema, esto con el fin de crear estrategias de afrontamiento que sirvan para la intervención de pacientes que comparten la misma enfermedad.

Objetivos

Objetivo General

Identificar los estilos de afrontamiento y el estatus performance que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación de corte mixto, que permita el conocimiento de las actitudes hacia el manejo adecuado de la enfermedad.

Objetivos Específicos

Determinar los estilos de afrontamiento más utilizados por los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona.

Conocer la perspectiva del individuo acerca de la enfermedad y del estatus performance que maneja a través de la aplicación de diferentes técnicas.

Correlacionar los estilos de afrontamiento y el estatus performance que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona.

Elaborar una estrategia psicoeducativa para el fortalecimiento de los estilos de afrontamiento y el estatus performance de los pacientes oncológicos.

Justificación

Cuando el ser humano se enfrenta a diversas situaciones que lo ponen a prueba en la vida, tiende a utilizar estrategias de afrontamiento para superar este problema, evidenciando dichas estrategias cuando la persona se encuentra en un ambiente de calma para tener la capacidad de afrontarlos o asimismo en situaciones de alto estrés. Del mismo modo la definición de afrontamiento desde el ámbito psicológico se evidencia como aquel conjunto de estrategias conductuales y cognitivas que el ser humano utiliza para tratar demandas internos o externos que son percibidos como exagerados para los recursos del individuo. Tomándose como una respuesta adaptativa al ambiente o situación que es difícil de afrontar en el momento y que le genera estrés. No solo la capacidad de afrontar se refiere a la solución práctica de los problemas sino también la capacidad del control de las emociones y manejo del estrés ante la situación, esto se logra con el acompañamiento adecuado, apoyo social y la capacidad de resiliencia del individuo (Lazarus y Folkman 1984.citado por Castagnetta, 2018).

Así mismo “El estado funcional o performance status (PS) de un paciente se define como el nivel de actividad que puede realizar un individuo y su capacidad para autocuidado se utiliza como complemento de la información médica para caracterizar el impacto de una enfermedad en el nivel de independencia de un paciente”. En los pacientes diagnosticados con cáncer esta información sirve para evidenciar el pronóstico de supervivencia y así mismo identificar las intervenciones terapéuticas adecuadas para el sujeto, en donde se evidencia más viable su aplicación a personas con cáncer avanzado que con cáncer inicial ya que en este se pueden tomar alternativas curativas y no ha invadido otros órganos ni afectado la motricidad de la persona (Howard, 2015).

Por su parte lo que se busca con esta investigación es identificar los estilos de afrontamiento y el status performance de los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, permitiendo el conocimiento de las actitudes hacia el manejo adecuado de su enfermedad. A través de la aplicación de la escala de estado funcional de Karnofsky (1949),

y la escala de estilos de afrontamiento de Lazarus & Folkman (1984), citado por Rodríguez & Zúñiga, (2016). De acuerdo a lo anterior desde el ámbito psicológico haría un aporte sobre cómo saber cuál es el manejo emocional que los individuos presentan acerca de la enfermedad, que en ocasiones suele volverse complejo debido a la falta de información que manejan sus cuidadores primarios y así mismo entender la conducta de las personas por medio del afrontamiento hacia el cáncer e informar para desarrollar bien su pensamiento, relaciones de con su entorno y vida personal en cual se va viendo afectada. Y así con esta investigación lograr desarrollar e identificar cuáles son las estrategias que despliegan los sujetos para una conducta adecuada hacia el cáncer y las consecuencias que este conlleva.

Se evidencia la necesidad de conocer las percepciones de los pacientes oncológicos sobre cómo afrontan su enfermedad, dando paso a que los resultados de esta investigación den un aporte que permita la identificación de las estrategias de afrontamiento y el manejo de la enfermedad a través de estrategias psicoeducativas, beneficiando de esta manera toda la población oncológica, y a todos quienes están involucrados en este aprendizaje. Lo que esta investigación aporta a los participantes es el facilitar que reconozcan sus estrategias de afrontamiento en cuanto a este tema y tengan presente los altibajos emocionales que se pueden presentar y cómo afrontarlos, en todo lo que conlleva la enfermedad, cuales son las complicaciones y la capacidad de autocuidado y límite de independencia que se llega a tener.

Así mismo, esta investigación será muy provechosa para la sociedad ya que brindará una herramienta psicoeducativa para conocer las estrategias de afrontamiento y hacer evidente como una persona diagnosticada con cáncer lleva este proceso y la afectación en su nivel de independencia tanto física, social y psicológica durante la enfermedad, afectando el equilibrio emocional del mismo y las consecuencias que conlleva, ya que este proceso es diferente para todos debido al tipo de cáncer que se padece, la personalidad y formas de enfrentar la situación del individuo.

Estado del Arte

Teniendo en cuenta la revisión teórica con el fin de ampliar y orientar la presente investigación, se ha hecho una revisión documental de diferentes estudios con las variables estudiadas, las cuales son estilos de afrontamiento y estado funcional, donde se han realizado estudios con estas variables independientes. Como se muestra a continuación estas investigaciones están desde un nivel internacional, nacional, regional y finalmente local.

Estudios Internacionales

En Ecuador, Cobos & Rodas (2016) realizaron un estudio acerca de Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto de Cáncer Solca, Cuenca Ecuador. Esta investigación tuvo como objetivo identificar los estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes oncológicos hospitalizados en el departamento de clínica del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. El diseño de investigación fue de tipo descriptivo, transversal y relacional; el mismo que utilizó como instrumentos para la recolección de datos: a) Formulario para datos demográficos y características del cáncer, b) Inventario de recursos de afrontamiento Coping Resources Inventory (CRI) de Hammer y Marting y c) Escala de Karnofsky para calidad de vida. Como resultados se obtuvo que en cuanto al cáncer como tal el 55% presentó tumores sólidos; y el tratamiento más utilizado fue la quimioterapia en un 37%. Ya en cuanto a los estilos de afrontamiento más utilizados se evidenció que cerca del 60% de los pacientes utilizan sus recursos emocionales y espirituales como mecanismos para hacer frente a la enfermedad. Y también el 54% de ellos refiere tener una buena calidad de vida. La conclusión de la investigación fue que sí existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida del grupo de pacientes (Cobos Cali Martha & Rodas Mosquera María. 2016).

Huaman & Lupac. (2019) investigaron la relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima, Perú. Su objetivo principal fue estudiar la relación entre el apoyo social y

afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el área de oncología. Los instrumentos utilizados fueron The Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptada como el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO). La muestra estuvo conformada por 99 pacientes hospitalizados en oncología, sus edades oscilan entre los 18 a 70 años. Se analizaron y procesaron los resultados en el SPSS 22. Los resultados indicaron que existe una asociación significativa entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés ($\chi^2=44.854$; $p < .01$), de acuerdo esto se concluye que el nivel bajo de apoyo social se puede asociar a un afrontamiento negativo por parte del paciente, un apoyo social moderado se asocia a un afrontamiento positivo (Huaman Huamani, Laura Elena., Lupac Huarac, Danitza Emily. 2019).

Álvarez, Guerra & Montiel (2016) realizaron una investigación acerca del afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Santa Clara. Cuba. El objetivo de esta investigación fue identificar las principales fuentes de estrés, las estrategias de afrontamiento, los estados emocionales (ansiedad y depresión), y también que tan funcionales fueran las estrategias de afrontamiento del cáncer de mama en las personas que hicieron parte del estudio. La muestra seleccionada para la investigación osciló entre 115 mujeres, allí se utilizaron varias técnicas como, por ejemplo; la entrevista semiestructurada, la escala de modos de afrontamiento de Lazarus, el inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado y prueba de Zung y Conde. En los resultados se pudo observar que existió un predominio bastante alto en las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, algunas de las estrategias de afrontamiento empleadas no resultaron funcionales para regular el estado emocional, lo que pudiera aumentar la vulnerabilidad ante la presencia de la enfermedad. Además, la ansiedad obtuvo niveles medios de presencia en las participantes, prevaleció la distimia depresiva (Álvarez Reyes Olga, L., Guerra Morales, Vivian M., Montiel Castillo, Vanessa E. 2016).

Chanduví & Granados. (2014), investigaron la asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo,

Perú. El objetivo de la investigación fue determinar la asociación entre calidad de vida y estrategias específicas de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad oncológica. La hipótesis trazada fue: existe asociación entre los niveles de calidad de vida y una determinada estrategia de afrontamiento al estrés que utilizan con mayor prevalencia los pacientes adultos con enfermedad oncológica. La investigación fue cuantitativa, la población estuvo constituida por 43 pacientes oncológicos. Se utilizaron dos inventarios para obtener información sobre las variables en estudio; el inventario de calidad de vida (WHOQOL-DREF) (0,96 confiabilidad), El afrontamiento al estrés fue medido través del inventario “Estimación de afrontamiento al estrés” (COPE) (0,92-0,45 confiabilidad). Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 22.0. En cuanto a los resultados se encontró que las estrategias de afrontamiento que más se presentan son: acudir a la religión, (59%), reinterpretación positiva y crecimiento, (21%) y planificación (11%). Adicional a eso no se encontró relación entre alto nivel calidad de vida y una determinada estrategia de afrontamiento al estrés (Chanduví Huamán, L. Granados Mori, F. 2014).

Del mismo modo, Jacho & Ochoa (2018) realizaron un estudio sobre los estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticadas con VIH-SIDA, Machala, Ecuador. La investigación tuvo como finalidad describir las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA según su estilo de personalidad, fue un estudio mixto, se utilizó un método narrativo para la obtención de información (pensamientos, ideas, emociones, etc.). La muestra seleccionada para el estudio fueron 6 personas; se aplicó una entrevista profunda que permitiera la recolección de datos acerca de todas las áreas de los pacientes, también se utilizó el Inventario de Personalidad de Millon (MIPS) que mide los diferentes estilos de personalidad (introvertido-retraído, inhibido-dudoso, sociable-extrovertido, confiable-positivo, fuerte-disidente, respetuoso-conformista,, sensible-quejumbroso) y además el Ways of Coping que mide 3 estrategias de afrontamiento (cognitiva, emocional, conductual). Se evidencia una diversidad de estilos de personalidad constatados por MIPS, a través del Ways of Coping se

determinó que la estrategia emocional es la más utilizada, y en ningún caso se presenta la estrategia de afrontamiento conductual (Jacho Ruilova L. C., Ochoa Ullaguari R. D. 2018).

En España, Alcañiz (2017), realizó una investigación sobre el impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos de Madrid. El objetivo de la investigación fue analizar la relación entre diferentes variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida y la psicopatología (síntomas de depresión y ansiedad) presente en los pacientes con cáncer y su mortalidad. Para ello, se evaluó a 59 pacientes que acudieron al servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa con diagnóstico de cáncer. Todos ellos cumplieron a su llegada a Psiquiatría (línea base) un cuestionario socio-demográfico y clínico, y completaron varios cuestionarios de evaluación de depresión (BDI-II), de ansiedad (STAI), de calidad de vida (SF-36), de personalidad (MCMI-II) y de estrategias de afrontamiento (CSI). A los pacientes se les evaluó de nuevo a los tres meses (medio plazo) y a los doce meses (largo plazo) desde su llegada a Psiquiatría, completando de nuevo el BDI-II, el STAI y el SF-36. Los resultados indicaron que los pacientes presentaron puntuaciones clínicamente significativas en depresión y ansiedad, así como bajas puntuaciones en calidad de vida. Estos niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida se mantuvieron estables a lo largo del estudio. Los resultados sugirieron que el impacto psicológico que sufren los pacientes con cáncer, dependería más de variables internas del sujeto, que de 2 las características de la enfermedad en sí (Alcañiz Rodríguez, M. 2017)

Estudios Nacionales

Ceballos, Echeverri & Jiménez (2014), investigó el uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta, Colombia. El objetivo de la investigación fue identificar y analizar las estrategias para hacer frente a la enfermedad en pacientes con VIH y cáncer ingresados en una clínica privada en la ciudad de Santa Marta, Colombia, para mejorar el proceso de adaptación a la

enfermedad, logrando modificar esquemas y comportamientos en relación a su salud, además de promover conductas saludables y actitudes de autocuidado en este tipo de pacientes. Se realizó un estudio transversal, con una muestra de carácter aleatorio simple de 30 pacientes en total, de los cuales 22 eran portadores del VIH y 8 eran pacientes con Cáncer. Los instrumentos utilizados para el estudio fueron el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI, el cual contiene 40 ítems que mide el grado de utilización de las estrategias de afrontamiento. Según esta investigación en los resultados obtenidos el 80% de los pacientes (tanto los que padecen VIH-SIDA como los que padecen cáncer) cuentan con la capacidad para afrontar la situación adversa que se les presenta (Ceballos Ospino Gu. A., Echeverri Arias, A. Jiménez Villamizar M. P. 2014).

. Ortiz, Camargo, Toro, & Vernaza, (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. Bogotá, Colombia El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento, los niveles de autoestima, ansiedad y depresión en un grupo de pacientes adultos con diagnóstico de cáncer. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional, para lo cual se empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Estrategias de Coping Modificada, se trabajó con una muestra no probabilística o dirigida compuesta por 17 sujetos voluntarios, pacientes con diagnóstico de cáncer que se encontraban en tratamiento. Como resultados se obtuvo una correlación significativa entre las variables descritas (ansiedad, autoestima, depresión). Se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes son: religión, reevaluación positiva, solución de problemas y búsqueda de apoyo profesional. (Ortiz, E. Méndez, L. Camargo, J. Chavarro, S. Toro, G. & Vernaza, M. 2014).

Echeverri, Calvo & Miranda. (2016), realizaron una investigación abordando la consciencia de sí, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con cáncer gástrico, y su cuidador principal familiar durante el duelo preparatorio. El presente estudio, pretendió explorar e interpretar como han elaborado la Consciencia de Sí, pacientes con Cáncer

Gástrico y sus cuidadores principales familiares durante la fase de Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico. Para una mayor comprensión clínica sobre las realidades de los (3) tres sujetos participantes del estudio adscritos al Hospital Universitario San José (HUSJ), de la ciudad de Popayán, Departamento del Cauca, con sus respectivos cuidadores principales familiares, se empleó el Método Clínico propuesto por Piaget, el cual, se centra en el estudio del sujeto en su especificidad, al realizar una exploración sistemática y profunda de un problema determinado; por lo tanto, mediante la entrevista Clínico-Psicológico, se logró comprender que la Consciencia de Sí de los sujetos participantes del estudio y de sus cuidadores principales familiares, está ligada a la enfermedad oncológica es decir, que al no reconocerse como sujetos psicológicos sobre una Consciencia de Sí mismos, no se va significar un cambio en sus procesos cognitivos, en la representación y significado de su accionar sobre la enfermedad oncológica, al estar marcada por elementos sociales y culturales sobre lo llamado enfermedad (Echeverri M. Calvo, M. Miranda, Y. 2016).

Gonzales, Mieles, Pérez & Uribe. (2017), realizaron una investigación sobre relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos, Bucaramanga. El objetivo fue describir las relaciones entre variables sociodemográficas y clínicas, el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer. El estudio se realizó de tipo cuantitativo transversal en el que se evaluaron 82 pacientes con diagnóstico de cáncer. Se utilizó la escala de estrategias Coping Modificada (EEC-M) y el cuestionario MOS para apoyo social. Los datos médicos fueron recolectados por medio de un cuestionario. En la muestra se observó, como tendencia que los datos se agruparon con algunas características sociodemográficas y clínicas, las cuales están relacionadas con la percepción del apoyo social y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos (Gonzales, A. Mieles I. Pérez P., Uribe A. F. 2017).

Cortes, Loaiza, López, Núñez & Trujillo (2018.) Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características medico quirúrgicas en mujeres con

diagnóstico de cáncer de mama. Medellín. Se buscó identificar la posible relación entre la IC y las EA y sus diferencias según las variables médico quirúrgicas (teniendo en cuenta la intervención quirúrgica, tiempo de diagnóstico, y el estadio de cáncer), el cual se realizó mediante un diseño no experimental transversal, con la participación de treinta y siete mujeres diagnosticadas con cáncer. Sin hacer distinción del estadio en el que se encuentran. Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de pacientes Oncológicos (CAEPO), la Escala de Imagen Corporal (BIS). No se encontró relación entre la IC y las EA, según el estudio esto no varía según la intervención, el estadio, ni el tiempo de diagnóstico. Sin embargo, algo muy curioso es que las participantes que no se han realizado intervenciones quirúrgicas evidencian mayor deterioro de su IC que aquellas que si lo hicieron (Cortes, S. Loaiza- López, J. Núñez, C, Trujillo, C. 2018).

Krikorian, Palacio & Moreno (2015) investigaron el malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. Medellín, Colombia. El objetivo fue determinar los índices de malestar emocional, ansiedad y depresión y examinar su relación con la competencia percibida (CP) en pacientes con cáncer. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de 42 pacientes que consultaron un servicio de psicología de una institución oncológica. Se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Competencia Percibida (ECP). Se obtuvieron estadísticos descriptivos, comparativos y correlacionales, así mismo en los resultados las puntuaciones en malestar emocional, ansiedad y depresión fueron bajas-medias, y las de CP fueron moderadas. Se observó una relación inversa y significativa entre el malestar emocional y la CP ($p < .01$). Sin embargo, la correlación entre ansiedad o depresión y CP no fue significativa. El investigar sobre la CP tiene ventajas importantes, ya que las creencias generales de control pueden favorecer la adaptación en el proceso de enfermedad (Krikorian, A. Palacio, C. Moreno-Acosta, A. I. 2015).

Estudios Regionales

Guevara, (2018), investigaron la calidad de vida, protección de derechos e inclusión social de portadores del (VIH) en Cúcuta. El objetivo de la investigación fue describir cuáles son los programas y proyectos implementados por el estado para mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) del municipio de san José de Cúcuta, la metodología utilizada para alcanzar este mismo fue descriptiva, con un enfoque netamente cualitativo haciendo uso de la fenomenología debido a que fue la herramienta más adecuada para tener un óptimo acercamiento con la realidad. La revisión documental se llevó a cabo a través de una matriz de análisis de los planes de desarrollo municipal y planes de acción vigentes, además de una entrevista a los pacientes portadores de VIH. En cuanto a los resultados obtenidos, se evidencia que personas de escasos recursos no llegan a tener la posibilidad de una atención integral y un respeto por su derecho a la salud debido a que quien tiene la obligación de manejar los recursos para las instituciones no los maneja de manera educada dejando con recursos a las instituciones (Guevara-Ortiz, J. M. 2018).

Bonilla, Cornejo & Rojas. (2018), Realizaron una investigación acerca de estrategias de afrontamiento como elemento terapéutico en la orientación suicida de adolescentes de un colegio de la comuna 7 en Cúcuta, norte de Santander, El objetivo fue Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento como elemento en la intervención de la orientación suicida en adolescentes de un colegio en la comuna 7 de Cúcuta. La cual se llevó a cabo mediante una investigación de tipo cuantitativa con un diseño no experimental, correlacional causal, mediante la aplicación del Inventario de Estimación de Afrontamiento y el ISO30. El resultado correspondiente a la identificación de las estrategias de afrontamiento se evidencia que la más utilizada por los adolescentes se centra en la emoción, en cuanto a la orientación suicida se describen niveles moderados, y si hay una correlación significativa, específicamente entre la desesperanza y el afrontamiento evitativo. Es decir que según la investigación ante un mayor uso de estrategias evitativas mayor será la desesperanza (Bonilla Cruz, N., Cornejo-Ortega, A., Rojas Omaña, A. 2018).

Martínez. (2018), investigó la Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Cúcuta, Norte de Santander El propósito de la investigación fue establecer una relación entre calidad vida y apoyo social en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una clínica Cancerológica de Norte de Santander. Se realizó mediante un estudio cuantitativo correlacional, de tipo descriptivo transversal con una muestra de 120 mujeres, la selección de esta fue por criterios convenientes para el desarrollo de la investigación. Se hizo uso de los instrumentos de QOL de Betty Ferrell para evaluar calidad de vida, y SSCI de G Hilbert para evaluar el apoyo social de las mujeres; las dimensiones que más se relacionan en cuanto a la calidad de vida fueron la física y la psicológica; los niveles de apoyo social y las redes de apoyo de las mismas se evidencian por parte de personas con quienes sostienen relaciones significativas. Al establecer la correlación de estas dos variables se deduce que, aunque sean independientes, tienden a relacionarse entre sí por las dimensiones y sub-escalas (Martínez Rojas, S. M. 2018)

Estudios Locales

Villamizar (2014). Realizo una investigación abordando las Estrategias de Afrontamiento empleadas por los pacientes de género masculino diagnosticados con cáncer, Pamplona, Norte de Santander. La investigación tuvo como objetivo describir las estrategias de afrontamiento en los pacientes de género masculino diagnosticados con cáncer, mediante técnicas de la metodología cuantitativa, descriptiva. El desarrollo de esta se hizo mediante un grupo focal (3 pacientes) teniendo en cuenta los criterios establecidos desde el inicio (género masculino, 60-73 años) mediante la aplicación de la escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, (confrontación, distanciamiento, auto control, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, Huida, Planificación y reevaluación positiva) la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) (que evalúa espíritu de lucha, esperanza, preocupación ansiosa, fatalismo, evitación) y una entrevista semi estructurada para realizar la recolección de datos. Como resultados la investigación arroja que las estrategias de afrontamiento más comunes son la reevaluación positiva y el autocontrol. Según el análisis de los resultados de la MAC se observa que existe una

presencia significativa del espíritu de lucha y ansiedad en el momento de recibir el diagnóstico (Villamizar Peña, O. A. 2014). (Trabajo de grado no publicado universidad de Pamplona).

Castellanos & Páez. (2015). Investigaron las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que reciben tratamiento de hemodiálisis en la unidad DIALY-SER de la IPS Unipamplona, Pamplona, Norte de Santander. El objetivo fue determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes con IRC que reciben tratamiento de hemodiálisis a través de la Escala e Estrategias de Coping Modificado (EEC-M). La naturaleza de la investigación es de corte cuantitativa, descriptiva de tipo no experimental; pues se centra en la recolección de datos, también es transversal puesto que la recolección de información se realiza en un único momento, para la realización de la misma se cuenta con una población de 60 hombres y 32 mujeres de 20-90 años que reciben sus servicios en la IPS Unipamplona. Los resultados obtenidos fueron: las estrategias menos utilizadas por los pacientes con IRC son: Reevaluación positiva, Autonomía, Reacción Agresiva. En cuanto a las más utilizadas están: Evitación emocional, espera, expresión de dificultad de afrontamiento, y la religión (Castellanos, Bautista M.A. Páez, Torres Y. G. 2015). (Trabajo de grado no publicado Universidad de Pamplona).

Rico, (2015), realizó una investigación abrodando las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia, Pamplona, Norte de Santander. El objetivo central del estudio fue describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda en relación al conocimiento del diagnóstico y a la proyección de la Unidad Hematológica Especializada, el método utilizado en la investigación es cualitativo, descriptivo, con diseño fenomenológico, pues se enfoca en las experiencias subjetivas, se realiza la aplicación de una entrevista semiestructurada para recolectar datos en el grupo focal; además de ello se implementa la observación participante para corroborar los datos referido por los participantes. La muestra con la que se trabajó fueron tres pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica con

edades comprendidas entre 18-40 años (Rico, Muñoz L. M. 2015). (Trabajo de grado no publicado Universidad de Pamplona). .

Rondón, (2018). Realizo una investigación donde trabajo los mecanismos adaptativos a los retos del cáncer de mama: historias de vida, Pamplona, Norte de Santander. El objetivo de la investigación fue Caracterizar los mecanismos de adaptación a través de historias de vida de cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2016 y 2018, estimando criterios de autoevaluación de tal modo que detalle la percepción de sí misma y de su imagen corporal. La investigación es cualitativa de tipo fenomenológico, la muestra identificada para el estudio se conforma por cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2016-2018 (Rondón Archila D. S. 2018). (Trabajo de grado no publicado Universidad de Pamplona)

Hernández & Penagos. (2018). Investigaron acerca de las estrategias de afrontamiento en adultos jóvenes infectados con VIH-SIDA de la fundación Hoasis. Pamplona, Norte de Santander. Su objetivo fue describir las estrategias e afrontamiento de dos Adultos jóvenes con VIH-SIDA, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención, esta investigación tiene un enfoque cualitativo con diseño de tipo narrativo, transversal pues la recolección de información se realiza mediante historias de vida en un único momento. La muestra de este estudio son dos jóvenes con VIH-SIDA entre 24-25 años. En cuanto a los datos obtenidos de la entrevista semi estructurada se muestra que en el grupo las respuestas ante las estrategias de afrontamiento son muy carentes, especialmente ante el hecho de asumir el diagnostico, emociones, pensamientos, en la observación no participante se constata que el tiempo para que desarrollen los mecanismos de afrontamiento son muy variables, en cuanto a las estrategias de afrontamiento es importante resaltar que el hecho de recibir el diagnostico tiene implicaciones derivadas de este mismo, lo cual representa un detonante para el desarrollo de estrategias ante la situación (Hernández Viasus A. V. Penagos Rodríguez, K. F. 2018). (Trabajo de grado no publicado Universidad de Pamplona).

Marco Teórico

En este apartado se consignan los conceptos teóricos pertinentes para el desarrollo del presente estudio de investigación, abordando generalidades acerca del estatus performance y estilos de afrontamiento de pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona. En este marco teórico se dividirá en cuatro capítulos en los cuales se abordará teóricamente el sustento de esta investigación. En el capítulo uno, se verá de manera detallada todo lo concerniente al cáncer; las consecuencias, los tipos, las causas, etc. que este tiene en la persona que lo padece. Seguidamente en el segundo capítulo se planteará el afrontamiento y sus características desde diferentes puntos de vista de los autores, en el tercer capítulo se definirán estado funcional y todo lo referente a la capacidad física y nivel de independencia de los sujetos. Finalmente en un cuarto capítulo se abordará, estrés, ya que este es un factor presente y constante desde el diagnóstico de la enfermedad al individuo. Finalmente, en el tercer capítulo

Capítulo I. Cáncer

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2018) El cáncer es la segunda causa de muerte de las Américas, pues a esta enfermedad se le asignan 1,3 millones y además de ello 3,7 millones de casos nuevos, asimismo, el 40% de todos los casos pudieron haberse evitado disminuyendo la exposición a factores de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es un proceso en el cual se evidencia un incremento y propagación incontrolable de células, las cuales prácticamente pueden ubicarse en cualquier parte del cuerpo. Cada una de ellas posee ciertas funciones; y suelen dividirse por el cuerpo de manera controlada, las cuales al dañarse o desgastarse mueren, es allí donde nuevas células las reemplazan. El cáncer aparece cuando estas mismas comienzan a crecer sin control y se encargan de desplazar a las normales. A medida que se da el crecimiento y multiplicación de las células, se va formando una masa llamada tumor, el cual puede ser benigno o maligno (OMS, 2014).

Los tumores cancerosos malignos, son los que se pueden difundir a los tejidos que estén más cerca o simplemente a los que puedan invadir. Además de ello, al crecer los tumores, algunas de las células que lo conforman se pueden desplazar a otros lugares mediante la sangre, el sistema linfático y formar tumores nuevos lejos del tumor inicial. En el caso de los tumores benignos, estos no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden, pero en la mayoría de las ocasiones estos suelen ser muy grandes. Al suprimirlos, generalmente estos no crecen más, mientras que los tumores malignos sí vuelven a crecer en la mayoría de los casos (Instituto Nacional Del Cáncer, NIH, 2015).

Las células con cáncer se pueden extender a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, en el caso de las células cancerígenas en el pulmón, estas pueden llegar hasta los huesos y crecer allí. La propagación de las células de cáncer se denomina metástasis. Cuando las células del cáncer de pulmón llegan a los huesos y allí comienzan a expandirse, este se sigue llamando cáncer de pulmón. Para los profesionales en este caso la enfermedad no es referida como cáncer óseo (cáncer en los huesos) a menos que su origen haya sido en los huesos. Las pruebas más tempranas del cáncer se encuentran entre tumores fosilizados del hueso en momias humanas en Egipto antiguo, y las además de ellos también se han encontrado en manuscritos antiguos (Mandal, Ananya, M. D. 2019).

La enfermedad primero fue llamada cáncer por el médico griego Hipócrates (460-370 A.C.). Quien fuera considerado el “padre del remedio.” quien consideraba que los tumores tenían un origen inflamatorio y los dividía: Uno de ellos fue llamado Karkinos que en griego significaba cangrejo; los demás eran úlceras o zonas inflamadas. Tumor en latín significa “hinchado” (en griego Onkos), a partir de aquí se utiliza la palabra “Oncos” para hacer referencia a cualquier tema que tenga que ver con el cáncer. (Closa, D., Macip S. 2018). La más antigua descripción de la enfermedad es de Egipto y data de cerca de 3000 A.C. Se llama el papiro de Edwin Smith donde se recogió información valiosa al respecto, además el Papiro George Ebers el cual ha sido considerado uno de los documentos más

importantes de la época donde se recopila información acerca de posibles casos de cáncer de mama y útero. (Bernardo, A. 2015).

Durante el principio de los científicos del siglo XV desarrolló la mayor comprensión de los funcionamientos del cuerpo humano y de sus procesos de la enfermedad. Juan Morgagni de Padua regularizó en 1761 autopsias para encontrar la causa de enfermedades. Esto dio inicio para el estudio del cáncer. Juan del cirujano (1728–1793) que sugirió que algunos cánceres se pudieran curar por la cirugía. Un siglo más delante de la invención de la anestesia propuso realizar cirugías para los canceres “movibles” los cuales no se hubieran extendido a otras partes del cuerpo u órganos. Rudolf Virchow, quien algunas veces era llamado el fundador de la patología celular, creo la base para el estudio patológico de cánceres bajo el microscopio y correlacionó la patología microscópica a la enfermedad (Bernardo, A. 2015).

Del mismo modo, Rudolf Virchow inicio con el estudio de tejidos, dichos tejidos eran sacados de pacientes enfermos a través de cirugías, donde el patólogo podría también informar al cirujano si la operación había quitado totalmente el cáncer. Según el Instituto Nacional Del Cáncer los tejidos cancerosos (neoplasias malignas) se dividen en tejidos hemáticos y hematopoyéticos (leucemias y linfomas) y en tumores sólidos (una masa sólida de células). Los cuales se pueden dividir en carcinomas o en sarcomas. Hay más de 100 tipos de cáncer, en donde medicamente reciben en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se forman (NIH, 2015).

Leucemias, Carcinomas y Sarcomas

Las leucemias y los linfomas son formaciones anormales (neoplasias) malignas de tejidos hemáticos y hematopoyéticos (glóbulos rojos de la sangre) de las células del sistema

inmunitario. Las leucemias no forman tumores sólidos. En vez de eso, un gran número de glóbulos blancos anormales (células leucémicas y blastocitos leucémicos) se acumulan en la sangre y en la médula ósea y desplazan a los glóbulos normales de la sangre. Es decir, que las células hematopoyéticas se desplazan a las células sanguíneas que están en condiciones normales en la médula ósea y en el torrente sanguíneo. Algunos tipos de leucemias son linfomas, mielomas múltiples, melanoma, entre otros. (NIH, 2015).

Para el Instituto Nacional de Cancerología (NIH, 2015). Los carcinomas son los tipos más comunes de cáncer. Se forman en las células epiteliales, quienes son las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo. Son neoplasias (formaciones anormales) malignas de las células que recubren la piel, los pulmones, el tubo digestivo y los órganos internos. Como podría ser el caso del cáncer de piel, de pulmón, de colon, de estómago, de mama, de próstata entre otros. Estos suelen estar presentes generalmente en la edad adulta más que en la juventud. (Los carcinomas se pueden desarrollar en diferentes células como, por ejemplo; las epiteliales, basales, escamosas, y de transición).

Los sarcomas son neoplasias malignas de las células mesodérmicas. Es decir que estas células se forman en los músculos, los vasos sanguíneos, los huesos y el tejido conjuntivo, tejido adiposo e incluso en los tejidos que recubren las articulaciones. Algunos tipos de sarcomas son el leiomioma (cáncer de músculo liso que se encuentra en la pared de los órganos del aparato digestivo) y el osteosarcoma (cáncer de hueso). Estos suelen tener su aparición con más frecuencia en la juventud que en la edad avanzada. Los diferentes tumores que se forman en el cerebro y la medula espinal también se denominan según el tipo de célula donde se formaron y además de ello se debe tener en cuenta donde se formó el tumor, hay tumores llamados astrocítico los cuales se forman en las células del cerebro y en la mayoría de las ocasiones tienen forma de estrella; Los tumores que se desarrollan en el cerebro pueden ser tanto benignos como malignos (OMS, 2014).

Diagnostico

Cuando existe sospecha de la presencia de cáncer, generalmente se realiza un diagnostico basado en imágenes como una tomografía computarizada, una radiografía, una ecografía, pero en caso de que haya dolores de cabeza severos entonces se procede a realizar una resonancia magnética o una tomografía computarizada cerebral. A pesar de que estas técnicas resultan ser de bastante ayuda al detectar el tamaño, la ubicación de algún compuesto anómalo; para detectar como tal la presencia de células malignas se realiza mediante una biopsia, lo que implicaría que, con muestras de la zona afectada obtenidas a través de una porción de esta misma, sean examinadas. (Chabner, B. Thompson, E. 2014).

Los síntomas en los diferentes tipos de cáncer pueden variar; algunos no son tan difíciles de sobrellevar, mientras que otros si lo son. Por ejemplo, en el caso de un cáncer con un nivel avanzado, trae consigo síntomas como adelgazamiento, fiebre, etc. Si se presenta dificultad para comer, o existen cambios abruptos en los hábitos intestinales ello puede indicar donde se localiza en cáncer. Entonces, al momento de diagnosticar el cáncer, se realizan las pruebas pertinentes para conocer todo lo que concierne como su tamaño, localización, si existe contacto con otras áreas del cuerpo, etc. La elección de las técnicas que se puedan utilizar para la detección depende del tipo de cáncer. Cuando las células de cáncer son simplemente una masa pequeña, puede que no se provoque ningún síntoma; pero a medida que esta crece, se afectan tejidos o áreas cercanas lo que desencadena molestias en el organismo, del mismo modo, cuando un tumor crece en un lugar con bastante espacio tal vez no produzca síntomas invasivos hasta que este no tenga un tamaño más grande. (Chabner, B. Thompson, E. 2014).

Tratamiento del cáncer.

El paciente con cáncer se enfrenta a diferentes herramientas o técnicas para contrarrestar la propagación de la enfermedad, además de ello la aplicación de estas

dependerá del estado o momento en el que se encuentre la misma, es decir entonces que el tratamiento que usted recibirá después del diagnóstico, dependerá de diferentes factores; se debe tener en cuenta en primera instancia el tipo de cáncer, además de ello el nivel de avance en el que este se encuentre. Algunas personas pueden recibir tratamientos combinados para detener el avance de la enfermedad como podría ser el caso de la cirugía con radioterapia e incluso con quimioterapia. La cirugía es la técnica más antigua para el tratamiento del cáncer, y hoy en día con los avances tecnológicos que se dan día tras día continúa siendo uno de los tratamientos más efectivos contra el cáncer. Esta se utiliza para diagnosticar, (biopsia) o determinar la etapa en la que se encuentra el cáncer (American Society of Clinical Oncology, 2018).

La quimioterapia también es uno de los tratamientos que se basa en el uso de fármacos para destruir las células cancerígenas, con el fin de hacer más lento el crecimiento y propagación de las células, retarda el crecimiento y la división de las mismas. La radiación representa una manera de tratar el cáncer, se le puede denominar terapia de rayos X, radioterapia, esta técnica hace uso de partículas de alta energía para eliminar las células cancerosas existentes en el organismo, actuando sobre el ADN que se encuentra en las células con el fin de romperlas, y así evitar que se incrementen. El cáncer puede ser causado por cambios que se producen en los genes los cuales se organizan en los cromosomas del ADN y son quienes controlan la forma en que las células funcionan de manera óptima, estos cambios se evidencian en la manera en que crecen y se dividen las mismas. Del mismo modo, se pueden heredar, además de ello puede ocurrir por daño en el ADN como resultado de la interacción con el ambiente, la exposición a compuestos químicos, a la radiación, entre otros puede conducir a un diagnóstico de cáncer. (American Society of Clinical Oncology, 2018).

Algunos genes que al no funcionar de la manera correcta se pudieran denominar como los posibles causantes del crecimiento anormal de células, y por ende como los posibles “causantes” de cáncer. Por un lado, tenemos los genes reparadores de ADN y tiene como ocupación trabajar en el ADN dañado, reparando mutaciones, pero cuando estas

mutaciones se encuentran y se juntan pueden ser el origen de células cancerígenas. Están también los denominados Proto-oncogenes que generalmente se ocupan de mantener el crecimiento y división de las células de manera normal, pero cuando estos se alteran; son más activos que de costumbre permitiendo de esta manera que las células crezcan y crezcan sin control. Y por último tenemos los genes supresores de tumores y al igual que los mencionados anteriormente se dedican a controlar el crecimiento y la división de las células de nuestro cuerpo. (Sociedad Española de Oncología, 2017).

Cuando las células de cáncer de un tumor inicial, se trasladan o desplazan de un lugar a otra parte del cuerpo se denomina medicamente como Metástasis. Al ir las células de una parte del cuerpo a otra el cáncer metastático recibe el nombre del primer lugar donde tuvo origen, y no a donde se trasladó en segundo lugar, las células del cáncer metastático y las células del cáncer original tienen prácticamente el mismo aspecto. En cuanto al tratamiento para las personas que tienen cáncer metastático se centra principalmente el objetivo de controlar el crecimiento y expansión dichas células a otras partes del cuerpo, puesto que estos causan un daño severo en el funcionamiento del cuerpo humano y las defensas del individuo ya están más bajas de lo normal para atacarlas con mayor facilidad (Sociedad Española de Oncología, 2017).

Las investigaciones han arrojado que existen algunos factores que pueden incrementar la posibilidad de que una persona padezca de cáncer, como lo puede ser la exposición a sustancias químicas, la radiación ultravioleta, la edad, los antecedentes hereditarios, es decir; que existen factores que representan sospecha de riesgo de padecer cáncer que pudieran evitarse son como, por ejemplo; alcohol, luz solar, tabaco, dietas, radiación, entre otros, la disminución de exposición a estos puede disminuir el riesgo. Pero además de ello también están presentes factores que no se pueden controlar como el envejecimiento. En cuanto a las cifras acerca de la prevalencia de cáncer en el país, tenemos que se ubican 358 casos por 100.000 habitantes. Los departamentos menos prevalentes fueron Córdoba, Choco, Arauca, Casanare, Guainía, Nariño, entre otros. Para el

caso de Atlántico, Antioquia, Caldas, Risaralda, etc., estaría más alta la prevalencia (Min, salud, 2017).

El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia refiere que anualmente se presentan cerca de 71.000 casos nuevos de cáncer y se prevé que para el año 2035 haya cerca de 150.000 casos nuevos, debido a que las personas no toman precauciones de exposición a factores externos y su alimentación es mala. Del mismo modo, dentro de las causas más comunes de muerte se encuentran el cáncer de mama, cáncer de próstata en hombres y leucemia en niños. Para el año 2011 en Colombia se actualizó el Plan Obligatorio de Salud en el cual se instauraron nuevas tecnologías para controlar el cáncer, además de la creación del Plan Decenal de Salud para el control del cáncer 2012-2021, en este se evidencia la realización de un modelo de atención al cáncer (DANE , 2015).

Según el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia (2012-2021) se estima que anualmente se presentan once millones de casos nuevos de cáncer en el mundo, la mayoría de los casos se presentan en países que están en vía de desarrollo (80%) Las acciones tomadas para disminuir los factores de riesgo se enmarcan en la posibilidad de detectar tempranamente en la población, estos mismos, también en mejorar su calidad de vida, que sea efectiva y oportuna la atención que se brinde debido a que el cáncer se constituye como una enfermedad que tiene graves consecuencias a nivel emocional, social, económica. Se considera esta enfermedad como un problema de salud pública, el cual implica considerar los determinantes generales que se encuentran ante la situación y también dar respuesta en cuanto a la prestación de servicios oncológicos del sistema de salud.

Psiconcologia

La Psiconcologia se inicia formalmente a mediados de 1970, debido a que se acaba con la idea de no comentar a pacientes su diagnóstico, tratamiento, entre otras características de la enfermedad misma y se empieza a hablar con los pacientes y a conocer su perspectiva

acerca del diagnóstico para sus vidas. A partir de esto se inician múltiples investigaciones, teniendo en cuenta la adaptación de las personas a la enfermedad, los cuidados paliativos, las intervenciones psicológicas, entre otras. Por ello, en las últimas décadas esta se ha constituido como un área independiente, dado que los pacientes refieren necesitar ayuda u orientación psicológica, emocional, motivacional, etc. (Barragan K, Jimenez A, Toro F, 2019).

Holland, (s, f. citado por Alvarez C, Robert V, Valdivieso F, 2013) definió la Psiconcología como una disciplina que atiende las necesidades emocionales, de la persona involucrada, además destaca la importancia de tener en cuenta que existen factores psicológicos, conductuales, y sociales que influyen de gran manera durante el trascurso de la enfermedad. Durante este proceso el paciente vive una especie duelo, en el cual se ve involucrada la perdida de aspectos tanto físicos como psicológicos, debido al impacto de conocer el diagnostico, posterior a esto se vive una etapa de aceptación, pero las emociones durante intervalos son cambiantes, es decir el miedo, ira, enojo, puede irse y volver, pues son emociones que estarán presentes en su mayoría, durante todo el proceso.

El psicooncologo es el profesional encargado de intervenir en el paciente, teniendo en cuenta que cada caso es particular, que cada persona afronta de manera diferente su situación. Esta intervención es de vital importancia para ayudar al paciente y a sus cuidadores primarios, redes de apoyo o familiares, pues los cambios generados a raíz de la enfermedad, puesto que el diagnostico, tratamientos, y demás temas relacionados con la enfermedad suelen afectar a toda la red de apoyo de la persona involucrada. Existen diferentes aspectos que se deben trabajar en el paciente oncológico como por ejemplo autoestima, autocontrol, manejo de emociones, etc. Por lo tanto, la atención que se necesita debe ser totalmente profesional y especializada, que busque mejorar la calidad de vida del paciente, aportando un acompañamiento constante, independientemente del tipo y novel de cáncer. (Cabrera Y, López E, Arredondo B, 2019).

Capítulo II Estilos de Afrontamiento

Varios estudios se han centrado en conocer e identificar los estilos de afrontamiento en los pacientes oncológicos y como estos recursos los llevan a mejorar su calidad de vida. Como se ha mencionado anteriormente se toman estos estilos de afrontamiento como “variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación”, igualmente el mantener el bienestar tanto físico como psicológico puede llevar a incidir en que el sujeto adhiera comportamientos adaptativos más funcionales e independientes, y esto conlleva a que el paciente se adhiera de mejor forma al tratamiento y procese de manera más adecuada las emociones y sentimientos que genera y los cambios permanentes que se presentan en el contexto en que se desarrolla y permanece. (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gómez, 2007).

Estas estrategias o estilos de afrontamiento que el sujeto emplea para hacer frente a determinado problema, fueron divididos en dos, una de estas es el afrontamiento centrada en el problema, la cual implica un desequilibrio en la relación que el individuo tiene con el entorno y que suponen una amenaza a este, dando una resolución al problema en donde el individuo analiza los ámbitos tanto internos como externos en el entorno. Estas estrategias que utiliza y son analizadas por el individuo lo llevan a la solución del problema, ya que al centrarse en el detallado análisis del mismo se encuentra su posible manejo y solución alternativo, donde se evidencia la necesidad de plantear un proceso el cual implica un objetivo y el posterior análisis del ambiente que lo rodea (Lazarus y Folkman, 1986 citado por Di-Colloredo, Aparicio, Moreno 2007).

Igualmente se planteó las estrategias basadas en la solución del problema, la cual se divide en afrontamiento activo y demorado en donde se tiene en cuenta el interior del sujeto y su actuar desde este. En el afrontamiento activo el sujeto busca cambiar o disminuir los efectos de la situación, mientras que en el afrontamiento demorado el sujeto busca no actuar de forma impulsiva sino que se detiene a analizar y buscar las posibles soluciones ante el problema. Los estilos de afrontamiento hacen parte del individuo y son estas estrategias que se crean como protección hacia un problema y con el cual trata de

solucionarlo. Se plantean 13 estilos: los cuales son los enfocados en el problema, y lo que buscan es solucionarlo, también los enfocados en la emoción que se basan en las relaciones interpersonales y el apoyo social en el sujeto, y finalmente los de evitación donde el sujeto libera cada una de las emociones que presenta en el proceso de forma abierta. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989. citado por Pérez, Morales & Wetzell, 2002).

De acuerdo a lo anterior, el afrontamiento es tomado como un cambio que se produce en el sujeto para enfrentar el problema. El cáncer es una situación que lleva al individuo a enfrentarse y buscar solución hacia este, con el fin de mejorar su salud y calidad de vida, debido a que esta enfermedad crónica lleva al sujeto a cambios tanto físicos como emocionales debido a las consecuencias, tratamiento y proceso que esta enfermedad conlleva, siendo los estilos de afrontamiento activo la mejor forma para tener adherencia al tratamiento y por consiguiente tener autocontrol y eficacia para enfrentar y ajustarse al proceso de la enfermedad con mayor rapidez. “El proceso de hacer frente a la incertidumbre de una enfermedad comienza cuando las personas se dan cuenta del cambio en su salud, asociada al recibir un diagnóstico o conocimiento de la progresión de una condición establecida”. (Galindo, Valadez, Álvarez, González, Robles & Alvarado, 2011).

Así mismo, “La propuesta de estrategias de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).” El ser humano por naturaleza es un ser sociable, esto conlleva a que este en permanente contacto con el entorno y a compartir con sus pares, como lo plantea el interaccionismo simbólico, el ser humano desde su nacimiento pertenece a un contexto cultural y social, lo cual lo hace partícipe de una realidad, en donde dentro del contexto se comparten igualdades como el lenguaje. Mientras el individuo comparte en el contexto en el que se encuentra genera lineamientos de comportamiento, cuando el sujeto sale de este contexto a otra realidad, lo lleva a que estos lineamientos de comportamiento ya establecidos se modifiquen y adapten a su nuevo contexto. (Secor & Backman, 1964; Eiser, 1989; Rodríguez, 1991. Citado por Macías & Orozco, 2013).

Varios estudios han clasificado las principales estrategias de afrontamiento en tres grupos los cuales son la valoración, donde el sujeto cumple la función de analizar y evaluar la situación problema, del mismo modo, un segundo grupo es el problema, donde la persona a pesar de la situación intenta enfrentar la realidad y hacer frente a las consecuencias que este conlleva. Finalmente, en un tercer grupo se analiza la emoción, donde la persona intenta mantener un equilibrio de sus emociones con el fin de no perder el rumbo y enfrentar el problema de una mejor manera, evitando que factores externos desnivelen dicho equilibrio emocional.

Para McCubbin & McCubbin, (1993 citado por Macías, Madariaga, Valle, & Zambrano 2015), A pesar de que tanto el afrontamiento individual como el familiar impliquen esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante se distinguen entre ellos. El primero hace mención a procesos individuales que si bien reciben influencia de lo social, es el sujeto mismo quien define su propia orientación para manejar los problemas en su vida cotidiana y con ello concreta el tipo de estrategia que utiliza al afrontar los eventos críticos o estresantes en su realidad. Por su parte, el afrontamiento familiar ilustra una dinámica de grupo, que busca regular las tensiones que enfrentan y garantizar la salud de sus miembros.

Partiendo de lo anterior y teniendo en cuenta lo que cada autor refiere sobre el concepto de las estrategias de afrontamiento del individuo suelen ser de tipo funcional o igualmente disfuncional. En situaciones donde el sujeto enfrenta estrés, pero este es controlable, suele utilizar las estrategias que se centran en el problema, mientras que si una situación se percibe estrés en el sujeto que no puede controlar, florecen las estrategias que se centran en las emociones y en las situaciones donde el sujeto evade enfrentarse ante determinada situación de forma activa, refugiándose en los recursos psicosociales que lo caracterizan, las cuales pertenecen a las estrategias de evitación. (Macías & Orozco, 2013).

Estilos de Afrontamiento Individual

Al hacer referencia al afrontamiento individual y dar una definición del mismo, se debe tener en cuenta la relación del sujeto con el contexto y asimismo el significado que este le da a su entorno. Partiendo desde un significado tanto emocional como social, el cual es tomado como un proceso que constantemente está cambiando, determinando su interacción y llevando al individuo a la toma de decisiones y generando un esquema de comportamiento. Así mismo “la propuesta de estrategias de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986. Pág. 164. Citado por Macías & col, 2015).

Al intentar comprender como el ser humano enfrenta los problemas que le generan estrés y como esté a su vez va generando estrategias para afrontar estas situaciones, “Inicialmente fue estudiado desde el modelo médico, luego por el psicoanálisis del yo y posteriormente desde la psicología cognitiva. Así, hasta la fecha diferentes modelos intentan explicar las respuestas adaptativas del sujeto frente eventos críticos con el fin de ser funcional dentro de su propio entorno”. Las investigaciones médicas de los años 30 y 40 del siglo XX también se han centrado en el nivel fisiológico del individuo en lo relacionado al afrontamiento, haciendo referencia a que la supervivencia de cada cual, y esta tenía relación con que el sujeto evidenciara en su entorno si este es predecible y controlable con el fin de atacar los agentes que generan peligro (Macías & Orozco, 2013).

Dentro de los estilos de afrontamiento que cada sujeto lleva a cabo ante determinada situación es diferente al de los demás, ya que cada individuo desde su contexto crea esquemas mentales y comportamentales que se complementan con el desarrollo de su personalidad, esta es definida como un conjunto de patrones que están incorporados, en donde se unen los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales que son estables durante casi toda la vida del individuo, esta es difícil de modificar ya que se derivan de la interacción del sujeto con el contexto en el que se desarrolla, desde el desarrollo el sujeto

va creando esquemas, pensamientos, reglas, comportamientos, los cuales se denominan patrones de afrontamiento. (Millon y Everly, 1994 citado por Chávez y Rosado, 2015).

Igualmente se debe tener en cuenta que la personalidad del individuo está constituida por rasgos las cuales son dimensiones elementales siendo caracterizada por la estabilidad y continuidad en el estilo de la personalidad, se tiene en cuenta que “ los estilos de personalidad designan modos específicos de adaptación que son eficaces en ambientes previsibles, en donde los estilos de personalidad son esos patrones complejos de características psicológicas extremadamente arraigadas difíciles de erradicar”. Dentro de la personalidad se plantean dos procesos, los cuales son el estilo cognitivo que se toma como la forma en que el sujeto procesa la información, dándole la habilidad de relacionarse con los demás, comunicar, razonar etc. Y el segundo proceso es la conducta interpersonal, que el sujeto utiliza para crear vínculos sociales o emocionales con las personas que están a su alrededor (Millon y Davis, 2000 citado por Chávez y Orozco 2015).

Así mismo la evitación y la reevaluación positiva son las estrategias más usadas por los pacientes oncológicos para hacer frente a la situación. Otros estudios igualmente han encontrado que las estrategias que se utilizan son la religión, la solución de problemas y la búsqueda de apoyo profesional, De igual manera también se han encontrado estrategias como el espíritu de lucha y el fatalismo y el pensamiento desiderativo y apoyo social también suelen ser las estrategias a las que acude un individuo para hacer frente al agente estresor. (Rodríguez, Hernando, Cruzado, Olivares, Jamal, y Laserna, 2012 citado por Pérez & col).

Estilos de Afrontamiento Familiar

La familia es un sistema de estructura variable en el cual sus integrantes interactúan, crecen y se desarrollan a lo largo de vida; siempre sometidos a factores externos que influyen de manera positiva o negativa en su composición e interacciones por lo

que, la funcionalidad familiar es la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Dentro del estudio de la familia, su funcionamiento ha cobrado gran importancia al demostrarse en diversos estudios la influencia en la salud de sus miembros. (Garza, Gutiérrez, 2015 citado por Zapata, Ramón, Cortes y Vázquez, 2017)

Igualmente, el concepto de familia está basado en un sistema formado por un grupo de personas que tienen en común y los une los lazos genéticos y afectivos, asimismo se tiene en cuenta, aquellas estrategias o herramientas que cada miembro pone en marcha para solucionar un problema que implica cambios, estas estrategias familiares se van creando a medida que el proceso de la enfermedad terminal en este caso va avanzando, es decir se va creando con las capacidades de cada uno dentro del sistema, a lo largo del tiempo y estas estrategias no se logran generar en un solo instante, dependiendo de las pautas que van surgiendo durante el proceso de afrontamiento. Estas estrategias implican cambios y esfuerzos tanto físicos como emocionales para poder manejar dentro del sistema la situación que es estresante en los individuos que componen la misma. (McCubbin, Hunter & Dahl, 1975; McCubbin & McCubbin, 1993. Citado por Macías & Col, 2015).

La salud familiar es definida como la salud de los miembros en cuanto a lo afectivo, en donde cada uno de los integrantes tienen la capacidad de adaptarse al cambio, se cumplen cada uno de los roles que representan, entre otros, esto conlleva a favorecer dentro del núcleo familiar el desarrollo y crecimiento frente a las etapas de la vida de cada uno, así mismo se “planteó que la salud familiar está compuesta por unas dimensiones fundamentales, como son: clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar y afrontamiento familiar”. Dentro del núcleo familiar las relaciones tanto individuales como grupales son recíprocas ya que si un individuo presenta un problema, la familia lo puede acoger como un problema para todos o viceversa, llegando a enfermar a todos los miembros del sistema que la componen. (Lima, Jiménez y Domínguez, 2012. citado por Montilla, Martín y Marín, 2017).

Por consiguiente el concepto de afrontamiento familiar es toda aquella acción que se realiza en conjunto para resolver un determinado problema, en donde todos los miembros se movilizan, actúan, enfrentan la situación de manera conjunta hacia los cambios y los acontecimientos que llevan consigo situaciones estresantes. Implicando esfuerzos tanto emocionales como de comportamiento con el fin de regular esas situaciones estresantes que se generan en la familia y así garantizar el bienestar físico y psicológico de cada uno de los miembros. La familia pone en marcha estas estrategias fortaleciendo la comunicación afectiva y social entre los mismos, reforzando los vínculos emocionales y los actos positivos a las personas que integran el sistema como tal. (Macías, Madariaga, Valle, y Zambrano 2015 citado por Montilla & Col, 2017).

Del mismo modo se considera, que “cuando un individuo padece, patologías crónicas como lo es el cáncer, los familiares cercanos al paciente en el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua se ven en la necesidad de ser más fuertes y demuestran al paciente la importancia del sentido de la vida ofreciendo apoyo emocional por ello se convierten en parte integral en la trayectoria de la enfermedad”. Igualmente se considera que las afectaciones cognitivas del sujeto “se relacionan con procesos mentales como atención, memoria y el funcionamiento ejecutivo, mientras que las afectaciones emocionales se relacionan con la ansiedad, la depresión, y los sentimientos de dependencia, frustración y agotamiento emocional” (Garassini, 2015 citado por Garay, Pacheco & Ureña, 2018).

Capítulo III. Estado Funcional

El ser humano por naturaleza goza de una capacidad funcional desde el principio de sus vidas, y alcanza su máxima capacidad en la edad adulta temprana a menos de padecer de alguna enfermedad que afecte y disminuya esta misma, es así como el Estado funcional es definido como la capacidad de independencia de un individuo, es decir; es el nivel de actividad que puede realizar la persona, este es uno de los factores centrales en la atención del cáncer, el cual desempeña un importante papel tanto en la realización del pronóstico como en la determinación del mejor tratamiento para un paciente. El estado de funcionalidad estima la capacidad del paciente para realizar ciertas actividades de la vida diaria sin la ayuda de otros, es decir, el requerimiento o no para realizar estas mismas. (Acevedo, C., Pérez, P. 2014).

La calidad de vida de las personas es un aspecto que cada vez cobra más importancia, ya que esta es la percepción que tiene cada individuo en relación con sus metas, propósitos, expectativas, etc. Las cuales están dirigidas al alcance y consecución de las mismas; este término involucra no solo la calidad de vida y bienestar físico, sino que también el psicológico, y social, y la capacidad de funcionar y desenvolverse en el ambiente el cual es su espacio de desarrollo, por lo cual se tiende a relacionar la calidad de vida con la funcionalidad de una persona para cumplir en todos los roles que desempeñe dentro de los diferentes sistemas de los cuales haga parte. (Fernandez, E, Sanchez, C, 2014).

Por otra parte, la funcionalidad es definida según la Clasificación Internacional De La Funcionalidad, Incapacidad Y Salud (CIF) como la interacción que desempeña el individuo con el ambiente o contexto en el cual se desenvuelve, lo cual es el resultado de los niveles de autonomía e independencia de este mismo, los cuales promuevan pensamientos, sentimientos y acciones. Por lo que esta misma esta misma sería la derivación de no necesitar asistencia, cuidados, o supervisión alguna para realizar alguna tarea. Es así como la funcionalidad sería la interacción constante que se debe tener, entre

factores del medio en el que se desenvuelve la persona y las condiciones aceptables de salud.

Según Gómez, D. (2015) la capacidad funcional de una persona está relacionada con el desempeño de actividades, esta misma determina el nivel de cuidado y asistencia que un paciente requiere, Por ejemplo, pacientes independientes y que caminan en forma autónoma requieren un bajo nivel de ayuda. Por otro lado, pacientes postrados o con limitaciones en el desplazamiento, requieren un alto nivel de cuidado y asistencia, incluyendo por ejemplo ayuda para alimentarse o movilizarse, entre otras. Por lo anterior, caracterizar el Estado funcional de un paciente ayuda a conocer las necesidades de apoyo que el este requiere y permite organizar el cuidado, además de ello la capacidad funcional es utilizada para conocer y caracterizar los síntomas de determinada enfermedad.

Para Howard., Jama (2015). En la mayoría de las ocasiones el Estado funcional es utilizado para medir el grado de independencia y el impacto en las actividades generales que se un individuo puede realizar durante la enfermedad. En pacientes con Cáncer conocer la capacidad funcional es muy importante debido a que aporta información que ayuda a tomar decisiones acerca del tratamiento, riesgos, nivel de asistencia que necesita; además de ello el conocimiento de este mismo se asocia a la expectativa de vida, por otra parte, es importante resaltar que el autocuidado en una persona con poca capacidad de independencia disminuye, pero una vez la enfermedad se estabiliza, se ha pasado por múltiples tratamientos, etc. La persona vuelve a retomar esta capacidad.

Del mismo modo, para Cabanillas, K, (2019). La capacidad o estado funcional de un individuo generalmente decrece o se ve afectado por enfermedades crónicas o accidentes graves, pero en mayor medida disminuye a causa de la edad adulta, debido a que existe una pérdida en la capacidad y tono muscular, dificultad de desplazamiento e incluso pérdida de movilidad, etc. Lo cual es causado por el envejecimiento, por ello el autor considera que la

capacidad funcional en el adulto mayor se evidencia teniendo mayor prevalencia en relación a cualquier otra población.

Para Arciniegas, A., Borda, M., Cano, C., Ortiz, C., & Samper, T, (2017) la funcionalidad es definida como la manera de hacer frente a diversas situaciones de manera independiente y autónoma, las cuales se dividen en actividades básicas y actividades instrumentales; las primeras dirigidas al autocuidado y a la movilidad de este mismo, es decir la capacidad para diferentes actividades de manera progresiva en pro de la conservación de la salud; las actividades instrumentales están más dirigidas a tareas de la vida diaria como por ejemplo, hacer cualquier acción que involucre el medio externo, y hacer uso de la relación con otros para suplir las necesidades y aumentar o dentro de lo posible no permitir que esta capacidad e independencia decaiga. Debido a que el deterioro de esta misma, causa que el individuo deba mantener asistencia permanente, además de sentimientos de minusvalía.

Así mismo, Kane (1984, citado por Spottorno, G, 2012) describe dentro del estado funcional, tres dimensiones a tener en cuenta; la biológica, la psicológica, y la social por lo tanto la funcionalidad de la persona deben estar en equilibrio entre estos aspectos; la cual también es definida como la capacidad de una persona para pensar, actuar, y comportarse de manera adecuada, según las exigencias del entorno, de la misma manera esta ha sido altamente relacionada con las relaciones que mantenga en sociedad, y el desarrollo de los diferentes papeles que puede desempeñar dentro de esta misma; por ejemplo la actitud que se tenga para enfrentar diferentes situaciones respecto al entorno y al individuo también.

De la misma manera, la capacidad funcional es una característica que le permite a la persona poder desenvolverse dentro de una sociedad de manera más independiente, es decir; los niveles bajos de esta misma acarrearán consigo la disminución de autonomía del individuo, pues se hace necesaria la asistencia permanente para que esta pueda desarrollar sus actividades. Además es importante mantener la estimulación de la independencia y

autonomía, con el fin de no permitir que estas mismas decrezcan. Según Osorio, M, Velasquez, M, (2019), la funcionalidad de una persona es el conjunto de condiciones que le permiten a esta cumplir con las necesidades de la vida cotidiana de manera independiente, es decir la capacidad para demostrar su autonomía y su funcionalidad completamente, esta misma puede volverse dependiente y afectar la vida de las personas, así mismo mediante diferentes reforzadores esta puede revertirse, es decir volver a los niveles anteriores o por lo menos no disminuirse, al punto de que la persona deba depender de terceros de manera indefinida.

Por otra parte, Castaño, H, Carvajal, J, Londoño, M, (2019) describen la funcionalidad como la capacidad que presenta un individuo, para realizar actividades de la vida diaria, las cuales van desde suplir sus necesidades básicas, hasta el cumplimiento de sus propósitos lo que contribuye a la transformación y crecimiento personal de este mismo, además, la disminución de esta misma es un factor que deja secuelas emocionales y psicológicas en las personas que han sido afectadas, ya sea que la causa sea el envejecimiento, o enfermedades crónicas y progresivas; pues el hecho de verse a sí mismas dependiendo de otros puede precipitar la aparición de demás problemáticas asociadas al estado de ánimo, depresión, ansiedad, etc.

La dependencia funcional además, consiste en la disminución o reducción de la capacidad que posee una persona en cuanto a su funcionalidad física y mental generando así mismo que exista una necesidad de apoyo y asistencia por parte de la persona afectada para tratar de sobrellevar y responder a las demandas del medio, requiriendo así asistencia para realizar alguna función o acción determinada. (Leon, S, Vidal, D, 2019). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) afirma que la funcionalidad es la capacidad de vivir con independencia sin requerir asistencia por parte de los demás, lo cual involucra el desempeño óptimo en las diferentes actividades y funciones.

Entendiendo así mismo, que la disminución de la capacidad funcional supone discapacidad; la cual es la interacción que existe entre enfermedad (en la mayoría de las ocasiones) y factores ambientales como la necesidad de asistencia, apoyo social, entre otros. A la poca capacidad funcional se pueden atribuir distintas problemáticas que se pueden desencadenar a partir de esta, pero si bien es cierto; todas las personas con algún tipo de limitación funcional tienen acceso a los servicios sanitarios y de salud. Por lo tanto las actividades de promoción y prevención también deben estar encaminadas a poder llegar a población con cualquier tipo de condición, dado que esto puede significar vulnerabilidad para que estas mismas desarrollen otro tipo de afecciones. (OMS, 2018)

Para Zabala, (2011, citado por Avellan, W, Plaza, G, (2019) la funcionalidad es definida como “la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria, la cual declina gradualmente y difiere de individuo a individuo” (p.586). es decir que esta misma va disminuyendo progresivamente, lo cual es diferente para cada persona. Por lo tanto, la disminución de esta supone una marcada dificultad de realización de labores u oficios cotidianos, existiendo notoriamente la pérdida de independencia, así como también la necesidad de ser ayudado constantemente. Por otra parte, la capacidad funcional es un sinónimo de calidad de vida, incluyendo los diferentes aspectos que componen al ser.

Finalmente es importante resaltar que según lo propuesto por cada autor mencionado anteriormente, la capacidad funcional del ser humano es un aspecto que influye en las diferentes dimensiones que complementan a cada individuo, pues una disminución de esta funcionalidad supone la aparición de distintas problemáticas adicionales, como podría ser; síntomas de depresión, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, y minusvalía, entre otros, los cuales por supuesto que afectan la salud mental de cada sujeto, por ello esta característica es importante en participantes con alguna enfermedad, pues el término bienestar no solo engloba la salud física, sino también la psicológica, la cual puede verse afectada por el declive del estado funcional de cada persona.

Psicología de la Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974) la salud es “un estado de completo bienestar físico, psicológico y social; no solamente ausencia de la enfermedad”. A partir de esta definición se destaca la importancia de estas tres áreas en el ser humano, buscando generar un equilibrio en las mismas. Estas dimensiones poseen ciertas características: La primera dimensión hace referencia al estado físico; el cual se identifica por las manifestaciones fisiológicas del individuo ante los diferentes factores que puedan alterar la salud y dar origen a la enfermedad, por otra parte, se encuentra la segunda dimensión la cual se orienta al estado psicológico en el que se incluyen aspectos relacionados con la salud mental, y por último esta la dimensión social la cual incluye las habilidades para interactuar en el medio en el que se desenvuelve.

A partir de la conceptualización realizada por la OMS (2013) acerca de las tres áreas que componen la salud, surge la importancia de ahondar en el término de salud mental, la cual es definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Según esta definición de salud mental esta permite al individuo realizar de manera óptima las diferentes demandas que el medio le presenta sin que estas se vean alteradas, permitiéndole tener una adecuada calidad de vida, lo cual a su vez le proporcione un estado de bienestar constante al mismo.

La base de la psicología de la salud se enmarca en el modelo biopsicosocial, el cual busca integrar los factores biológicos, psicológicos y sociales los cuales son los que determinan la salud y la enfermedad, estos mismos aspectos deben estar en armonía para que el concepto de la salud sea integral. De este modo, se establece la importancia de la psicología de la salud debido a que esta se encuentra presente en las diferentes áreas de la psicología, cuyo objetivo se enmarca en la promoción y mantenimiento de la salud, así

como también de la prevención y tratamiento de la enfermedad, planteando estrategias que permitan mejorar los programas dirigidos a la consecución de los objetivos anteriormente descritos, (Matarazzo 1980; citado por Pérez, 2012).

Según Oblitas (2006) la psicología de la salud es una rama de la psicología que utiliza las diferentes herramientas y principios de esta misma para la evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento de trastornos físicos o mentales que se puedan presentar en cualquier contexto en el que el individuo se desenvuelve, por lo tanto, se enfatiza en la importancia de abordar la psicología de la salud con pacientes oncológicos, debido a que permite mitigar diversas problemáticas producidas a raíz de la enfermedad misma, afectando aspectos físicos como psicológicos, contribuyendo de esta forma a mejorar la calidad de vida de las mismas.

Capítulo IV. Estrés

Según la definición de la real academia española, (RAE, 2018), se define el estrés como “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”. Llevando a un conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física del individuo ante determinadas situaciones. El termino estrés es tomado como la fuerza excesiva que se le aplica a algo hasta llevarlo al límite y esta puede llegar a romperlo o sacarlo de su forma normal y deformarlo. “El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan”. (Bruce McEwen, 2000 citado por Daneri, 2012).

El estrés se presenta en el ser humano en pequeñas medidas siendo en cierta medida positivo con el fin de ayudar a evitar el peligro o cumplir con un objetivo a un delimitado tiempo, pero si este dura mucho tiempo, puede llegar a ocasionar afectaciones en la salud. Un desencadenante del estrés es la presencia en el contexto de un factor que lo genere y la ansiedad. Así mismo, el estrés en el ser humano es un sentimiento que es normal, el cual se clasifica en dos tipos: el estrés agudo y el estrés crónico, entendiendo el primero como el que se presenta a corto plazo, ayudando a controlar situaciones que se perciben peligrosas, algo nuevo o emocionante, generando el sentimiento en las personas, igualmente entendiendo el segundo como el tipo de estrés que perdura en el tiempo por un periodo de tiempo más prolongado. Las personas que suelen acostumbrarse a este tipo de estrés por el ámbito laboral, familiar, entre otros, no lo reconocen como un problema que presentan y no buscar maneras de contrarrestarlo de manera adecuada y orientada por un profesional de la salud. (MedlinePlus, 2018).

Una respuesta que se presentan ante el estrés es desde el sistema nervioso autónomo, ya que una parte de este se inhibe y otra se activa. la que se activa es el sistema

nervioso simpático, ya que las proyecciones de sistema van desde la medula espinal hacia casi todos los órganos, incluyendo las glándulas sudoríparas del cuerpo, cuando nuestro cuerpo considera una situación como una emergencia este sistema se activa y a raíz de esto se activa la motivación, vigilancia y alerta. Esta activación es conocida como eje SAM (simpático- Adreno-medular). La otra parte es el sistema nervioso parasimpático la cual al contrario de la anterior no se activa sino se inhibe ante la situación, la cual tiene como función las funciones vegetativas cuales promueven el crecimiento y el ahorro de energía (Daneri, 2012).

Así mismo el sistema endocrino es un componente de respuesta ante el estrés, en donde se encuentra el eje H-P-A (hipotálamo-pituitaria-adrenal), en donde la activación de esta carga hormonal es por el estrés, en donde un evento estresor del contexto del individuo conlleva a la activación del hipotálamo y por consiguiente a la liberación de estas hormonas como los son la corticotrofina (CRF) y arginina vasopresina (AVP) y estas hormonas a su vez llegan a estimular la hipófisis, liberando corticotrofina actuando en las glándulas suprarrenales y liberando cortisol. Igualmente como unas hormonas se inhiben y otras se activan ante la presencia del estrés, un ejemplo de la liberación de estas hormonas es la liberación del estrógeno, progesterona y testosterona. El concepto de estrés desde el ámbito psicológico es utilizado en varios contextos y desde varios puntos de vistas de los autores, entre ellas el estrés es expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., y así mismo se utiliza para determinar el contexto y la situación que está generando la emoción en el individuo. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016).

El estrés puede definirse como las respuestas que presenta el organismo ante una demanda específica. Dichas respuestas fueron estudiadas por el endocrinólogo canadiense Hans Selye a quien acudían sus pacientes presentando unos síntomas generales similares entre ellos, como agotamiento, fatiga, pérdida del apetito y fiebre, además de los síntomas propios de las enfermedades particulares de cada individuo. Posteriormente, adelantó experimentos con ratas, a partir de los cuales concluyó que el cuerpo siempre presentaba respuestas ante un estímulo, bien fuera

este interno o externo. A este fenómeno lo denominó síndrome del estrés. Así mismo, determinó que los estresores son eventos de tipo ambiental que provocan un ajuste en el organismo y hacen que se manifieste la respuesta fisiológica de estrés (Davis & Paladino, 2008 citado por Stepanian, 2016).

Eustrés y Distrés

El estrés es definido como la proporción que se da en el sujeto de deterioro y agotamiento que se acumula en el cuerpo. “Un estrés excesivo debido a un estímulo demasiado grande, puede conducir a la angustia; es decir, al distrés. Se rompe la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas” asimismo, el Eustrés, es donde el individuo desarrolla su máximo potencial debido a la buena salud física y el bienestar mental, también es asociado con la claridad mental y las condiciones físicas adecuadas de la persona. En sí, el eustrés es definido como: “un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones (Neidhardt, Weinstein y Conry, 1989. Citado por Naranjo, 2009).

De acuerdo a lo anterior, se define que se tiene los mismos efectos en cuanto a una noticia agradable como a una no tan agradable, ya que el organismo debido a las secreciones hormonales responde de manera somática ante las mismas, produciendo estrés. Sin embargo en las respuestas dadas por el organismo se dan de manera natural adaptándose de manera fisiológica a las normas del sujeto, lo cual hace referencia al Eustrés, pero algunas veces estas respuestas que produce el organismo ante determinada situación son excesivas y superan la capacidad de afrontamiento del sujeto, lo cual es distrés. En donde el buen estrés es el que se produce en la persona cuando realiza acciones placenteras para el mismo, al contrario el mal estrés o distrés, es aquellas acciones o situaciones que generan en el individuo disgusto, en contra de su capacidad de adaptación, como por ejemplo la carencia de libertad. (Naranjo, 2009).

Las respuestas presentadas al estrés por parte del ser humano puede definirse en tres etapas: la primera de ella es la alarma de reacción en donde el sujeto tiene conocimiento del problema, apareciendo síntomas fisiológicos como emocionales. La segunda es la definida como resistencia, en donde el organismo se adapta a la situación aunque en un principio la activación está presente como en la primera etapa, suele extinguirse ya que el organismo se adapta ante el problema. Y por último la tercera etapa la cual es el agotamiento, en donde el organismo del sujeto pierde la capacidad adaptativa ante la situación y agota todos los recursos que tenía en un principio. (Seyle, 1956 citado por Rodríguez, 2018).

También, el estrés puede definirse en base a distintos criterios: el primero es el estrés positivo, donde la persona está bajo presión pero le genera un beneficio, como motivación constante y con la mente despejada, aportando factores efectivos como la felicidad. El segundo, el estrés negativo, el cual genera en el individuo pensamientos dañinos que lo llevan a la frustración, generando ansiedad y poca activación. El tercero, puede darse por la duración en que se presenta al sujeto, una de esas es el estrés agudo, el cual se presenta en mayor medida debido a las exigencias del diario vivir, llevando a sufrir agotamiento y consecuencias negativas en la salud tanto psicológica como física. “las principales señales son: dolores musculares, emociones negativas problemas gástricos y sobre-exaltación del sistema nervioso”. Así mismo, el estrés agudo episódico, en donde la persona presenta una angustia constante a raíz de las exigencias que se le presentan en el entorno. Igualmente el estrés crónico, comúnmente aparece en situaciones en donde el sujeto esta la mayor parte del tiempo en alerta, lo que implica poco descanso o se puede generar de un trauma de la niñez. (Rodríguez, 2018).

Causas del Estrés

Una situación que se considere poco significativa o sin relevancia alguna puede generar estrés en una persona, debido a que esta acumula situaciones en la vida cotidiana que van generando tensión pero no es evidente su manifestación. Donde el contexto en el

que se desarrolla el sujeto y las personas que lo rodean influyen en pequeñas proporciones para generar un estrés agudo, es por ello que no se puede atribuir una simple situación al desencadenante del estrés pues ya que este sería solo una pieza que encaja en un rompecabezas compuesto de varias situaciones. Es así como unas de las causas clasificada o más comunes son las causas sociales, biológicas, químicas y ambientales, por las que el sujeto se enfrenta en su contexto. (Lomas, 2000.citado por Stepanian, 2016).

Las investigaciones se centran en las grandes ciudades debido a la falta de oportunidad, sobrepoblación y hacinamiento que estas presentan, los cuales generan factores desencadenantes de estrés en los individuos, llevándolo a sufrir patologías mentales y tomando conductas des-adaptativas ante la sociedad, lo cual se ve reflejado en los incrementos delictivos. Llevando a que la comunicación y relaciones interpersonales con los demás individuos sean escasas, generando comportamientos individualistas y de beneficio propio. Influyendo el acceso a salud, educación y empleo en donde el sujeto cambia desde estos componentes su pensamiento. Cuando un individuo se enfrenta ante la situación de padecimiento de una enfermedad crónica se vuelve más vulnerable a la aparición de estrés, debido a las consecuencias que estas generan en el individuo y a los cambios que conlleva. En donde el individuo atraviesa situaciones y cambios tanto físicos como emocionales que le afectan y el pensamiento recurrente ante la situación y las estrategias que se pueden tomar para enfrentarse a estas. (Dorantes & Matus, 2002 citado por Stepanian, 2016).

Contexto familiar.

La familia constituye un eje primordial en la resolución del problema, debido al apoyo que se genera dentro del mismo sistema y en los individuos que la componen, compartiendo lazos afectivos y de comunicación entre los mismos lo que facilita la búsqueda de estrategias para enfrentar la situación y los cambios que este lleva consigo. En los últimos años la familia ha sufrido varios cambios en cuanto al espacio, la limitación de tiempo y compartir con los miembros de la misma, en donde se involucran las

insatisfacciones personales, factores económicos y adaptabilidad aumentando las separaciones, lo que conlleva a que este apoyo emocional se vea debilitado en el individuo que presenta la enfermedad. (Zamudio, 2008. Citado por Bachiller, 2016)

Igualmente se define el concepto de “la familia sigue siendo considerada como la estructura básica de la sociedad, cuyas funciones no han podido ser sustituidas por otras organizaciones. De éstas; la más importante, es aquella de servir como agente socializador que permite proveer condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo biopsico-social de los hijos”. Dentro del entorno social y contexto en el que se desenvuelven las personas, puede ser una fuente de apoyo para estas pero así mismo suele ser en algunas ocasiones un factor estresante. Generando a su vez una serie de respuestas sociales y emocionales que llevan al individuo a presentar ansiedad ante las situaciones. (Benítez, 1999 citado por Bachiller, 2016).

Del mismo modo, el individuo se desenvuelve en un factor social y su familia es un sistema que protege al individuo, al enfrentar una situación o problema estresante este núcleo se convierte en protector y activa las estrategias de afrontamiento para distribuir las funciones a cada cual, con el fin de contrarrestar las consecuencias que se generan en el individuo que padece la enfermedad. Citando el modelo ecológico de Bronfenbrenner sugiere que los recursos del contexto del individuo tanto sociales como ambientales pueden mitigar las respuestas psicológicas que el individuo experimenta en el proceso, destacando la importancia del apoyo social que proviene de diferentes entornos hacia el individuo, favoreciendo su adaptabilidad al entorno y viceversa. Este modelo ha sido utilizado desde varios campos como el socio familiar, educativo y de la salud (Melguizo, Martos & Hombrados, 2019).

Contexto social.

Dentro de las investigaciones que se realizan sobre psico-oncología se tiene en cuenta en mayor grado de importancia el apoyo social, ya que este ayudará a determinar como el paciente enfrentará la situación o enfermedad, en pacientes con cáncer el apoyo social se vuelve un factor de beneficio ya que a raíz de este se disminuyen los niveles de estrés que se presentan. “El apoyo social es un concepto interactivo, es una transacción interpersonal de ayuda que se produce entre las fuentes de apoyo y el receptor de la ayuda, que puede implicar emociones, ayuda material e información y que se da en un contexto determinado” (Melguizo & Col, 2019).

El apoyo social es definido como “proceso complejo y dinámico donde hay transacciones que se dan entre los individuos de la red como respuesta a las demandas”, es aquella conducta que implica comunicación con el fin de proteger y/o ayudar a los demás, con los cuales se interactúa en el transcurso del día a día, obteniendo recursos emocionales de calidad y recursos físicos que ayudan en conjunto a contrarrestar y hacer frente al evento estresor. Siendo provisiones reales que ofrecen al individuo una comunidad, amigos íntimos o una red social. (Sánchez Moreno, 2004 citado por Huaman & Lupaca, 2019).

Formas de Afrontamiento el Estrés

Folkman (1986 citado por Huaman & Col, 2019), planteo y estableció 8 formas habituales para enfrentar las situaciones desencadenantes del estrés: 1. Confrontamiento: donde el individuo hace esfuerzos y modifica o altera la situación, indicando un riesgo para el mismo. 2. Planificación: el individuo analiza la situación y busca de forma analítica la solución del problema. 3. Distanciamiento: el individuo se adapta o por el contrario se aleja del problema. 4. Autocontrol: el sujeto controla sus emociones y sentimiento con el fin de generar un afrontamiento activo. 5. Búsqueda de apoyo social: en donde la ayuda de terceros para el individuo es de gran importancia para contrarrestar el problema.

Del mismo modo, se planteó la aceptación de la responsabilidad: el sujeto se concientiza del problema y deja de evadirlo con el fin de llegar a la solución por sus propios medios. 7. Huida –Evitación: donde como su nombre lo indica, el sujeto huye del problema con el fin de no aceptarlo. 8. Revaluación positiva: ante la situación estresante el individuo genera soluciones que le ayuden a combatir el problema de raíz. “Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas” (Alcoser, 2012. Citado por Huaman & Col, 2019).

Salud Mental

La OMS (2013, citado por Biomédica 2016) define la salud mental como aquel estado de bienestar donde la persona enfrenta el estrés de la vida cotidiana, este afrontamiento se da tanto en el ámbito familiar y en el contexto en que se desarrolla o la comunidad. O asimismo, el desarrollo de habilidades o estrategias potenciales del sujeto. Lo cual infiere que “la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si esta fuera un campo aparte de la salud en general”. De acuerdo a esto, la salud mental es un campo en desarrollo, donde aún se plantean estrategias para hacer frente a la misma y la una manera adecuada para su abordaje.

La salud mental, es una parte fundamental de la salud pública por la cual se plantean razones que soportan dicha afirmación, una de ellas es que “los trastornos mentales son frecuentes ya que estos afectan a dos de cada cinco personas adultas en el país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es muy frecuente”. Es donde la promoción de la salud y los beneficios que esta acarrea en este campo de acción son beneficiosos para todos.

Del mismo modo, la prevención e intervención de estos trastornos dan luz a aspectos que constituyen un trabajo de la salud mental y una buena muestra del funcionamiento óptimo de la misma (Biomédica, 2016).

Del mismo modo, al hablar de salud mental en gran medida se aborda la enfermedad mental del sujeto y como se tiene una visión objetiva de ella, donde se trata de explicar el comportamiento anormal del sujeto y del mismo modo controlar dicha conducta. Donde se toma como concepto de salud lo planteado por Oblitas (2004 citado por Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero 2017), es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de éste”. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Donde continuamente el sujeto se ve enfrentado a cambios físicos psicológicos y sociales y esto hace que las relaciones interpersonales se afecten y generen cambiar esquemas internos para adaptarse.

Salud mental en Colombia.

La salud mental y su problemática se encuentran relacionados desde los aspectos sociales, culturales y económicos del individuo, donde los sujetos más vulnerables al sufrir esta problemática son: personas en extrema pobreza, niños (as) y adolescentes que abandonan o interrumpen su ciclo escolar, personas expuestas o con traumas causados por olas de violencia, migrantes víctimas del conflicto armado en el país o emigrantes de otros países y la población indígena, ya que esta población se ve expuesta a diferentes cambios y choques emocionales, debido a la desintegración familiar, la discriminación, violación de sus derechos como seres humanos, entre otras (Prieto, 2015).

En Colombia las leyes o normativas específicas para abordar la salud mental no son muy amplias, pero se puede plantear dos momentos que marcan el proceso de intervención a la salud mental, donde desde los años setenta hasta la actualidad, separados por el “Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993, es

en 1993 cuando se produce una transformación global del modelo de salud, del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental”, La política en mención planteó como objetivo propiciar la salud mental y su capacidad transformadora, encaminando acciones que desde varios lugares garantizaran el cumplimiento de los derechos y facilitaran el establecimiento de relaciones más equitativas e incluyentes; aminoraran el sufrimiento; restauraran el bienestar emocional y permitieran a los colombianos gozar de una mejor vida en el marco del desarrollo (Ardon & Cubillos, 2015).

Finalmente, es importante resaltar que aunque el avance en las normas que cobijan la salud en Colombia y en el cual se protege la salud mental de los pacientes se ve afectada desde varios ámbitos, uno de ellos es la deficiencia en el sistema de salud colombiano. También esta normativa se perturbada, ya que no se hace un control específico o una vigilancia detallada de su aplicación o en algunos casos se archivan las quejas de los usuarios debido a la demanda de salud en el país. Asimismo, los profesionales de la salud mental, refieren que aunque en Colombia se ha ido progresando en el posicionamiento de la salud mental y en una praxis adecuada de los mismos, respetando los lineamientos éticos, con calidad y eficiencia hacia el usuario se anteponen diversos recursos por parte del sistema que obstruye un adecuado e idóneo proceso para lograr un seguimiento preciso en el país. (Ardon & Cubillos, 2015).

Marco Legal

El marco legal, de la investigación aborda de manera amplia acerca de las leyes que se han llevado en nuestro país, teniendo en cuenta las legislaciones que se manejan actualmente, además realizando una revisión exhaustiva y completa, para permitir de esta manera un mejor entendimiento general de las leyes, derechos y deberes que se tienen con respecto al tema de estudio.

Ley 1616 de 2013 De la Salud Mental

Artículo 1

El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Ley 1090 de 2006 De la Profesión de Psicología

Esta ley reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Artículo 1

Definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida. (Congreso de la República, 2006)

Artículo 2°

De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales:

Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las

necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones. (Congreso de la República, 2006)

Artículo 3. Del Ejercicio Profesional del Psicólogo

a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales;

b) Diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en las distintas áreas de la Psicología aplicada.

Artículo 25

La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores

tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades.

d) Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

Artículo 29

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito.

Artículo 30

Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos. (Congreso de la República, 2006)

Artículo 36.

Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional. I) No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente.

Artículo 49

Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50

Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 52.

En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Constitución Política de Colombia 1991

Refiere en el Artículo 15 que todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan

recogido sobre ellas en los bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución. La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Sólo pueden ser interceptados o registrados mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

Ley Estatutaria 1581 de 2012

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Artículo 4

Principio de confidencialidad. Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma. (Congreso de Colombia , 2012).

Marco Contextual

Pamplona es el quinto municipio del departamento Norte de Santander, Colombia. Ubicado en las montañas de la cordillera oriental, en el nororiente colombiano, con una distancia de 75 km de la ciudad de Cúcuta (capital del departamento), cuenta con una temperatura de 15°C aproximadamente, limitando al norte con Pamplonita, al sur con Cacota y Chitagá, al oriente con Labateca y al occidente con Cucutilla. Está conectada por carreteras nacionales con las ciudades de Cúcuta, Bucaramanga, Bogotá y Arauca (Rozo, 2018).

Fue fundado en 1549 don Ortún Velazco de Velásquez y don Pedro de Ursúa. Es caracterizada y conocida por ser una ciudad estudiantil debido a su excelencia de sus instituciones educativas. Esta ciudad mantiene el urbanismo y la arquitectura colonial y republicana, haciéndola merecedora de la declaratoria de bien de intereses cultural de carácter nacional en 1963. La ciudad en su economía ha variado, aunque se le reconoce por su producción de tejidos y lo relacionado a producción manufacturera, cultura y turismo, especialmente el turismo religioso (Alcaldía de Pamplona, 2016).

Según el DANE (2018), Poblacionalmente cuenta con 58 592 habitantes y su extensión territorial es de 1.176 km², esta ciudad está compuesta por su zona rural y urbana, estableciendo un total de 30 veredas que se encuentran a sus alrededores. Sus fuentes hídricas son dos ríos conocidos como pamplonita y Sulasquilla y los afluentes de los mismos como lo son el Alisal, Monteadrentro, San Agustín, entre otros.

Esta ciudad está compuesta en su parte turística con diferentes sitios de interés como lo son “El Museo de Arte Colonial y Arte Moderno Eduardo Ramírez Villamizar, El Museo Anzoátegui, El Museo de Arte Religioso, la Sede Arzobispal, la Catedral Santa Clara, la Casa de Águeda Gallardo, la Casa de las Cajas Reales, la Ermita de las Nieves, El Templo del Humilladero, El Parque Principal Águeda Gallardo y Recreacional Los Tanques, la

Casa Natal del poeta Jorge Gaitán Durán.” Dentro de sus museos la ciudad cuenta con la más completa colección de pinturas coloniales y arte religioso. (Min. de cultura, 2018).

Dentro de sus festividades se encuentra la más representativa que es la semana santa o semana mayor, la cual es reconocida a nivel nacional e internacional y catalogada como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación desde el año 2013, en donde se congregan creyentes de todas las partes del país, en esta semana también se celebra el festival internacional coral de música sacra. También se celebra las ferias y fiestas del grito de independencia del 4 de julio de 1810 en donde se llevan diferentes grupos musicales y se ofertan dulces tradicionales y comidas típicas, dentro de esta celebración se realiza el festival de danza folclórica por parejas y el reinado municipal. Igualmente se celebra la feria del dulce, el pan, y la colación pamplonesa el cual es en el mes de julio. Se realiza la feria artesanal en base a la fundación del departamento. Se realiza las festividades del señor del humilladero, en donde se llevan a cabo las respectivas novenas y el último día la fogata donde los creyentes acuden a esta. Así mismo se celebra las festividades de nuestra señora del Carmen en julio, la cual es la patrona de los conductores y estos acuden a bendecir sus carros. (Pamplona, 2016).

Metodología

Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca bajo lineamientos de una investigación de corte mixto, descrita por Henandez,Fenandez & Baptista, (2014) como “aquella que se encarga de indagar un tema combinando la metodología cuantitativa y cualitativa con el fin de minimizar las debilidades potenciales de estas y así recolectar la información, analizarla y vincular los datos de los dos enfoques en un mismo estudio respondiendo a un planteamiento del problema”. Es así como se pretende explorar ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y el estatus performance de pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona?

Diseño y Alcance de Investigación

Respecto al tipo de diseño de investigación se llevará a cabo una metodología de naturaleza fenomenológica de corte transversal; diseño que es utilizado cuando la finalidad del estudio es describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante, en una muestra o contexto en particular y donde la recolección de los datos se lleva a cabo en un solo momento y en un entorno natural (Hernández, & col 2014). Para posteriormente analizarlos; en este caso se hará por medio del programa estadístico SPSS Versión 25.0 y triangulación de técnicas.

Población

La población seleccionada para el estudio comprende a pacientes Oncológicos de sexo femenino de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander.

Muestra

Teniendo en cuenta que la presente investigación está desarrollada desde la metodología mixta, la selección de la muestra se realizará bajo un muestreo no probabilístico, pues para el diseño del estudio es pertinente que la muestra está conformada por 10 pacientes oncológicos de sexo femenino. Dado que según Hernández, & cols (2014) “una muestra no probabilística o dirigida es un subgrupo de la población, en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de la característica de la población”, los participantes podrán o no responder a la entrevista y prueba de manera voluntaria por lo cual se les pedirá que diligencien el consentimiento informado, donde afirmar su participación en el estudio, cabe resaltar que la población a trabajar deben ser mayores de edad, es decir de 18 años en adelante.

Instrumentos

Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus.

La Escala de modos de afrontamientos fue creada por Folkman y Lazarus (1984). El instrumento consta de 67 ítems; con una con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 0 a 3, desde en absoluto hasta en gran medida. Cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes; en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos. Se otorgan las puntuaciones. Las cuales se engloban en ocho dimensiones. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

La validez de esta escala para evaluar el afrontamiento está íntimamente relacionada en primer término, con la forma en que se aplica y con las pretensiones y presunciones del examinador con respecto a los resultados obtenidos. Del mismo modo, dicha escala está validada en Colombia la ciudad de Manizales, a través de una investigación titulada

“Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar” Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud subjetivo en adolescentes y jóvenes en el año 2013.

Confrontación: Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.

Distanciamiento: Describe los esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44.

Auto-control: Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala A33 está conformada por los índices 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63

Búsqueda de apoyo social: Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices 8, 18, 31, 42 y 45.

Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices 9, 25, 29 y 51.

Huida – evitación: Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación. Está compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.

Planificación: Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.

Reevaluación positiva: Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.

Escala del estado funcional de Karnofsky (KPS).

(Burchenal, y Karnofsky, 1949)

Esta escala fue desarrollada para evaluar la capacidad funcional del individuo, lo que se refiere exactamente al estado de salud general y las actividades que puede llevar a cabo. Evalúa diferentes dimensiones: nivel de actividad, capacidad de trabajo, nivel de cuidados requeridos, gravedad y progresión de la enfermedad y si hay necesidad de hospitalizar. Esta evalúa de 100 a 0; donde 100 es salud normal y 0 muerte. Así los pacientes con un valor que sea igual o supere los 60 puntos tendrán la capacidad aun de suplir sus necesidades, pero si por el contrario el puntaje desciende de 30 quiere decir que el sujeto se encuentra totalmente incapacitado. Estos valores van en descenso de 10 a 10. La escala KPS tiene una confiabilidad que va de moderada a elevada. Esta escala ha sido validada en Colombia, en la ciudad de Bucaramanga, en una investigación denominada “Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer” de la universidad industrial de Santander en el año 2012.

Entrevista semiestructurada.

Esta entrevista consta de un total de 20 ítems y fue desarrollada bajo las diferentes categorías que se buscan evaluar dentro de la investigación como los son: Estilos de afrontamiento, cáncer, estrés y estado funcional de los pacientes a los cuales se les aplicó, así mismo cada pregunta se enfoca en una subcategoría diferente con la finalidad de evidenciar que componentes en común tiene los pacientes oncológicos y en que se diferencian al momento de enfrentar la enfermedad y el transcurso de la misma. De igual manera como lo define Díaz, Torruco, Martínez, Valera, (2013) es aquella donde existe un margen de libertad para contestar, el entrevistador requiere tener sensibilidad sobre la orientación de la entrevista y como el entrevistado responde a hacia esta, con el objetivo de tener una buena visión de lo que se dice. Así mismo se debe tener en cuenta el transcurso de las preguntas, el comportamiento del sujeto tanto verbal como no verbal para no interferir en el discurso de la persona entrevistada.

Observación no participante.

Según Sabino (1992), el hombre capta la realidad que lo rodea a través de sus sentidos, que luego organiza intelectualmente, Agregando que la observación puede definirse, como el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación. Así mismo como lo plantea Chung (2015) dentro de la observación no participante “el investigador asume un rol pasivo, tan solo de recopilar datos, sin interferir en el normal comportamiento de lo que está investigando”. Esta técnica de recolección de información será utilizada en la presente investigación con la finalidad de recabar datos que puedan presentar las personas y que aporten significativamente a la misma.

Grupo focal.

El grupo focal es una técnica de recolección de información de enfoque cualitativo, la cual permite obtener información de una manera colectiva por parte de los participantes, debido a que se pueden tener en cuenta los puntos de vista individualistas que se tienen y confrontarlos con los colectivos, se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y también se tiene en cuenta la creencia de los participantes y se hace en un espacio-tiempo relativamente corto (Martínez 1999, citado por Ruiz, 2018).

Árbol de categorías

Categorías	Subcategorías	Categorías De Tercer Orden	Categorías De Cuarto Orden
		Leucemias	
Cáncer			
“El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de		Ocurre cuando un gran número de glóbulos blancos anormales se acumulan en la sangre y en la	

células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2017)

Tipos Cáncer

de

médula ósea y desplazan a los glóbulos normales de la sangre. (NHI, 2015).

Carcinomas

(NHI, 2015) se forman en las células epiteliales, quienes son las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo.

Sarcomas

Células se forman en los músculos, los vasos sanguíneos, los huesos y el tejido conjuntivo, tejido adiposo e incluso en los tejidos que recubren las articulaciones.

(Salazar, J. Sánchez, S. 2014).

Fumar

El consumo de tabaco tiene efectos dañinos sobre el organismo, así mismo puede precipitar la aparición de cáncer de pulmón, laringe, riñón, etc. (Zazo, Díaz S. 2013).

Factores precipitantes

Existen ciertos factores que precipitan la aparición de células cancerígenas en los individuos, algunos de los cuales se pueden evitar. (OMS 2015).

Alimentación insana

Dentro de los tumores cancerígenos relacionados con la mala alimentación están los de colon y recto, próstata, matriz, etc.

Prácticas sexuales sin protección

El VPH está relacionado con el cáncer de cuello uterino, por ello la protección juega un papel importante para disminuir su incidencia.

Factores ocupacionales

La alta toxicidad a la que se expone el individuo en contextos laborales puede incidir en diagnósticos de cáncer.

Genética

Los antecedentes familiares con presencia de algún tipo de cáncer pueden aumentar la incidencia de

estos mismos.

Tratamientos

La prolongación de la supervivencia, tratamientos paliativos, la disminución de síntomas, el mejoramiento de la calidad de vida son algunos de los objetivos a los que le apuntan los tratamientos oncológicos.

Radioterapia

Uso de radiaciones ionizantes, las cuales alteran el material de las células dañinas y las destruye.

Quimioterapia

Administración de fármacos para tratar de conseguir la muerte de las células cancerosas.

Inmunoterapia

Consiste en utilizar el sistema inmune del cuerpo como defensa del organismo para combatir el cáncer.

Estilos de afrontamiento

Son aquellas estrategias que el sujeto emplea para hacer frente a determinado problema y que puede llevar a incidir en que el sujeto tenga comportamientos adaptativos más funcionales e independientes y adhiriéndose de

Tipos de estilos de afrontamiento

Estilos de afrontamiento individual

“Surgen de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986. Pág. 164. Citado por Macías, Orozco, Valle y

mejor manera a determinado tratamiento. (Contreras, Esguera, Espinosa, Gómez, 2007).

Zambrano, 2013).

Estilos de afrontamiento familiar

Garassini, (2015) citado por Garay, Pacheco y Ureña, (2018), “cuando un individuo padece patologías crónicas como lo es el cáncer, en los familiares existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua y se convierten en parte integral en la trayectoria de la enfermedad”.

Focalizado en el problema

Se define como la capacidad que tiene el individuo para alejar o disminuir la amenaza existente.

Confrontamiento:

El individuo hace esfuerzos y modifica o altera la situación, indicando un riesgo para el mismo.

Planificación:

el individuo analiza la situación y busca de forma analítica la solución del problema.

Tipos de orientación del afrontamiento

Folkman (1986) citado por Huaman et al (2019), planteo y estableció 8

Focalizado en las emociones

Se caracteriza por la reacción emocional

Distanciamiento:

el individuo se adapta o se aleja del problema.

formas habituales proveniente de la para enfrentar las situaciones. fuente de estrés.

Autocontrol: el sujeto controla sus emociones y sentimiento con el fin de generar un afrontamiento activo.

Búsqueda de apoyo social: la ayuda de terceros para el individuo es de gran importancia para contrarrestar el problema.

Aceptación de la responsabilidad: el sujeto se concientiza del problema y deja de evadirlo con el fin de llegar a la solución por sus propios medios.

Huida – Evitación: el sujeto huye del problema con el fin de no aceptarlo.

La última estrategia se focaliza en ambas áreas” (Alcoser, 2012. Citado por Huaman et al 2019).

Revaluación positiva: El individuo genera soluciones que le ayuden a combatir el problema de raíz.

Status Performance Este se define como el nivel que puede alcanzar un individuo para realizar actividades y conductas como ocuparse de las propias necesidades, la actividad física, desplazarse, levantar objetos etc. Es decir, su capacidad de independencia. (Acevedo, F. Cruz, P. 2014).

Signos y síntomas de enfermedad

Un signo es una señal de enfermedad en este caso, que puede ser percibida por otros. A su vez síntoma; son los elementos que experimenta un individuo y que son percibidas por el solo. (Salud y Enfermedad, 2015).

Cuidado de sí mismo

Implica la capacidad de independencia que se tiene, el acogimiento por uno mismo, y la aceptación de lo que se es. (Boff, L 2015).

Discapacidad

"La discapacidad es un concepto que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno".

(Convención de la ONU, 2006.)

Cuidados asistenciales

Son los servicios que recibe un individuo con el fin de promover, mantener o restaurar la salud o valía por sí mismo. De Arco Canoles, Suarez, Calle. (2018).

Estrés	Eustrés
<p>El estrés es expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., y así mismo se utiliza para determinar el contexto y la situación que está generando la emoción en el individuo. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016).</p>	<p>Es el desarrollo del máximo potencial debido a la buena salud física y el bienestar mental, también es asociado con la claridad mental y las condiciones físicas adecuadas de la persona. (Neidhardt, Weinstein y Conry, 1989. citado por naranjo 2009).</p>
Tipos de Estrés	
	<p>Distrés</p> <p>Un estrés excesivo debido a un estímulo demasiado grande, puede conducir a la angustia; es decir, al distrés. Se rompe la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones</p>

cotidianas”.

Contexto Familiar

Constituye un eje primordial en la resolución del problema, compartiendo lazos afectivos y de comunicación entre los individuos, lo que facilita la búsqueda de estrategias para enfrentar situaciones y los cambios que se puedan dar. (Zamudio, 2008. Citado por Bachiller y Yupanqui, 2016).

Contexto Social

“El apoyo social es un concepto interactivo, una transacción interpersonal de ayuda que se da entre las fuentes de apoyo y el receptor de la ayuda, lo que implica emociones, ayuda material e información y que se da en un contexto determinado” (Hombrados y Castro, 2013 citado por Melguizo & Col, 2019).

Procedimiento

Fase I Elaboración Anteproyecto

Se realizó por medio de la construcción del título, formulación del problema, justificación, objetivos, referentes conceptuales y legales permitiendo conocer más acerca del tema finalizando con el diseño metodológico.

Fase II Revisión De Instrumentos y Técnicas

Se efectuó la revisión de los instrumentos y la construcción del consentimiento informado, que servirán como base para la recolección de la información y aprobación de la aplicación de las pruebas para el estudio, así mismo la construcción y validación de las tres técnicas a aplicar en la investigación.

Fase III Aplicación de instrumentos y técnicas

La aplicación de la Escala del Estado Funcional de Karnofsky, la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, entrevista semiestructurada, observación no participante y grupo focal, se llevará a cabo a finales de agosto con la muestra de la población seleccionada para el estudio.

Fase IV Análisis De Resultados

El respectivo análisis de la información recolectada con la aplicación de las pruebas psicológicas, se va a realizar mediante la utilización del software de análisis predictivos IBM - Software SPSS versión 25, igualmente a través de la triangulación se realizara el análisis de las técnicas cualitativas

Resultados y Análisis Cuantitativos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.0, donde se tomaron en cuenta parámetros descriptivos como: frecuencias, porcentajes, medias, y desviación típica, con el fin de obtener resultados para las dos pruebas aplicadas, asimismo se realizó la correlación de las mismas con la finalidad de comparar las variables de estudio, para ello se emplearon tablas cruzadas y la correlación de Spearman.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, se procedió a estructurar el análisis de resultados en dos apartados: en primer lugar descripción de los datos sociodemográficos de las participantes de la investigación como lo es; edad, sexo, nivel de escolaridad, estrato, procedencia, ocupación, etc. Seguidamente se realiza un análisis y descripción de los resultados de la prueba estilos de afrontamiento de Lazarus, dentro de la cual se enmarcan las diferentes dimensiones a estudiar que son: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidance, evitación, planificación y reevaluación positiva. Posteriormente se realiza el análisis descriptivo de la prueba: estado funcional de Karnofsky. Consecutivamente se analiza la correlación existente o no de las pruebas anteriormente descritas aplicadas a las participantes.

Finalmente en el segundo apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la entrevista semiestructurada, la cual consta de 20 preguntas divididas en las respectivas categorías, grupo focal que tiene cuatro preguntas una por cada categoría evaluada en la investigación y observación no participante.

Análisis Descriptivo de los Datos Sociodemográficos

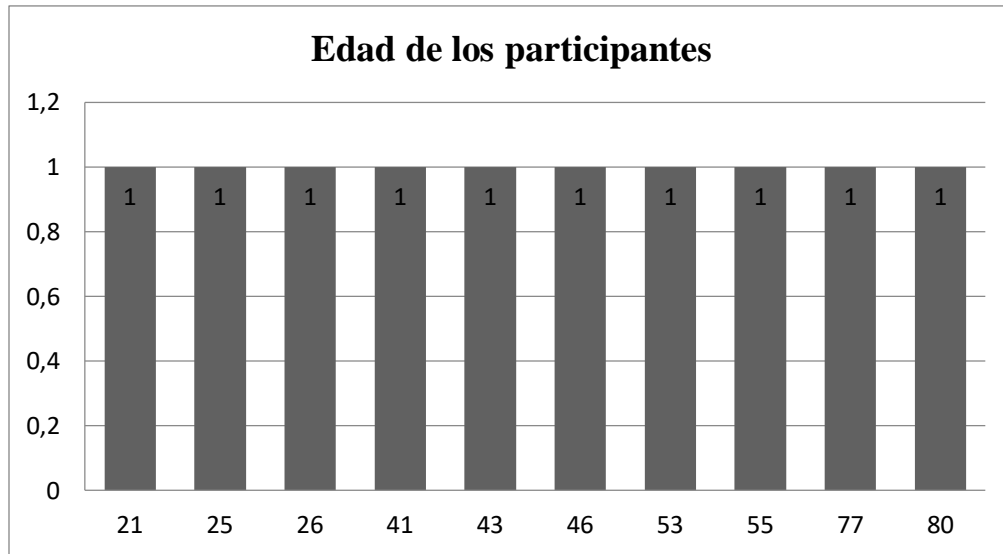
Con la finalidad de obtener más información de la muestra seleccionada se realiza una descripción detallada de cada uno de los datos sociodemográficos, que presentan las

participantes de la investigación como lo es: edad, sexo, nivel de escolaridad, etc. Analizando cada uno de los porcentajes correspondientes y la información que se presenta en el momento

Edad de los Participantes

Edad de los participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21	1	10,0	10,0	10,0
	25	1	10,0	10,0	20,0
	26	1	10,0	10,0	30,0
	41	1	10,0	10,0	40,0
	43	1	10,0	10,0	50,0
	46	1	10,0	10,0	60,0
	53	1	10,0	10,0	70,0
	55	1	10,0	10,0	80,0
	77	1	10,0	10,0	90,0
	80	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 1: *Caracterización Participantes por Edad. (Fuente; Elaboración Propia 2019)*



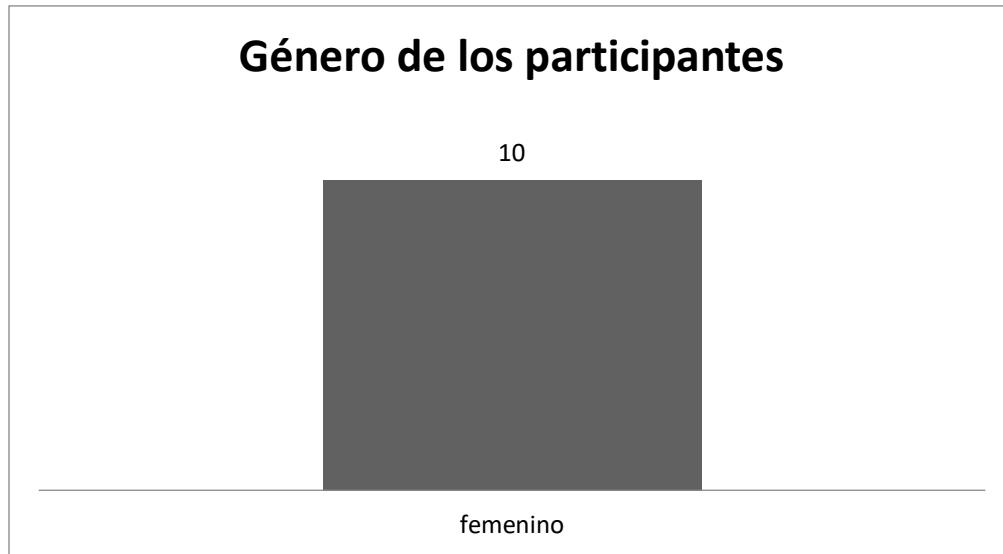
Gráfica 1: Caracterización Participantes por Edad (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la edad de los participantes expuestos en la tabla 1 y gráfica 1, se puede evidenciar que las edades de los participantes son distintas, dentro de un rango comprendido entre los 21 años hasta los 80 años de edad, entendiendo que todas las participantes son adultos mayores.

Género de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido femenino	10	100,0	100,0	100,0

Tabla 2: Caracterización Participantes por Género (Fuente; Elaboración Propia 2019)

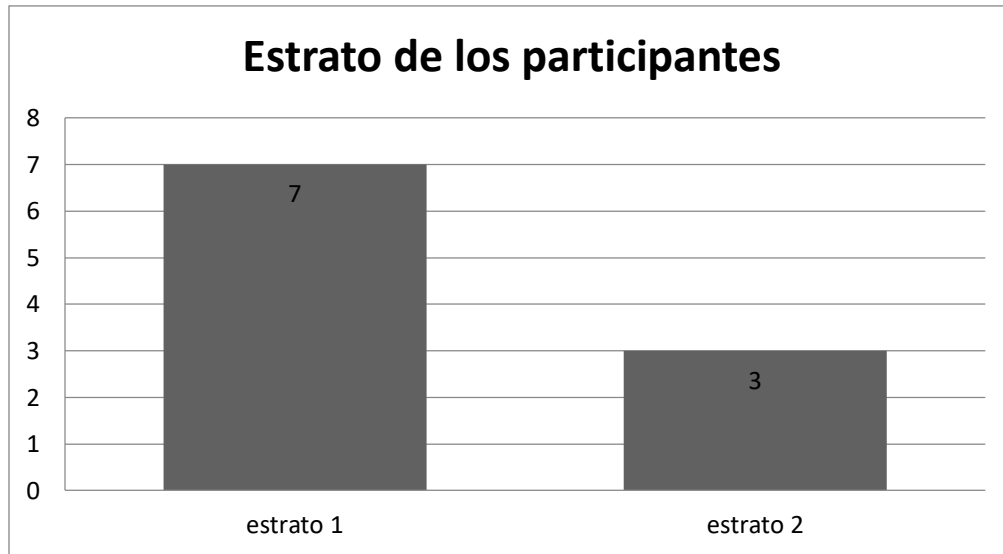


Gráfica 2: Caracterización Participantes por Género (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la tabla 2 y gráfica 2, se puede evidenciar que las 10 participantes de la investigación son de sexo femenino, infiriendo que en este estudio no se utilizó ningún hombre para la aplicación y resultados de la misma.

Estrato de los participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	estrato 1	7	70,0	70,0	70,0
	estrato 2	3	30,0	30,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 3: Caracterización Participantes por Nivel Socioeconómico (Fuente; Elaboración Propia 2019)

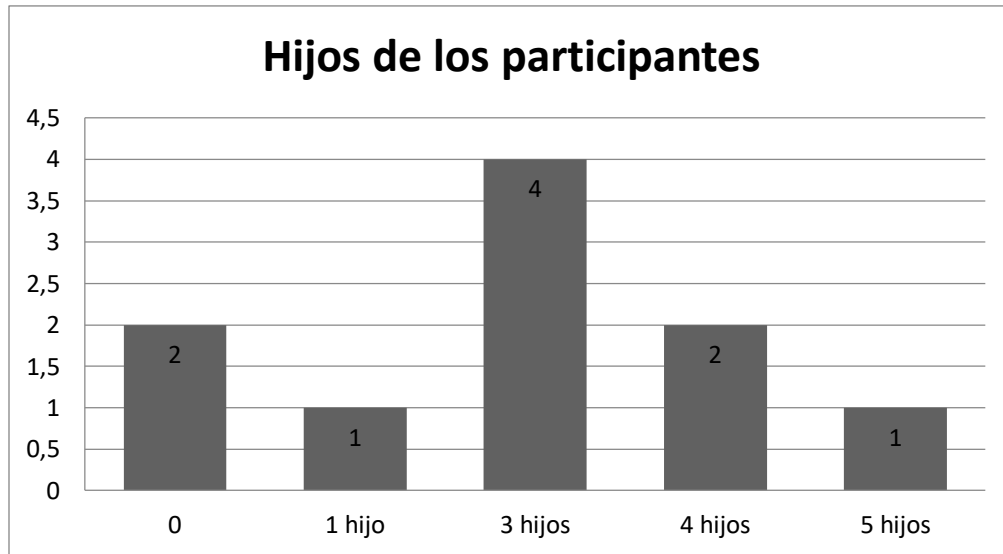


Gráfica 3: Caracterización Participantes por Nivel Socioeconómico (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la tabla 3 y gráfica 3, se puede evidenciar que los estratos en los que se oscila el nivel socioeconómico de las participantes, está comprendido en los estratos 1 y 2, donde el estrato 1 es el más presentado con un total de 7 de las 10 participantes y para un estrato 2 3 de las 10 participantes.

Hijos de los participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	20,0	20,0	20,0
	1 hijo	1	10,0	10,0	30,0
	3 hijos	4	40,0	40,0	70,0
	4 hijos	2	20,0	20,0	90,0
	5 hijos	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 4: Caracterización Participantes por Número de Hijos (Fuente; Elaboración Propia 2019)

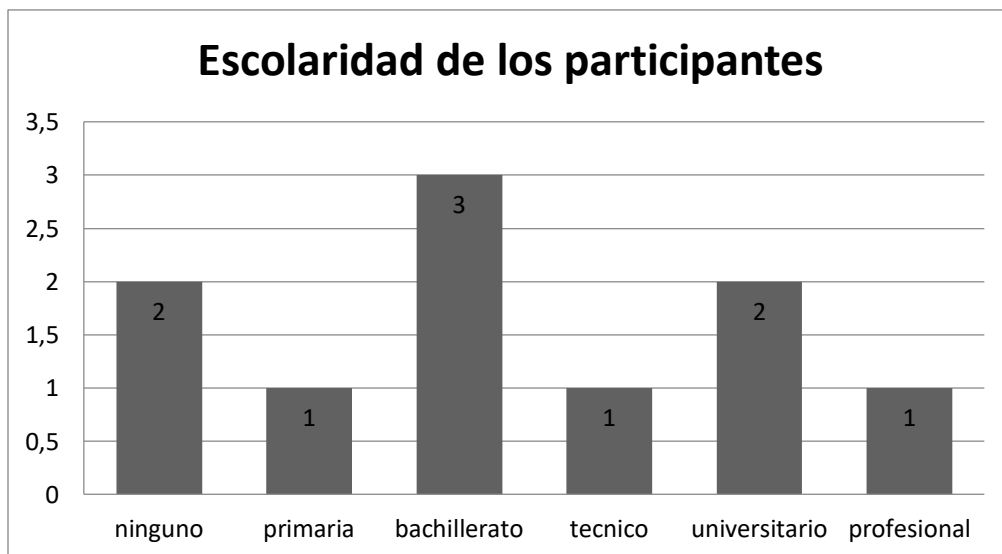


Gráfica 4: Caracterización Participantes por Número de Hijos (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la información dada por las participantes y lo que se evidencia en la gráfica 4 y tabla 4, se puede inferir que 8 de las 10 participantes tienen hijos. De acuerdo a esto se analiza que 2 participantes tienen 0 hijos, así mismo cada una de las participantes con hijos tienen diferente cantidad de los mismos, donde 1 participante tiene 1 hijo, 4 de las participantes tienen 3 hijos, 2 de las participantes tienen 4 hijos y 1 participante tiene 1 hijo para un total de 10 participantes de la investigación.

Escolaridad de los participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ninguno	2	20,0	20,0	20,0
	primaria	1	10,0	10,0	30,0
	bachillerato	3	30,0	30,0	60,0
	técnico	1	10,0	10,0	70,0
	universitario	2	20,0	20,0	90,0
	profesional	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 5: Caracterización Participantes por Nivel de Escolaridad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)

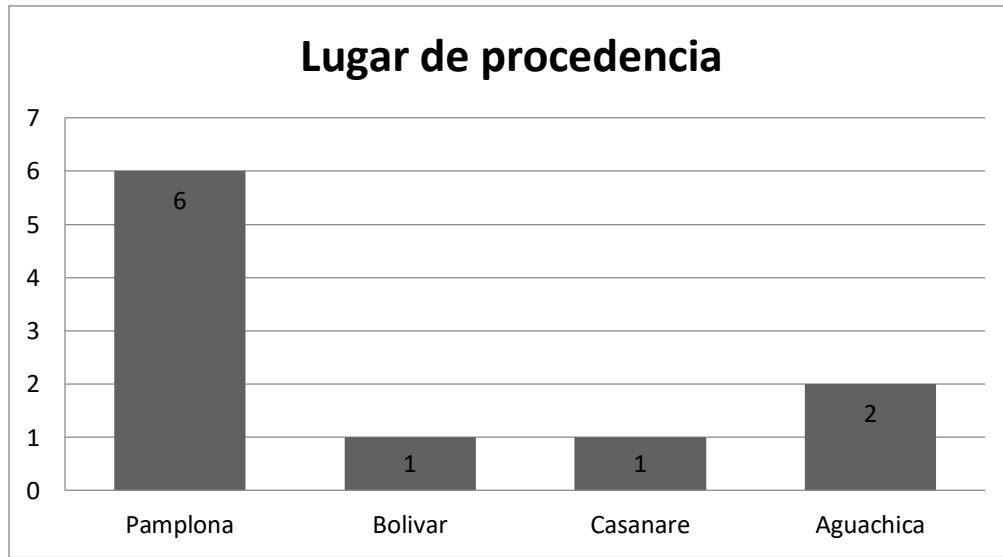


Gráfica 5: Caracterización Participantes por Nivel de Escolaridad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)

De acuerdo a la tabla 5 y gráfica 5, la cual hace referencia a la escolaridad de los participantes, se puede analizar que 2 de las participantes no tienen ningún nivel de escolaridad, 1 participante tiene solo primaria, 3 participantes tienen bachillerato, 1 participante tiene un nivel técnico, 2 participantes tienen nivel universitario y 1 de las participantes es profesional, para un total de 10 participantes.

Lugar de procedencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pamplona	6	60,0	60,0	60,0
	Bolívar	1	10,0	10,0	70,0
	Casanare	1	10,0	10,0	80,0
	Aguachica	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 6: Caracterización Participantes por Nivel de Procedencia, (Fuente; Elaboración Propia 2019)



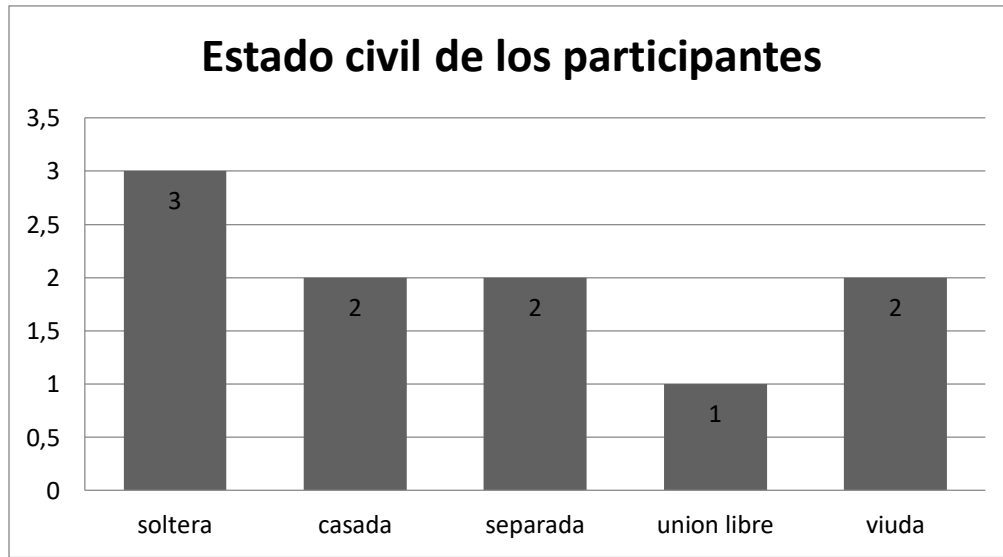
Gráfica 6: Caracterización Participantes por Procedencia, (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la tabla 6 y gráfica 6, se puede analizar el lugar de procedencia de cada una de las participantes, donde 6 de las participantes proceden naturalmente de Pamplona, 1 de las participantes procede de Bolívar, 1 participante procede de Casanare y 2 participantes de Aguachica, para un total de 10 participantes, así mismo cabe aclarar que aunque el lugar de procedencia es diferente, se tuvo en cuenta que las participantes de la investigación vivieran en la ciudad de Pamplona.

Estado civil de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido soltera	3	30,0	30,0	30,0
casada	2	20,0	20,0	50,0
separada	2	20,0	20,0	70,0
unión libre	1	10,0	10,0	80,0
viuda	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Tabla 7: Caracterización Participantes por Estado Civil, (Fuente; Elaboración Propia 2019)



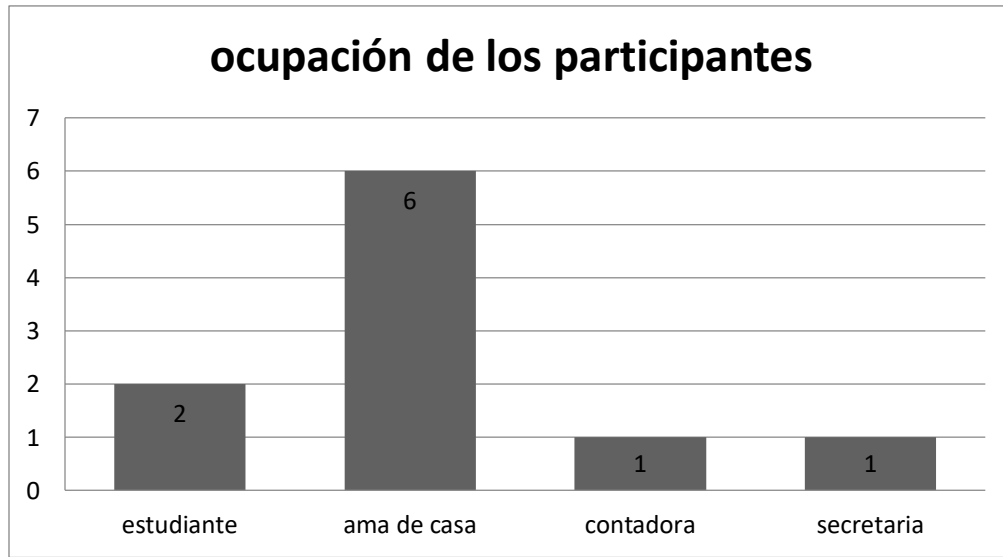
Gráfica 7: Caracterización Participantes por Estado Civil, (Fuente; Elaboración Propia 2019)

De acuerdo a la tabla 7 y gráfica 7, se puede analizar el estado civil de las participantes, donde 3 de las participantes presentan un estado civil de solteras, 2 son casadas, 2 son separadas, 1 participante esta en unión libre y finalmente 2 son viudas, para un total de 10 participantes que participaron en la investigación.

Ocupación de los Participantes

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	estudiante	2	20,0	20,0	20,0
	ama de casa	6	60,0	60,0	80,0
	contadora	1	10,0	10,0	90,0
	secretaria	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 8: Caracterización Participantes por Ocupación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)



Gráfica 8: Caracterización Participantes por Ocupación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la gráfica 8 y tabla 8, la cual da los resultados de la ocupación de los participantes se puede evidenciar que se presentan 4 diferentes tipos de ocupaciones las cuales son: Estudiante, ama de casa, contadora y secretaria. De acuerdo a lo anterior, se puede inferir que la ocupación que más se presenta es: ama de casa, con un total de 6 de las 10 participantes, seguidamente se presenta una ocupación de estudiante con un total de 2 de dos participantes, de igual manera se evidencia que las ocupaciones de contadora y secretaria presentan un total de 1 participante respectivamente, para un total de 10 participantes.

Estilos de afrontamiento y sus Dimensiones

En este apartado se describirán cada una de las dimensiones a evaluar en la prueba estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, donde se presentan las tablas de frecuencia y el porcentaje obtenido en cada una de estas mismas. Adicionalmente se tiene en cuenta la media y la desviación estándar para su calificación.

	Estadísticos					
	N		Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Válido	Perdidos					
Confrontación	10	0	8,50	2,224	6	12
Distanciamiento	10	0	12,10	4,909	3	17
Autocontrol	10	0	18,20	4,826	9	25
Búsqueda de apoyo social	10	0	10,30	3,945	3	14
Aceptación de la responsabilidad	10	0	5,90	1,370	3	7
Huida Evitación	10	0	13,00	3,018	7	16
Planificación	10	0	13,70	7,543	0	21
Reevaluación positiva	10	0	15,20	5,613	2	21

Tabla 9: *Media Estadística de los Participantes, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

Cálculo de los rangos de calificación por escala

Dimensiones	Rangos
Confrontación	Bajo 6.3 Medio 8,5 Alto 10.7
Distanciamiento	Bajo 7.2 Medio 12,7 Alto 17
Autocontrol	Bajo 13,4 Medio 18,2 Alto 23
Búsqueda de Apoyo Social	Bajo 6,4 Medio 10,3 Alto 14,2
Aceptación de la Responsabilidad	Bajo 4,6

	Medio 5,9
	Alto 7,2
Huida-Evitación	Bajo 13
	Medio 10
	Alto 16
Planificación	Bajo 6,2
	Medio 13,7
	Alto 21,2
Reevaluación Positiva	Bajo 9,6
	Medio 15,2
	Alto 20,8

Tabla 10: *Cálculo de los rangos de calificación por escala, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

Teniendo en cuenta la tabla 9 y 10, para la respectiva verificación de los estilos de afrontamiento que se presentan en mayor y menor medida en los participantes de la prueba se identificó la media de cada una de las 8 dimensiones a evaluar, a lo cual se le restó la desviación estándar para evidenciar los sujetos con nivel bajo e igualmente se le sumó la desviación estándar para identificar los sujetos que presentan niveles altos en cada una de las subvariables, es decir: en la dimensión de confrontación la media equivale a 8,5 donde estaría en el rango adecuado, por debajo de la media teniendo en cuenta el procedimiento descrito anteriormente tiene un equivalente a 6,3, y por encima de la media un resultado equivalente a 10,7; comprobándose así el porcentaje de sujetos en esta categoría que utilizan mayormente este estilo de afrontamiento, siguiendo así mismo este proceso para cada una de las demás dimensiones.

Estadísticos					
	N		Media	Mínim o	Máxim o
	Válido	Perdid os			
Confrontación (Agrupada)	10	0	1,90	1	3
Distanciamiento (Agrupada)	10	0	1,80	1	2
Autocontrol (Agrupada)	10	0	1,90	1	3
Búsqueda de apoyo social (Agrupada)	10	0	1,90	1	3
Aceptación de la responsabilidad (Agrupada)	10	0	2,40	1	3
Huida Evitación (Agrupada)	10	0	1,80	1	2
Planificación (Agrupada)	10	0	2,10	1	3
Reevaluación positiva (Agrupada)	10	0	1,90	1	3

Tabla 11: *Media de Dimensiones Escala Estilos de Afrontamiento, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

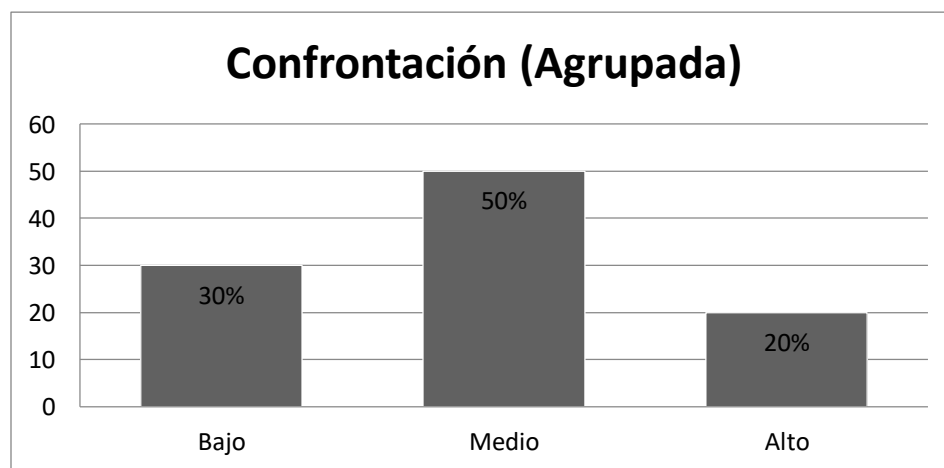
De acuerdo a la tabla 11 se puede observar la media en cada una de las 8 categorías a evaluar por la escala de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman en los participantes de la investigación, donde de acuerdo a los resultados se evidencia que los estilos de afrontamiento mayormente usados son aceptación de la responsabilidad con una media de 2,40 ya que todos los participantes refirieron que al momento de enterarse de la situación problema, en este caso el cáncer, decidieron de una vez empezar con los controles médicos y tratamientos para su recuperación, así mismo otro estilo de afrontamiento mayormente usado es el de planificación con una media de 2,10 evidenciando que los participantes de la prueba planifican cada uno de los pasos a seguir en cuanto al proceso que conlleva la recuperación y tratamiento de la enfermedad. Así mismo, los estilos de afrontamiento usados en mediana medida son los de las categorías de confrontación,

autocontrol, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva, todos con una media de 1,90, lo cual significa que los participantes utilizan estos estilos de afrontamiento en algunas situaciones pero que no de manera constante para ellos. De igual manera se puede evidenciar que los estilos de afrontamiento en menor medida usados por los participantes de la prueba de acuerdo a la tabla 2 son distanciamiento y huida o evitación con una media de 1,80 respectivamente, lo cual significa que los participantes prefieren enfrentar la situación en beneficio de su salud y no evadir la situación por la cual están atravesando.

Niveles en el que Utilizan los Participantes el Modo de Afrontamiento

Confrontación (Agrupada)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	3	30,0	30,0	30,0
	Medio	5	50,0	50,0	80,0
	Alto	2	20,0	20,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

Tabla 12: *Dimensión de Confrontación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

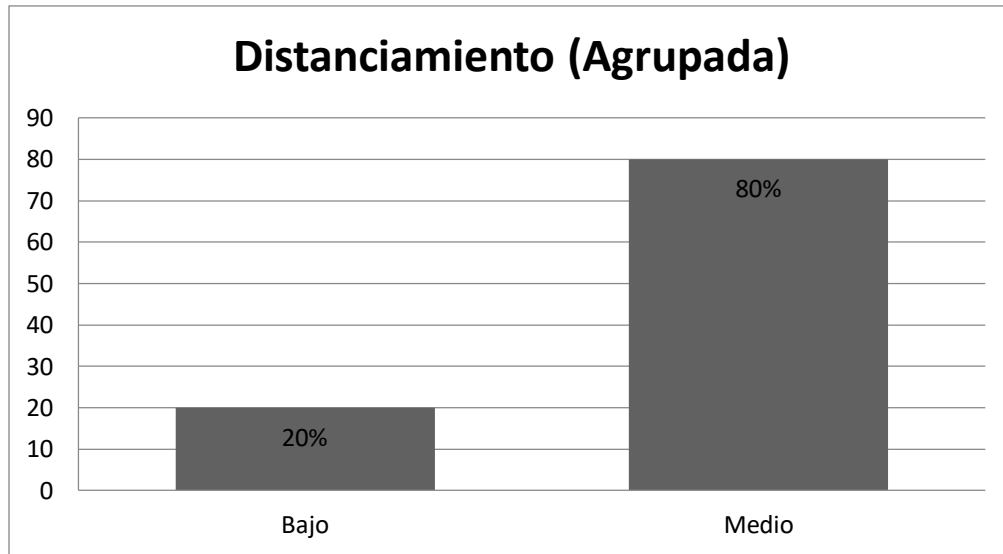


Gráfica 9: *Dimensión de Confrontación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

Teniendo en cuenta la tabla 12 y la gráfica 9: confrontación, se puede deducir que solo un 20% que equivale a 2 de las 10 participantes a quienes se les aplicó la prueba, utiliza esta dimensión en un nivel alto, lo cual indica que es usada por menos de la mitad de los participantes en mayor medida. De igual manera se puede inferir que la mitad de los participantes utilizan en mediana medida esta categoría para un total del 50% lo cual es equivalente a 5 de las 10 personas que contestaron la prueba, evidenciando que se utiliza este estilo de afrontamiento medianamente. Finalmente se puede deducir que la confrontación es utilizada en un nivel bajo por los participantes con un total del 30% lo cual indica que 3 de las 10 personas que contestaron la prueba aplican este estilo de afrontamiento. Es decir que las personas que presentan un nivel alto en esta dimensión se caracterizan por demostrar una actitud hostil ante la enfermedad, tomando acciones directas frente a la misma. Así mismo las que presentan un nivel medio utilizan esta característica para hacer frente a las situaciones, mientras que los participantes que están en el nivel bajo se caracterizan por no hacer frente al problema en una proporción significativa.

Distanciamiento (Agrupada)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	20,0	20,0	20,0
	Medio	8	80,0	80,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 13: *Dimensión de Distanciamiento, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*



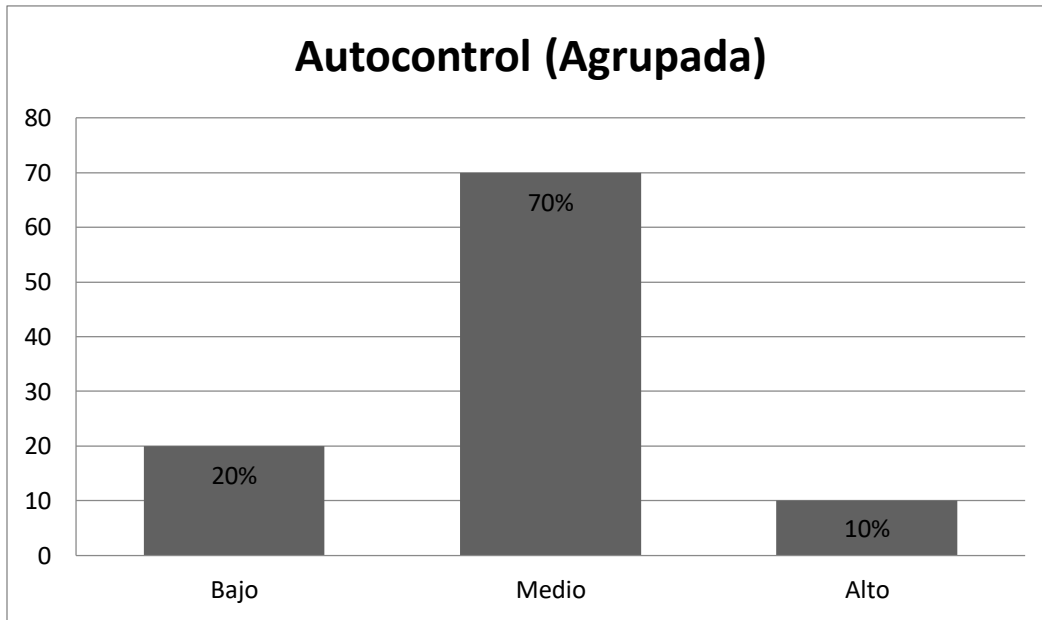
Gráfica 10: *Dimensión de Distanciamiento, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

En la categoría de distanciamiento: tabla 13 y gráfica 10, se puede observar que es utilizada por la mayoría de los participantes; 8 de las 10 personas la cual es equivalente a un 80% en un nivel medio y un 20% de los participantes lo que equivale a 2 de los 10 en un nivel bajo, encontrándose esta categoría en los estándares medios de utilización, por lo tanto, no se hace evidente el nivel alto de utilización de ningún participante. Del mismo modo, se puede decir que las personas en un nivel medio se caracterizan por acudir al distanciamiento para hacer frente al problema y así mismo las personas que presentan un nivel bajo poco utilizan esta dimensión. Identificando la característica principal la cual se orienta a los esfuerzos de evitar, separarse o tomar distancia del problema, pero a su vez identificar algo positivo de la misma.

Autocontrol (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	20,0	20,0	20,0
	Medio	7	70,0	70,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

Tabla 14: *Dimensión de Autocontrol, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

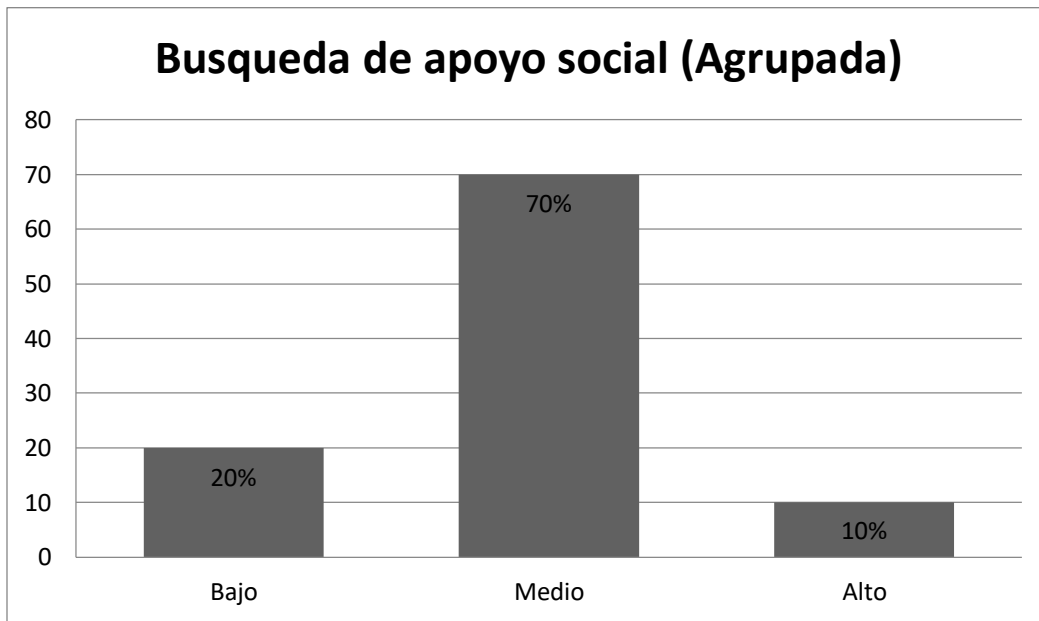


Gráfica 11: *Dimensión de Autocontrol, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

De acuerdo a la gráfica 11 y tabla 14, se evidencia que el estilo de afrontamiento de autocontrol es utilizado en las medidas de alto, mediano y bajo, donde alto tiene un equivalente del 10% lo que significa que 1 de 10 personas utiliza este estilo de afrontamiento en un nivel alto. De igual manera se evidencia que la mayor parte de utilización de este estilo de afrontamiento es en un nivel medio con un 70% de la población equivaliendo a 7 de cada 10 participantes, y finalmente es utilizado en un nivel bajo el cual equivale a un 20% con un total de utilización de este estilo de afrontamiento de 2 de las 10 personas que participaron en la prueba aplicada. De acuerdo a lo anteriormente descrito se puede evidenciar que el mayor porcentaje de utilización de esta categoría se encuentra en un nivel medio, caracterizándose los participantes por una adecuada capacidad para regular sus emociones, acciones y pensamientos dirigidos a la situación problema, así mismo las personas que se encuentran en un nivel alto tienen un mayor autocontrol en su conducta, finalmente las personas que se encuentran en un nivel bajo se caracterizan por presentar un autocontrol mínimo ante la situación la cual deben hacer frente.

Búsqueda de Apoyo social (Agrupada)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	20,0	20,0	20,0
	Medio	7	70,0	70,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

Tabla 15: *Dimensión de Búsqueda de apoyo social, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*



Gráfica 12: *Dimensión de Búsqueda de apoyo social, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

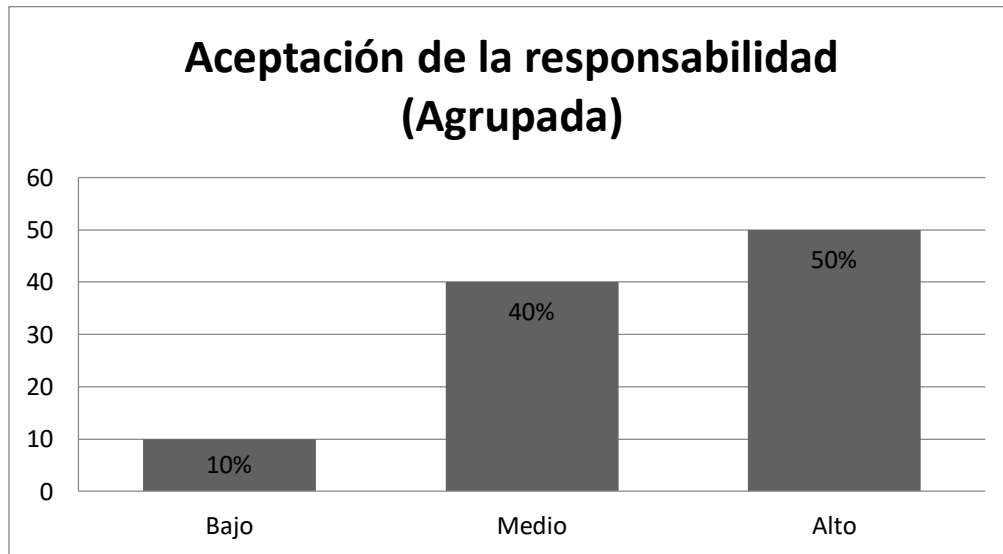
Teniendo en cuenta la gráfica 12 y tabla 15, se puede evidenciar que el estilo de afrontamiento de: búsqueda de apoyo social, es utilizado en mayor medida en un nivel medio por 7 de los 10 participantes equivalente a un 70% de la población, así mismo se evidencia una utilización del 20% de los participantes para un nivel bajo equivalente a 2 de las 10 personas que contestaron la prueba y un nivel alto de utilización de este estilo de afrontamiento de un 10% el cual equivale a 1 de las 10 personas, mostrando que este estilo de afrontamiento es utilizado por la mayoría de los participantes en un nivel medio. Por lo tanto, se puede inferir que las personas que están en un nivel alto se caracterizan sus

esfuerzo están dirigidos a la consecución de asesoramiento, asistencia, apoyo moral, comprensión y acompañamiento para hacer frente a la enfermedad, las personas que se encuentran en un nivel medio se caracterizan por utilizar el apoyo social como una opción de respaldo ante la situación y las personas que están en un nivel bajo se caracterizan por no utilizar el apoyo social como opción de enfrentamiento ante el problema.

Aceptación de la responsabilidad (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	10,0	10,0	10,0
	Medio	4	40,0	40,0	50,0
	Alto	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 16: *Dimensión de Aceptación de la Responsabilidad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

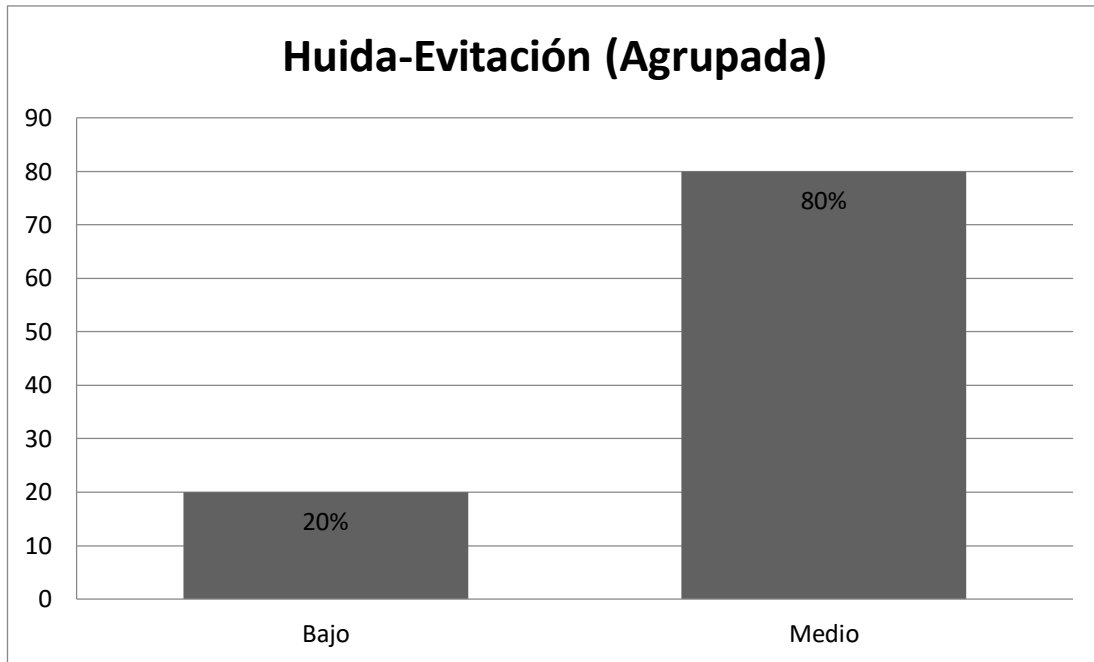


Gráfica 13: *Dimensión de Aceptación de la Responsabilidad, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

Teniendo en cuenta la tabla 16 y gráfica 13, se puede observar que en la categoría de aceptación de la responsabilidad se utiliza en mayor medida en un nivel alto con un 50% de la población equivalente a 5 de los 10 participantes de la prueba, así mismo un nivel medio con un 40% equivalente a 4 de 10 y un nivel bajo con un 10% igual a 1 de 10, lo que significa que el estilo de afrontamiento de la aceptación de la responsabilidad es utilizado en mayor medida por la mitad de los participantes para hacer frente al problema que están pasando. Así mismo se puede deducir que de acuerdo a los resultados, las personas con un nivel alto de utilización de esta dimensión se caracterizan por tener claro el papel que desempeñan ellos mismos en el problema, en este caso la enfermedad y el proceso de tratamiento de la misma, las personas que se encuentran en un nivel medio se caracterizan por utilizar la aceptación de la responsabilidad en un nivel estable para hacer frente a la situación y resolverla y finalmente las personas que se encuentran en un nivel bajo se caracterizan por no tomar acciones pertinentes para enfrentar el problema y dejan que todo vaya pasando con el tiempo.

Huida Evitación (Agrupada)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	20,0	20,0	20,0
	Medio	8	80,0	80,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 17: *Dimensión de Huida-Evitación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

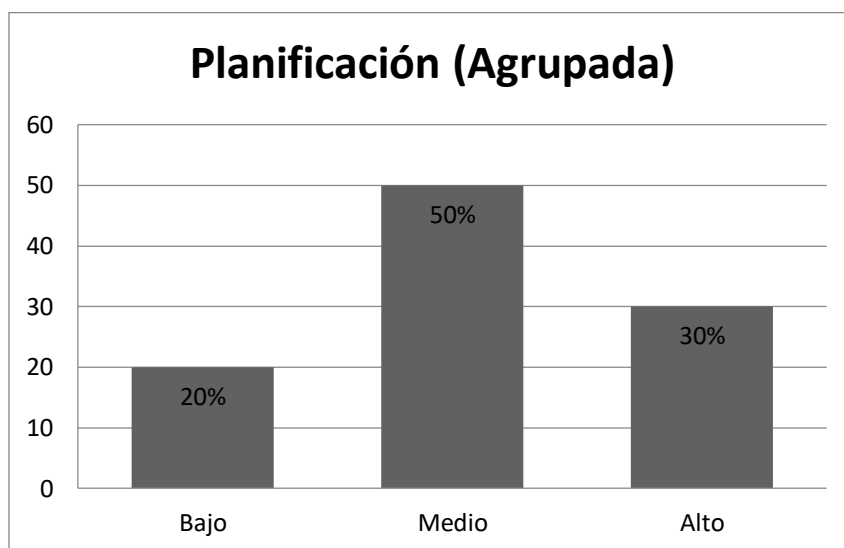


Gráfica 14: *Dimensión de Huida-Evitación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

Teniendo en cuenta la tabla 17 y gráfica 14 de la categoría de huida y evitación se puede evidenciar que de los 10 participantes en la mayoría se obtuvo un nivel medio de utilización de este estilo de afrontamiento con un total del 80% donde 8 de los 10 participantes lo utilizan en mediana medida, de igual manera se puede observar que es utilizado en un bajo nivel por un 20% de la población participante equivalente a 2 personas de 10. Lo que se puede concluir que la mayoría de los participantes utilizan este estilo de afrontamiento para enfrentar el problema en un nivel medio. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas que se encuentran en un nivel medio se caracterizan por un pensamiento desiderativo, es decir, que en ellas está la decisión de huir o evitar la situación problema o afrontar el mismo y las personas que se encuentran en un nivel bajo suelen no utilizar o utilizar muy poco esta dimensión como manera de afrontar las situaciones que se les presenten.

Planificación (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	20,0	20,0	20,0
	Medio	5	50,0	50,0	70,0
	Alto	3	30,0	30,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 18: *Dimensión de Planificación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*Gráfica 15: *Dimensión de Planificación, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

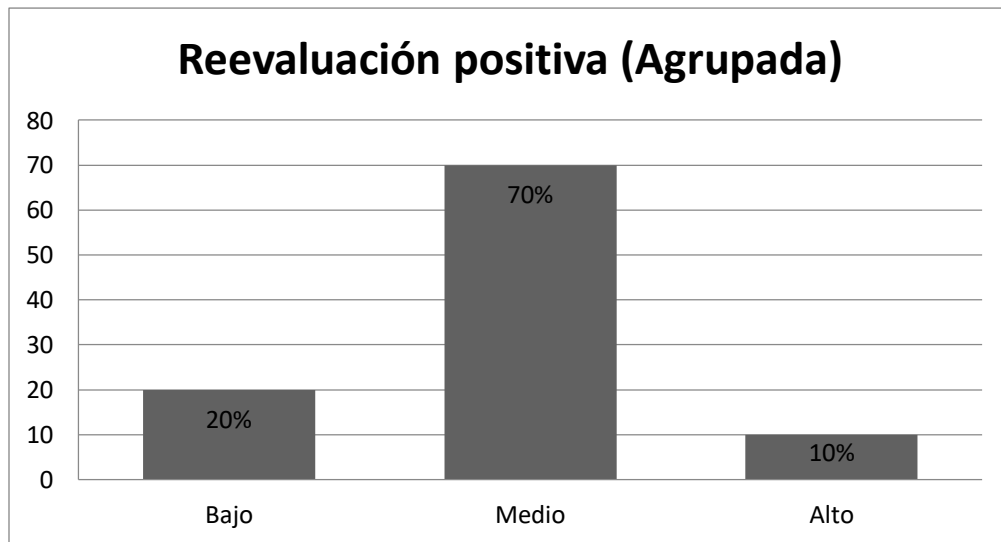
De acuerdo a la tabla 18 y gráfica 15, se puede evidenciar que el estilo de afrontamiento de planificación es utilizado por la mitad de los participantes en un nivel medio con un 50% equivalente a 5 de las 10 personas, así mismo un 30% de la población, utiliza este estilo de afrontamiento en un nivel alto lo cual equivale a que 3 de las 10 participantes y finalmente un 20% de las personas utilizan la planificación en un nivel bajo, lo cual es equivalente a 2 de las 10 personas que contestaron la prueba. Para lo cual se puede deducir que este estilo de afrontamiento es utilizado en mayor y mediana medida por la mayoría de las participantes para hacer frente a la situación problema que están enfrentando. Teniendo en cuenta la gráfica se puede inferir que las personas utilizan esta dimensión en un nivel alto se caracterizan por ser personas que sus esfuerzos están

centrados en el problema, así como también sus acciones apuntan a la resolución del mismo, así mismo las personas que se encuentran en un nivel medio utilizan esta dimensión y se caracterizan por tener un plan de acción a seguir ante la enfermedad pero no lo siguen en una totalidad de lo planeado, finalmente las personas que se encuentran en un nivel bajo se caracterizan por tener poco compromiso con las medidas a tomar para enfrentar la situación.

Reevaluación positiva (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	20,0	20,0	20,0
	Medio	7	70,0	70,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 19: Dimensión de Reevaluación Positiva, (Fuente; Elaboración Propia 2019)



Gráfica 16: Dimensión de Reevaluación Positiva, (Fuente; Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la tabla 19 y la gráfica 16 donde se evidencia el nivel de utilización de reevaluación positiva por las participantes de la prueba se puede afirmar que este estilo de afrontamiento es mayormente utilizado en un nivel medio con un 70%

equivaliendo a 7 participantes de 10, así mismo se puede observar que en un nivel alto tiene una incidencia de 10% lo que equivale a 1 persona de las 10 que participaron en la investigación y finalmente un nivel bajo un 20% equivaliendo a que 2 de las 10 personas participantes lo utilizan. Por lo tanto se puede deducir que la mayor parte de los participantes están en la media de utilización de este estilo de afrontamiento ante la situación problema. Del mismo modo se puede analizar que las personas que están ubicadas en un nivel alto se caracterizan por esfuerzos dirigidos al desarrollo personal y el significado positivo que le dan al proceso que conlleva la situación problema. De igual manera las personas que se encuentran en un nivel medio se caracterizan por adquirir logros de manera positiva ante la situación, finalmente las personas con un nivel bajo se caracterizan por usar en menor medida o no usar esta dimensión al momento de enfrentar la situación problema.

Análisis Prueba Estado Funcional De Karnofsky**Estadísticos**

Porcentaje de estado funcional		
N	Válido	10
	Perdidos	0
Media		37,00
Moda		50
Mínimo		0
Máximo		60

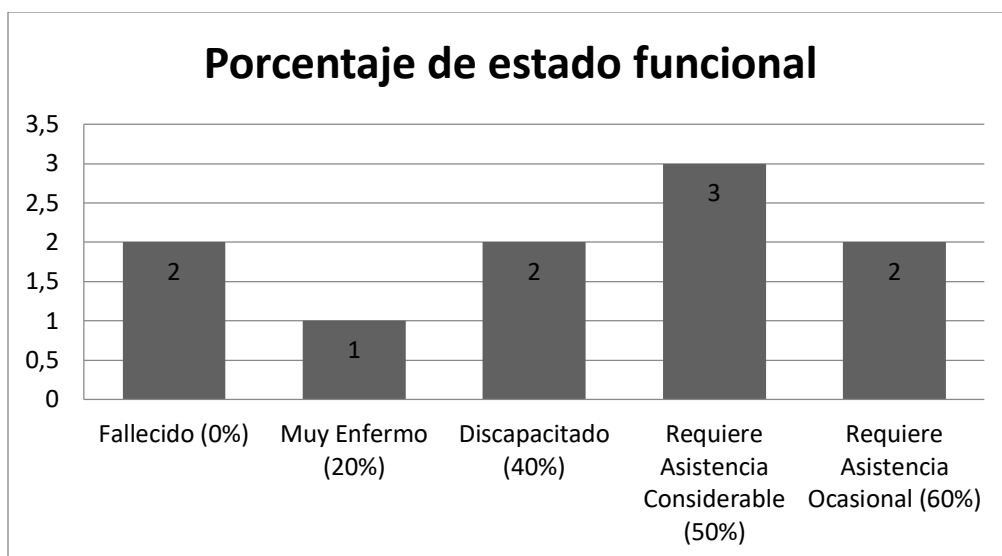
Tabla 20: *Media de Dimensiones Escala Estado Funcional, (Fuente; Elaboración Propia 2019)*

Teniendo en cuenta la prueba de estado funcional de Karnofsky, se puede observar en la tabla 20 que la media de la prueba tiene un valor de 37,00 con una moda de 50 y un máximo de 60, donde los participantes válidos fue de un 100% de los participantes que se les aplico la prueba con un total de 10 de 10 participantes.

Porcentaje de estado funcional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Fallecido (0%)	2	20,0	20,0	20,0
	Muy Enfermo (20%)	1	10,0	10,0	30,0
	Discapacitado (40%)	2	20,0	20,0	50,0
	Requiere Asistencia Considerable (50%)	3	30,0	30,0	80,0
	Requiere Asistencia Ocasional (60%)	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 21: *Porcentaje de estado funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)*



Gráfica 17: *Porcentaje de Estado Funcional*, (Fuente, *Elaboración Propia 2019*)

Teniendo en cuenta la tabla 21 y gráfica 17, se evidencian los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba de estado funcional de Karnofsky en 10 pacientes de la ciudad de Pamplona, la cual se divide en diferentes porcentajes que van desde 0% a 100%, donde 0% tiene un valor equivalente a muerte, 10% moribundo, 20% muy enfermo, 30% gravemente discapacitado, 40% discapacitado, 50% asistencia considerable, 60% asistencia ocasional, 70% cuida de sí mismo, 80% actividad normal con esfuerzo, 90% capaz de realizar actividad normal y 100% equivalente a normal, no hay molestias, no hay evidencia de enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior y el estado funcional de las participantes se puede inferir que 3 de los 10 participantes se encuentran en un estado funcional medio donde según la prueba tiene un 50% de equivalencia, donde requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes; así mismo se evidencia que 2 participantes requieren asistencia ocasional, pero son capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades, donde en la prueba se denotan como “personas que son incapaces de trabajar, pero son capaces de vivir en la casa y satisfacer la mayoría de sus necesidades personales, requieren una

cantidad variable de asistencia”. Del mismo modo, se denota que 2 de las participantes se encuentran con un estado funcional de 40% lo cual se describe en la prueba como “discapacitado y requiere cuidados especiales y asistencia”, de igual manera 1 de las participantes se encuentra en un porcentaje de 20% la cual es equivalente según lo descrito en la prueba a “Muy enfermo, hospitalización es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios” lo que quiere decir que los participantes “requieren cuidados institucionales u hospitalarios”, donde la enfermedad está progresando rápidamente. Finalmente se evidencia que 2 de las participantes tienen una puntuación equivalente al 0% debido a que fallecieron en la finalización de la investigación por lo cual su estado funcional según la prueba, sería nulo.

Análisis Correlacional

Relación entre estilos de afrontamiento y estado funcional.

Para obtener los resultados de la correlación entre las dos pruebas de estado funcional y estilos de afrontamiento, se tuvo en cuenta el coeficiente correlacional de Spearman, el cual permite una correlación mayor o igual a un número de 10 participantes. La cual indica que se da un porcentaje positivo si el resultado se aproxima a 1 y un puntaje negativo si se aproxima a -1.

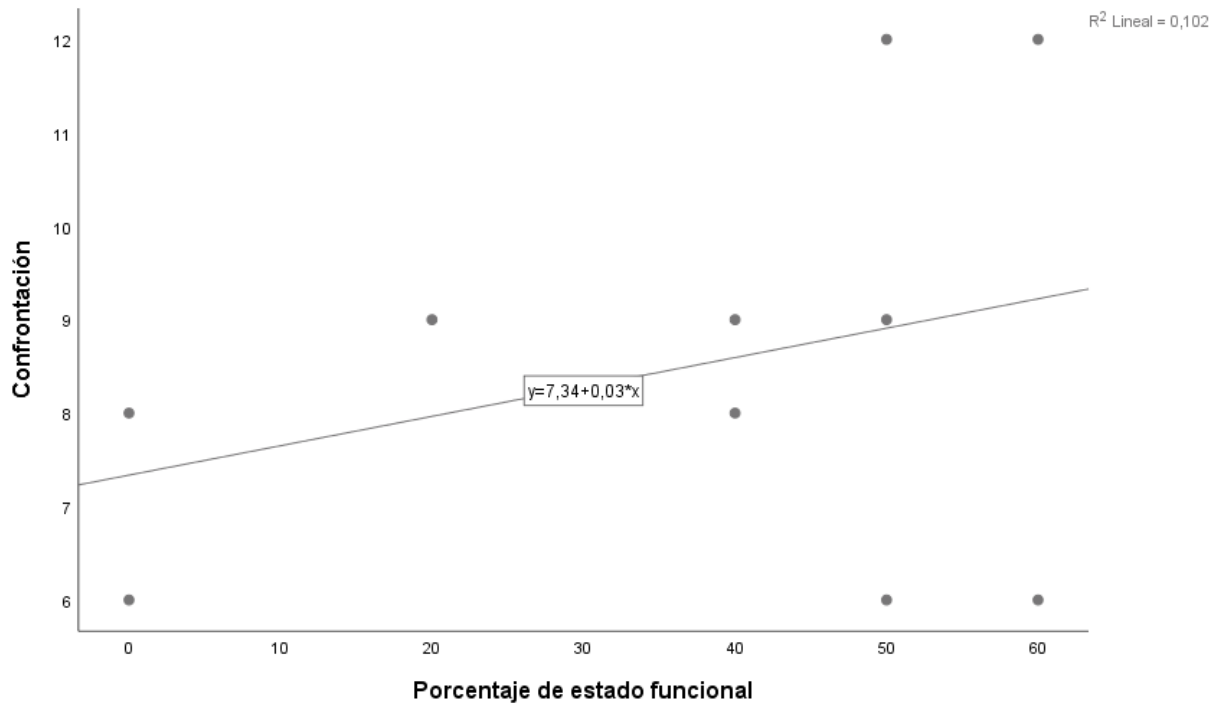
			Porcentaje de estado funcional
Rho de Spearman	Porcentaje de estado funcional	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	10
	Confrontación	Coeficiente de correlación	0,240
		Sig. (bilateral)	0,505

Distanciamiento	N	10
	Coefficiente de correlación	-0,157
	Sig. (bilateral)	0,665
Autocontrol	N	10
	Coefficiente de correlación	0,553
	Sig. (bilateral)	0,097
Búsqueda de apoyo social	N	10
	Coefficiente de correlación	0,050
	Sig. (bilateral)	0,890
Aceptación de la responsabilidad	N	10
	Coefficiente de correlación	-0,275
	Sig. (bilateral)	0,442
Huida Evitación	N	10
	Coefficiente de correlación	-0,245
	Sig. (bilateral)	0,496
Planificación	N	10
	Coefficiente de correlación	0,232
	Sig. (bilateral)	0,519
Reevaluación positiva	N	10
	Coefficiente de correlación	0,502
	Sig. (bilateral)	0,140
	N	10

Tabla 22: *Análisis Correlacional de Spearman, (Fuente, Elaboración Propia 2019)*

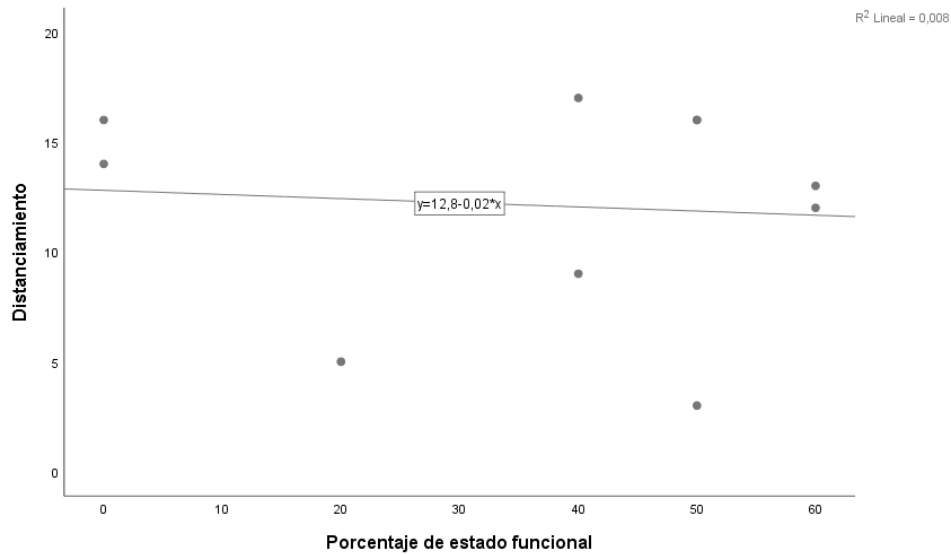
En la tabla 22, se puede evidenciar el valor de correlación de Spearman que existen entre las diferentes dimensiones del estilo de afrontamiento utilizado por cada uno de los

participantes versus el porcentaje del estado funcional, la cuales se van a analizar según lo que indican las siguientes gráficas.



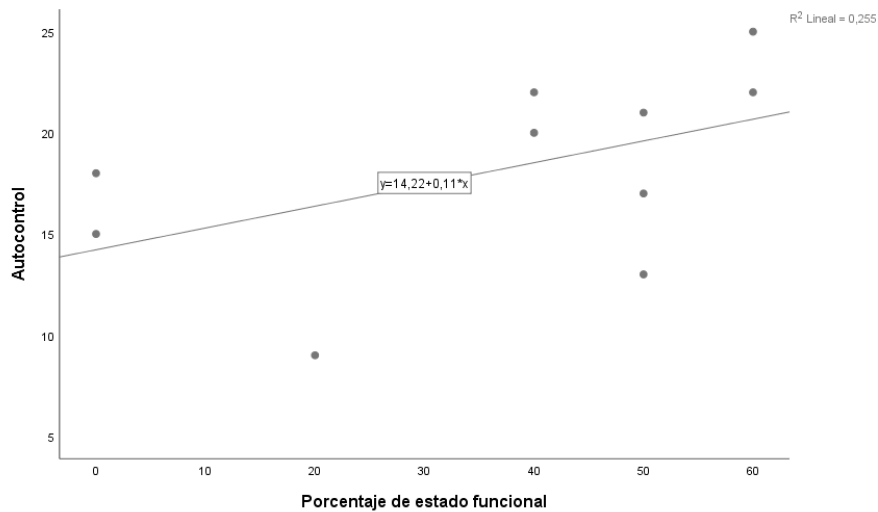
Gráfica 18: *Correlación de Confrontación y Estado Funcional*, (Fuente, *Elaboración Propia 2019*)

Teniendo en cuenta la gráfica 18, donde se presenta la correlación entre la confrontación y el estado funcional de los participantes, se evidencia una correlación positiva, lo cual se corrobora con la información en la tabla 1, donde se indica que existe un coeficiente de relación positivo en $r_s = 0,240$, dado que el valor de r_s positivo. Lo cual significa que entre las dos variables, mientras aumenta la confrontación, el estado funcional de los participantes aumenta igualmente y viceversa.



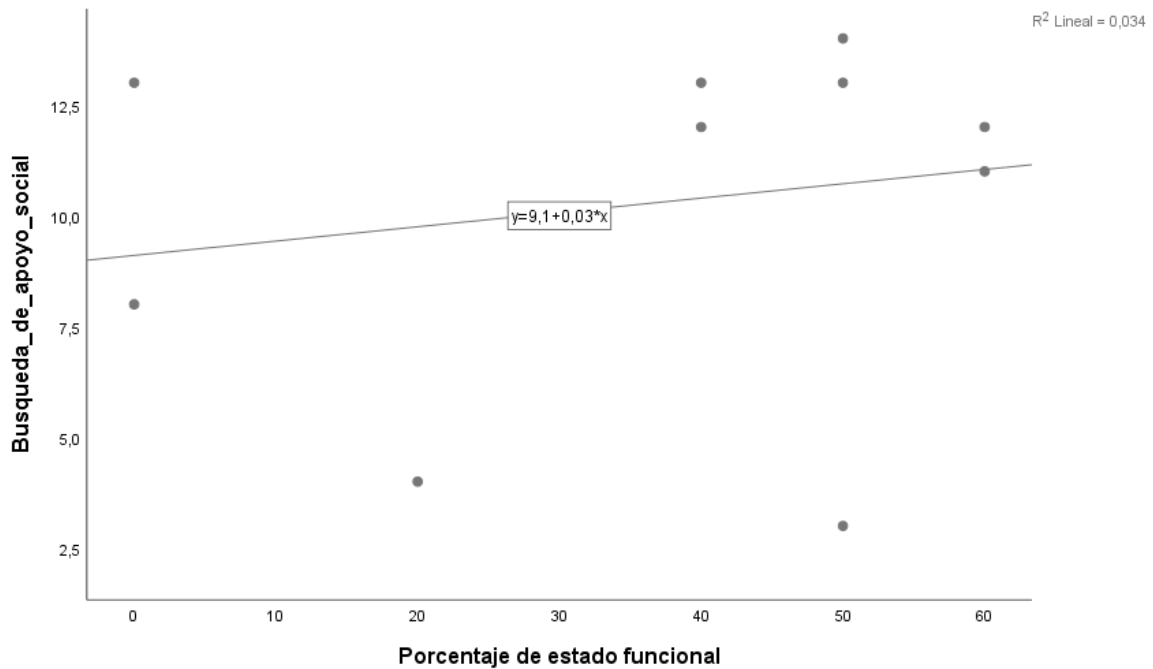
Gráfica 19: Correlación de Distanciamiento y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la gráfica 19, se puede evidenciar que se presentan una correlación negativa de la dimensión de distanciamiento y estado funcional con un $r_s = -0,157$ lo cual indica que a medida que aumenta una variable la otra disminuye dado que tienen una relación negativa inversa y el valor en r_s no está manifestando o evidenciando que la relación que existe es débil.



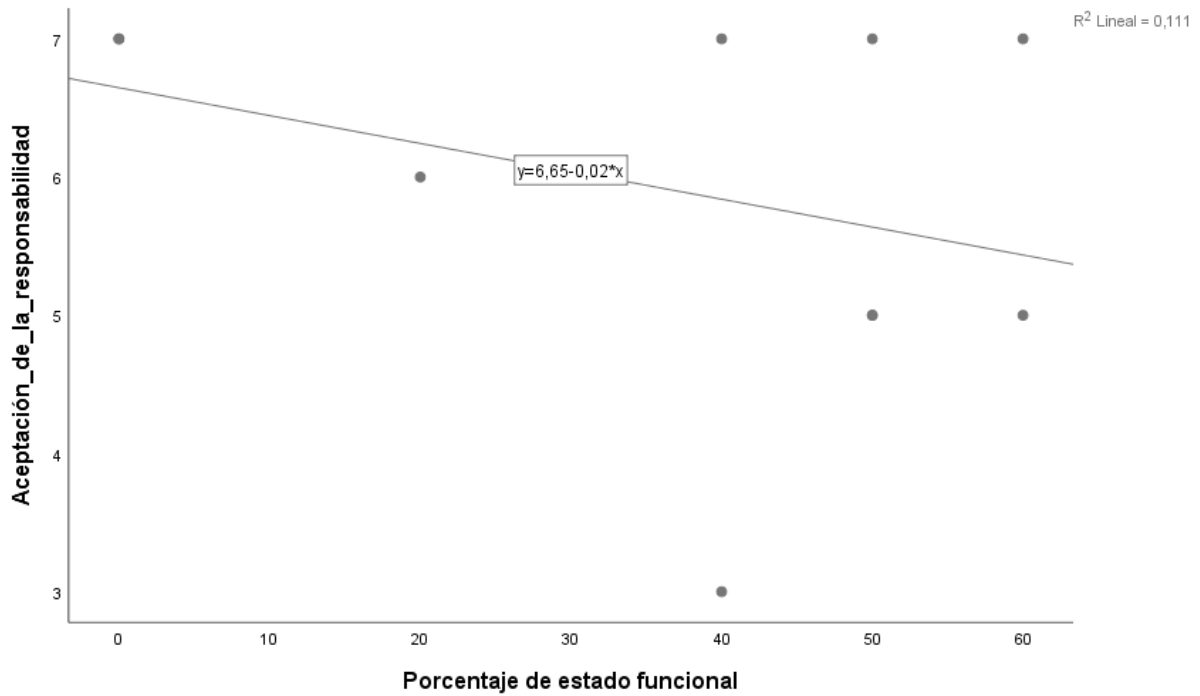
Gráfica 20: Correlación de Autocontrol y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la gráfica 20, se puede evidenciar la correlación positiva entre la dimensión de autocontrol y el estado funcional con un valor de $r_s = 0,553$, es decir que a medida que aumenta una variable aumenta la otra también, el valor en r_s significa que la relación es significativamente fuerte por lo que supera el 0,5 y se aleja de más de cero acercándose a 1.



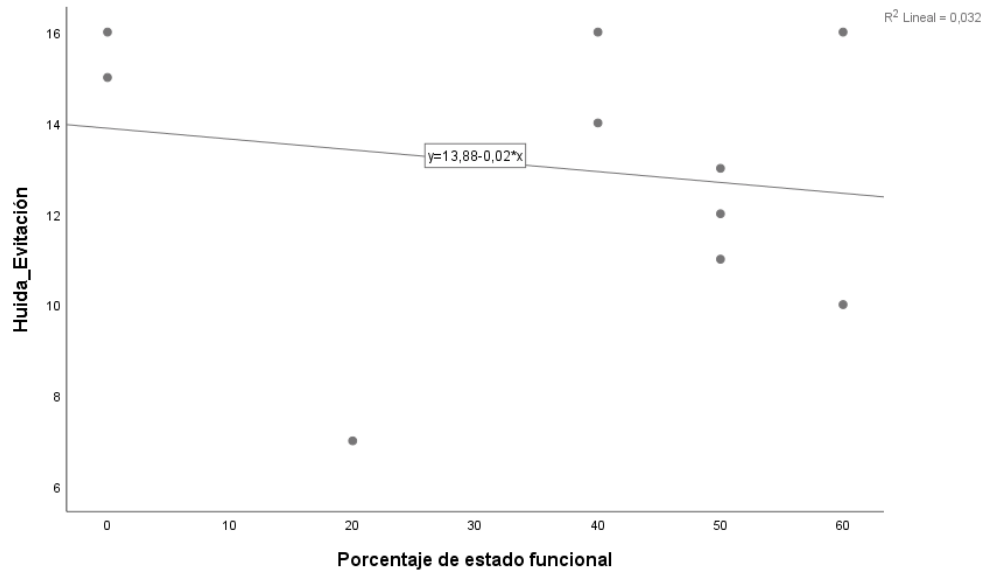
Gráfica 21: *Correlación de Búsqueda de apoyo social y Estado Funcional*, (Fuente, *Elaboración Propia 2019*)

En la gráfica 21, se puede evidenciar la correlación positiva que existe entre la dimensión de búsqueda de apoyo social y estado funcional, con un $r_s = 0,050$, es decir a medida que aumenta una variable la otra también, donde el valor de r_s es débil ya que se acerca más a 0



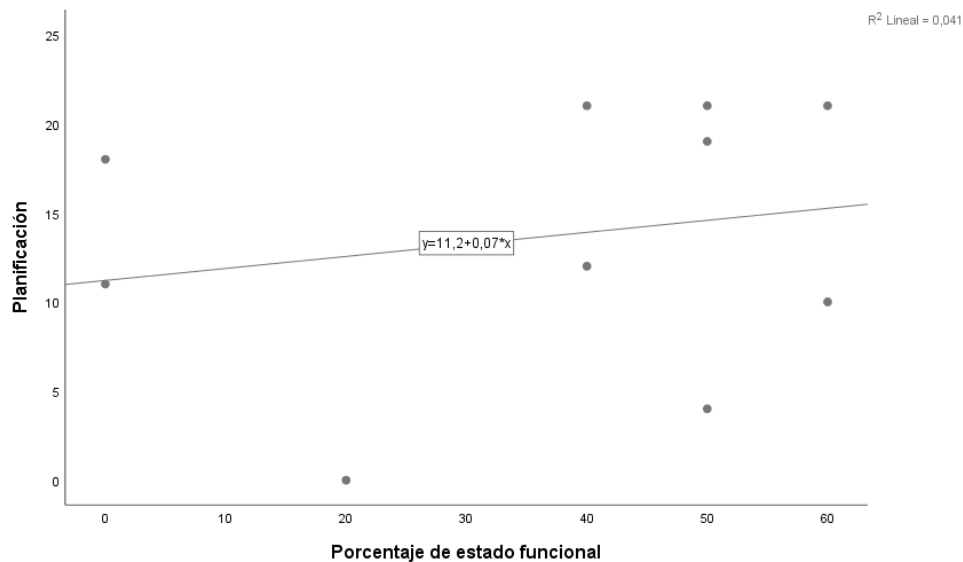
Gráfica 22: Correlación de Aceptación de la Responsabilidad y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la gráfica 22, se puede evidenciar que existe una correlación negativa entre las aceptación de la responsabilidad y el estado funcional donde se tiene un valor de $r_s = 0,275$, lo cual indica que es inversa, a medida que aumenta una disminuye la otra, indicando que la relación es representativa.



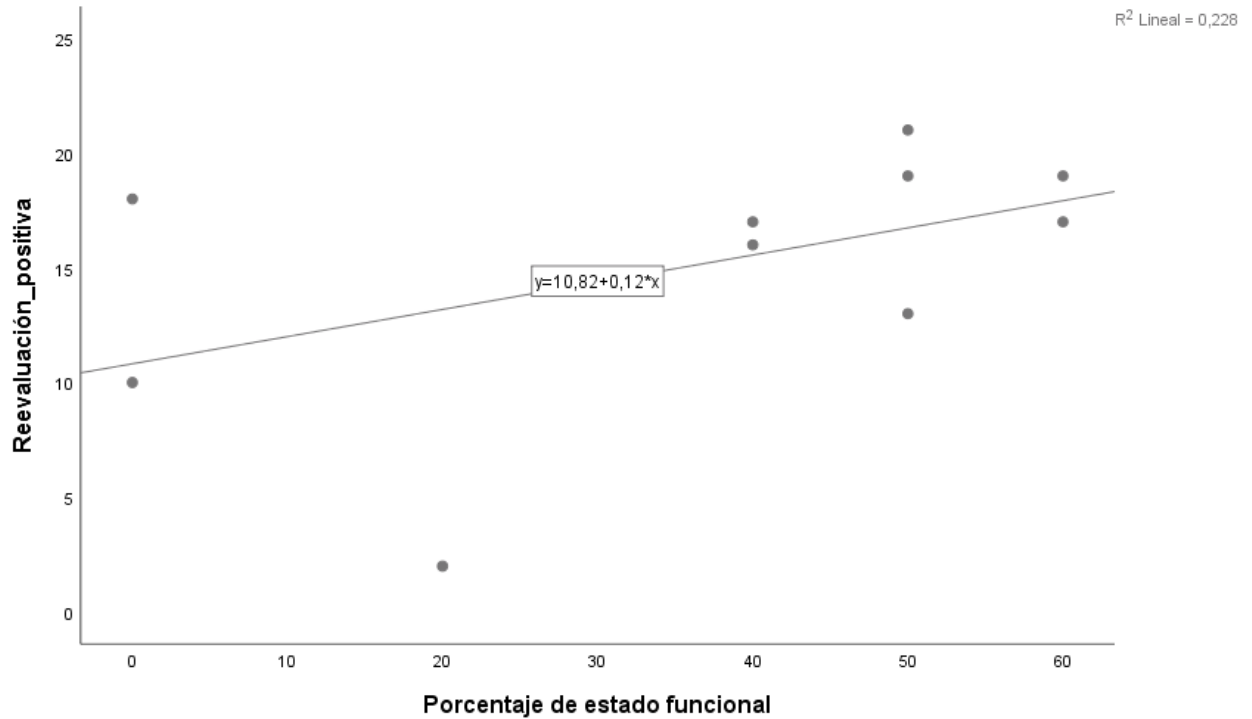
Gráfica 23: Correlación de Huida-Evitación y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

En la gráfica 23, se evidencia la correlación existente entre la dimensión de huida- evitación y el estado funcional, arrojando un valor de relación negativo igual a $r_s = -0,245$, lo cual indica que es inversa, lo cual significa que mientras disminuye una variable aumenta la otra también.



Gráfica 24: Correlación de Planificación y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la gráfica 24, se puede evidenciar la correlación positiva existente entre la dimensión de la planificación y el estado funcional, con un valor de $r_s = 0,232$, lo cual indica que a qué medida que aumenta la planificación aumenta el estado funcional y viceversa, el valor en r_s permite ver que la relación es algo débil.



Gráfica 25: Correlación de Reevaluación Positiva y Estado Funcional, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

Teniendo en cuenta la gráfica 25, se puede evidenciar la correlación de reevaluación positiva y estado funcional, que según lo expuesto por Spearman la relación entre estas dos variables de acuerdo con el valor de $r_s = 0,502$, se caracteriza por ser significativamente fuerte dado que se aleja de cero acercándose a uno. Cabe resaltar que es una relación positiva, es decir que a medida que aumenta una de las variables la otra también aumenta y si alguna disminuye la otra también lo hace.

Resultados y Análisis Cualitativos

Entrevista Semiestructurada

Categorías	Preguntas	Participantes	Análisis
<p>1. Cáncer</p> <p>“El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2017)</p>	<p>1. ¿qué cambios físicos le han ocurrido en el transcurso de la enfermedad?</p>	<p><i>P1. “Baje mucho de peso, se me cayó el cabello y pues ya casi no me puedo desplazar con facilidad”.</i></p> <p><i>P2. “Bajar de peso: pesaba 52-53 y en ese entonces baje a 48, a mi prácticamente se me notaba mucho me puse muy delgada, y pues en lo funcional también, no podía y deje de hacer muchas cosas, en ese momento mi mama prácticamente era la que, hacia todo por mí, ósea físico fue eso, que baje mucho de peso”.</i></p>	<p>De acuerdo a las diferentes verbalizaciones aportadas por cada uno de los participantes escogidos como muestra representativa de la investigación se puede apreciar que la mayoría de estos coinciden en que los cambios en general más representativos que han sufrido se enmarcan en su mayoría en la caída del cabello, aumento o pérdida notable de peso y pérdida de la funcionalidad e independencia, a causa de la enfermedad.</p>

P3. “jum muchos, subí de 10 a 15

kilos, se me cayó el cabello, me salieron manchas en la piel que aún tengo, morados, quemaduras, quede muy débil, el físico cambio, no era capaz de caminar una cuadra, los olores horribles mucho vómito y mareo”.

P4. *“Pérdida de peso, y la caída del cabello, mucho sueño, irritación en los ojos, debilidad me desmayo”.*

P5. *“me baje de peso, la piel se me puso muy áspera y cuarteada, solo esas dos cosas”.*

P6. *“Primero que todo en lo que note el cambio más notorio fue en el periodo, porque pues unas veces me llegaba y otras veces no, entonces cuando me llegaba me llegaba súper fuerte. También me sentía muy cansada todo el tiempo y a*

raíz de eso me volví irritable, mi genio cambio del cielo a la tierra”.

P7. *“la caída del cabello, la caída de las cejas de las pestañas, todo lo que es la parte del bello y la amputación de la extremidad del miembro inferior derecho”.*

P8. *“la caída del cabello, que fueron los más, subí más bien de peso, el estado del ánimo”.*

P9. *“los cambios físicos que he tenido desde que inicie este proceso contra el cáncer han sido primero la pérdida del cabello, eso para mí ha sido muy, muy difícil, muy traumática”.*

P10. *“pues me cambio la voz, me toca forzarla para que me entiendan,*

también dolor de garganta, caída del pelo y subir de peso”.

2. ¿Cómo ha sido su proceso de adaptación a los tratamientos?

P1. *“he tenido compañía de mi hijo cuando voy, pero siempre es duro porque uno se marea mucho y le dan ganas de vomitar todo el tiempo, sino que si uno se quiere mejorar debe ir”.*

P2. *“A mi cada dos meses me estaban internando entonces el proceso fue tedioso por lo que yo era muy independiente y pues ya pasé a que mi mama me hiciera todo, incluso como mi cáncer fue de útero, mi mama tendía la medicina que me daban que tenía ser intravaginal y ella me administraba todo, fue más por esa parte”.*

P3. *“lo más duro es la caída del cabello, y sigue pegando duro, porque*

Teniendo en cuenta lo referido por las participantes en esta pregunta se evidencia que la adaptación a los tratamientos es compleja debido a que cada vez el cuerpo no recibe de manera adecuada cada tratamiento y esto debilita a la persona, pero de igual manera tiene claro que es necesario pasar por cada proceso para estar mejor.

uno no se imagina así nunca, yo sabía que el cabello se me iba a caer entonces yo me lo corte, en la primera quimio se me cayó totalmente el hijuemadre, en la primera. Fue muy muy duro literal eso fue tenaz, luego me fui solita con mi abuela y me rape porque yo si me rape, porque era peor verme que se me fuera cayendo a que se fuera de un con solo tacazo, pero nunca fui negativa. Solo una noche durante todo el proceso yo creí que me moría, que no me quedaba mucho tiempo de vida, que no sé qué, pero de esto siempre tome la enfermedad como un renacer y con la palabra valentía y que si me había pasado a mí era porque tenía una historia que contar”.

P4. *“Se me ha dificultado demasiado por la parte económica me toca ir a Bogotá cada 15 días y a veces la empresa*

cubre y a veces no”.

P5. “pues la verdad ha sido complejo, debido a que las pastillas que me tengo que tomar y las cremas son demasiado costosas, pero si no las uso la piel se me pone peor”.

P6. “Pues yo no me he adaptado, cada vez es un proceso diferente y sacar fuerzas para ir es duro, la verdad uno nunca se adapta, porque esas radiaciones son un veneno para el cuerpo y pues uno hace eso o se muere”.

P7. “Bueno, la adaptación de los tratamientos al comienzo las dos primeras quimioterapias fue un tanto durito, porque no sabía realmente cuales eran los síntomas, si me habían hablado de ellos, pero como tal no sabía si realmente se iban a presentar todos. Ya

luego fueron como más llevaderos, ya sabía a qué me tenía que enfrentarme, digámoslo así.”.

P8. *“Pase el proceso de quimioterapia, pase el proceso de radioterapia, ya pasé también la cirugía y pues ahorita ya son los controles, el control de la pastilla que es decir es como una quimioterapia y hay que tomarla todos los días, más bien lo asimile con un poco de tranquilidad, pues si había días que siempre entra uno como en depresión, pero más bien Dios me dio mucha fortaleza”.*

P9. *“Difícil, porque a ti te explican y te hablan de los efectos secundarios que producen las quimioterapias y no es lo que se experimenta con cada aplicación de quimioterapia es difícil, es tan*

doloroso que muchas veces se piensa en no seguir con el tratamiento”.

P10. *“pues el proceso siempre es duro, aunque uno diga que, si se adapta bien y se convenza de eso, hay días que uno ya no quiere seguir, por la edad, los gastos y el cansancio que las quimioterapias generan”.*

3. ¿Su núcleo familiar suele apoyarlo dentro del proceso de la enfermedad?
¿Cómo?

P1. *“pues yo tengo cuatro hijos y solo uno de ellos me ayuda económicamente porque vive en Bogotá, él me envía dinero cuando debo ir a las quimioterapias y pues mis otros hijos no me llaman ni nada, acá la única que me acompaña es mi nieta que es con la que vivo ahorita”.*

P2. *“Sí, mi núcleo es muy pequeño ósea es mi mama y mis hermanos, pues*

Teniendo en cuenta las respuestas dadas por cada uno de los participantes de la entrevista se evidencia que en la mayoría de los casos su familia es una apoyo fundamental e influyente en el proceso de sobrellevar la enfermedad, así mismo son un respaldo tanto emocional como físico en los pacientes, aportando cuidado, respaldo, ayuda, acompañamiento,

mi hermano estaba muy pequeñito en todo lo que respecta a la entonces pues solo contaba con mi mama enfermedad. y mi hermano mayor, al principio pues yo no dije nada hasta que llegó un momento que ya yo no podía y entonces fue cuando tuve que hablar con ellos y pues me apoyaron mucho, de hecho, yo no tenía buena relación con mi mama, siempre ella había sido muy distante y a raíz de eso ella se acercó a mí y nos generó un vínculo más fuerte y está muy pendiente”.

P3. *“me cuidan mucho de que no peque con la comida, yo creo que lo más difícil es el pos porque es que uno se ve bien físicamente y uno quiere comer de todo, uno quiere comerse un helado, o un chocolate, pero no lo puedo hacer, mi hermano apenas me vio calva él se calvio también, mis papas hicieron prestamos, se endeudaron, porque mi tratamiento fue*

un poco costoso y por eso yo salí rápido, los medicamentos, muchos los compramos particulares para que yo me para rápido, las comidas, se iban conmigo para Bucaramanga mis papas, mis tíos, mis amigos, siempre recibía visitas en Bucaramanga, a veces incluso ya les tenía que decir que estaba cansada y necesitaba acostarme, en la casa mis primas, mis nonas, una de ellas tiene ochenta años y me ayudaba a bañar cuando mi mama se tenía que ir a trabajar, me hacían el desayuno, jugaban conmigo domino, uno, veían series, mientras yo estuve ahí.”

P4. *“Si mis hijos me colaboran, me dan todo porque ya no puedo trabajar y uno de ellos se vino a vivir conmigo para no dejarme sola en las noches”*

P5. *“si claro, mi esposo y mis hijos siempre han estado para apoyarme y ayudarme más cuando tengo que ir al médico y hacerme exámenes ellos siempre me acompañan”.*

P6. *“No, la verdad me guarde el proceso. Nade supo, no quería me tuvieran lastima, y decidí no contarle sino a una amiga que es la que me acompaña a las revisiones y pues mi familia no sabe para que no cambie su actitud hacia mí porque eso sería incómodo”.*

P7. *“Si, toda mi familia estuvo ahí en todo mi proceso desde mi mama hasta mi esposo, la familia de mi esposo, la familia mía, me ayudaban hablándome positivamente todo el tiempo, me acompañaron también en la parte espiritual, en la parte emocional, mi*

hermana me hablo muchísimo, había días en los que me acongojaba, pero nuevamente volvían ellos, me hablaban. Trataban de nunca dejarme sola, siempre estaban ahí conmigo, me visitaban, pero más que todo me ayudaron emocional y espiritualmente”.

P8. *“Sí, claro. También influye mucho el apoyo de la familia, la niña, el niño, mi esposo, toda mi familia estuvo ahí apoyándome”.*

P9. *“Si claro, desde que inicio mi proceso en el 2016 mi familia ha sido parte fundamental en este proceso, empezando por mis hijas, la mayor, toda mi familia ha estado muy pendiente, uno con estos procesos arrastra la familia y realmente las personas que lo aprecian y lo quieren a uno, apoyo económico,*

apoyo moral desafortunadamente estos son los procesos que son largos entonces he tenido mucha paciencia pero el apoyo de mi familia ha sido clave, fundamental, es lo más importante en un proceso como estos”.

PI0. *“si, ellos desde el principio me acompañan a todo, sobre todo mi hijo Andrés, él siempre ha estado conmigo y en todo me acompaña, lo que son las biopsias y demás, él siempre está ahí”.*

4. ¿sigue las indicaciones del médico para el éxito del tratamiento o considera que algunas cosas no se deberían hacer, por

PI. *“si, todo o que me dicen, aunque ahorita me suspendieron las quimioterapias porque tengo está herida en la pierna y pues me dijeron que no me las podían hacer y eso es lo que me está ayudando a estar con vida”.*

Teniendo en cuenta cada una de las repuestas de los participantes ante la pregunta planteada, se evidencia que todos los pacientes siguen en mayor medida las indicaciones del médico con la finalidad de mejorar la salud, aunque refieren que algunas indicaciones no las siguen al pie de

qué?

P2. *“Pues al pie de la letra no, pero pues siempre trato de hacer todo lo que me indican pues porque uno siempre quiere mejorar.”*

la letra si tratan de seguir todas las pautas que se les da por parte del médico tratante u oncólogo, puesto que, según ellos, es lo mejor que pueden hacer para superar la

enfermedad.

P3. *“Trato de seguirlas, tenía dos oncólogos, el oncólogo clínico y el oncólogo ginecólogo porque era cáncer de ovarios, uno me dijo que nos casábamos por diez años donde debo seguir todo lo que él me diga, nunca fallo a un control, así este en parciales, tenga lo que tenga, después de que haya control no falto, porque después el cáncer puede renacer, me prohibieron los dulces al cien por ciento pero no los he podido dejar, a veces me como uno digamos una vez al mes, y también muchas comidas, hay muchas cosas que yo no debo hacer sin embargo las hago como trasnocharme, estresarme, porque ya me*

he dado cuenta que cada vez que me estreso se me cae el cabello, entonces cuando veo eso me relajo.”

P4. *“Yo sigo todas las recomendaciones porque es por mi bien y primeramente Dios me ha ayudado a salir adelante, ya he mejorado”.*

P5. *“si claro, los horarios de las cremas y las pastillas que me debo tomar diario lo cumplo, también la alimentación como tal, ya que si no lo hago yo sería la perjudicada, a mí me dicen haga esto o aquello y yo de una vez anoto y pongo alarmas para que no se me olvide”.*

P6. *“Si, en eso he sido juiciosa y las he seguido o tratado de seguir todas porque pues uno sabe que es para el bienestar de la salud, aunque algunas al*

principio cuando me enteré me precian exageradas y me negaba a aceptar que tenía cáncer, y pues ya después el doctor especialista en oncología me confirmó que efectivamente sí tenía cáncer y pues que más a seguir todas las indicaciones”.

P7. “Siempre seguí al pie de la letra lo que decía el médico, siempre. En cuanto a dietas, dejar de comer algunas cosas, todo siempre lo seguí y siempre estuve de acuerdo con que al fin y al cabo ellos son los que saben, de cuidarme en ese sentido”.

P8. “sí, yo siempre he seguido las indicaciones del oncólogo, ya que a mí me ve directamente el oncólogo, no me ve ningún otro médico, solo ahorita estoy en manos del oncólogo desde que empecé el proceso, desde el momento en que se descubrió que era un cáncer de mama,

siempre he estado en manos del oncólogo hasta el momento y todo lo que me indican lo hago al pie de la letra”.

P9. *“Claro que sí, con eso sí he sido muy disciplinada, con todas las indicaciones y recomendaciones del oncólogo clínico, si claro, cuando se está en este proceso uno lo que quiere es sanarse totalmente”.*

P10. *“si claro, todo lo que el médico le dice a uno, uno lo va haciendo porque lo que ya quiero es mejorarme y terminar”.*

5 ¿considera **P1.** *“pues la verdad yo trato de controlarme con eso, ya que, pues como voy a incomodar acá a mi nieta, yo mejor nunca digo nada y prefiero casi siempre* De acuerdo a las respuestas dadas por los participantes se puede inferir que dentro del transcurso de la enfermedad los cambios de humor

interpersonales,
por qué?

estar bien”.

son muy repentinos más cuando se tiene o se acercan procedimientos como las quimioterapias o radioterapias y que, aunque cada una de ellas trate de estar bien, emociones como el enojo interfieren de una manera un poco significativa en la comunicación y relación con las personas que están en su entorno.

P2. “Un poco, al comienzo. Ahorita porque ya hay una aceptación, pero al principio ósea me había puesto un poco de mal genio desde cuando el médico me dijo la primera sensación fue de salir corriendo de ahí, no hablar con nadie y entonces dure un tiempo así, un poco amargada por el hecho que uno no quiere que hablar con alguien y que fueran a mirarlo con un poco de compasión. Me aislé mucho”.

P3. “yo cambie mucho de humor, me estresaba obviamente cada quimio era más pesada, en la primera listo se me cayó el cabello, en la segunda ya me veía sin cejas, me veía sin pestañas, me veía subiendo y subiendo de peso increíblemente, el encierro, yo no podía

hacer nada, que si yo me paraba de la cama así solita me daba el patatús, que si o me le acercaba a la gente me daban ganas de vomitar porque los olores me mataban, entonces si me volví muy malgeniada más de lo que soy y me encerraba y decía que quiero estar sola y ya, me molestaba que yo quería tomar agua y tenía que decir tráigame agua porque no podía yo ir, esa dependencia me daba malgenio”.

P4. *“Algunas veces porque cuando tengo esas recaídas me disgusta no poder hacer mis cosas yo sola”.*

P5. *“si, a veces, uno no todos los días se levanta de buen humor y más pensando en la enfermedad y en que en cualquier momento podría dejar a mis hijos solos me afecta y me pone triste y en*

la casa se siente, ya que yo todos los días trato de estar feliz, pero ellos saben cuándo estoy enojada, triste o apagada por así decirlo”.

P6. “Si claro, el solo pensar en la muerte o que en que uno tiene una enfermedad que lo está matando le cambia a uno el humor, yo casi siempre estaba irritable, no me podían hablar porque contestaba con 3 piedras en la mano y pues las personas no me comprendían porque no sabían y pues yo a veces contestaba de forma grosera y abrupta a los demás”.

P7. “Si, interfiere un poco cuando estoy triste, porque cuando estoy triste y reprimida realmente no quiero la verdad como que nadie me hable, que nadie me busque, no quiero que nadie me vea,

entonces sí creo que interfiere”.

P8. *“Sí, siempre cambia uno de verse así con la situación de la enfermedad e incluía en la comunicación, pero siempre por no hacerlos sentir mal yo trataba de disimular que me estaba sintiendo mal”.*

P9. *“Si, si interfieren porque este proceso a mí personalmente me ha llevado a un tema de depresión muy difícil y doloroso, tengo control con psicología y psiquiatría desde que inicie el proceso, claro que sí porque hay momentos que uno no quiere hablar con ninguno, no quiere compartir con ninguno, hay momento que se está muy triste, hay momentos que se está de mal genio, que no tiene uno ganas de nada, entonces sí ha interferido bastante”.*

P10. “si claro, hay días que uno amanece mal y eso afecta la comunicación que se tiene con las personas que están l rededor, si cuando uno está sano se levanta de mal humor ahora imagínese pensando siempre en la enfermedad”.

<p>2. Estilos de afrontamiento</p> <p>Son aquellas estrategias que el sujeto emplea para hacer frente a determinado problema y que puede llevar a incidir en que el sujeto tenga comportamientos adaptativos más funcionales e independientes y adhiriéndose de mejor</p>	<p>1. ¿cómo reacciona ante nuevos sucesos debido a la enfermedad?</p>	<p><i>P1. “tristeza, enojo y sentir que uno esta acá pagando algo que quizá hizo mal, ver que uno no se muere ni nada, es triste”.</i></p> <p><i>P2. “Pues, yo no voy a negar que cada vez que entro a un hospital entro en nervios, ósea no he podido, ya es como mi segunda casa de estar allá metida y cada vez que voy me dan muchos nervios y trato de evitarlo, por ejemplo hace medio año me operaron un seno porque me había salido una masa, entonces los</i></p>	<p>Teniendo en cuenta las respuestas dadas ante la pregunta se puede determinar que la mayoría de participantes crea una expectativa bastante alta ante los nuevos sucesos de la enfermedad y cuando estos ocurren de manera negativa su reacción principal es de tristeza y agobio, ya que sienten que no están avanzando en el tratamiento.</p>
--	---	--	---

manera a determinado
tratamiento. (Contreras,
Esguera, Espinosa,
Gómez, 2007).

*médicos están muy pendientes que si me
sale cualquier cosa, porque debo estar en
cirugías y esas cosas, siempre me están
haciendo biopsias y me toca ir a
supervisión médica por que las células
cancerígenas siempre están presentes,
entonces he aceptado el proceso pero no
puedo dejar de sentir nervios ante todo
eso”.*

P3. *“ Pues yo salí rápido, yo que días
fui al control y aun habían amigas que
están todavía en quimios, y me da miedo,
y ese miedo es tremendo, por ejemplo que
días me salió una bolita pero yo estaba
con el periodo y con unos remedios la
expulse solita, pero siempre esta ese
miedo a que vuelva a echar para atrás, es
un miedo terrible, pero sin embargo le he
dado mucha fortaleza a muchas personas
que me han buscado a preguntarme sobre*

mi proceso, sobre la resiliencia y es muy bonito es algo que le cambia a uno el sentido de vida, el aprovechamiento del aquí y el ahora, el valor por la vida sobre todo, a cuidarse uno, yo he cambiado mucho mi estilo de vida”.

***P4.** “Intento verle el lado bonito y buscar de Dios, pero es muy difícil esto es muy duro”.*

***P5.** “siempre uno está a la expectativa, pero uno confía en la voluntad de Dios y en que siempre todo va a estar bien”.*

***P6.** “Yo trataba de hacer todo lo que los doctores me decían con la finalidad de que no me dieran malas noticias, con calma, aunque nerviosa siempre, pero siempre estaba el miedo a que algo nuevo*

apareciera y aun a que algo nuevo aparezca”.

P7. “Cuando me dieron el diagnostico, lo primero que me dijeron era que para contrarrestar la enfermedad apenas estaba empezando era quitar la extremidad, donde estaba empezando el cáncer, ese fue el suceso más devastador para mí, yo opte por hacerme primero quimios, intentar agotar las opciones, entonces ya cuando el proceso de quimioterapias ninguna dio el resultado que debía dar y me hablaron acerca de la amputación yo creo que yo ya me estaba preparando un poco porque esa era una de las opciones que habían y lo único que pensé fue que si no me quitaban mi extremidad me podía morir entonces opte por tomar la vida en vez de conservar algo que no servía para mi vida”.

P8. *“Pues, el tratamiento de la quimioterapia es muy diferente al de la radioterapia, es algo que el de quimioterapia tiene sus reacciones, en cambio el de radioterapia no, ya que solo quema la parte afectada, pero el tratamiento de quimioterapia si tiene muchas reacciones como lo es vómito, mareo, diarrea, tiene muchas reacciones el de quimioterapia, si, es el más fuerte, y mi reacción era ir decidida a seguir con el tratamiento”.*

P9. *“Doloroso, muy doloroso, quizá ha sido más doloroso estar en esta recaída, estar en este proceso por segunda vez que la primera vez cuando me enteré que tenía la enfermedad, porque estaba volviendo como a mí vida normal, estaba retomando nuevamente*

las funciones como empleada para la empresa a la que laboro, estaba retomando mi vida como era antes y estar en este proceso por segunda vez no, sin palabras, doloroso muy doloroso”.

P10. *“A veces, me da depresión o mucha tristeza por el miedo de que llegue allá y algún examen no haya salido bien y también el asunto de tanto tratamiento, pastilla y controles, eso aburre y me afecta”.*

<p>2. Ante noticias negativas de la enfermedad suele callarse o las hace saber a sus familiares, ¿porque?</p>	<p>P1. <i>“jum, yo la verdad se las informo a mi nieta porque ella va conmigo a las consultas y a mi hijo el que le dije que me enviaba dinero y ya, porque mis otros hijos saben que voy a consulta y no laman ni nada, solo esperan que me muera para quedarse con mi casa, no ve,</i></p>	<p>Acorde a las respuestas dadas por las participantes se puede inferir que en su mayoría cada una de estas prefieren comunicar las noticias a sus familiares ya que estos son un apoyo y respaldo fundamental en cuanto a seguir los tratamientos de la</p>
---	---	--

de allá me sacaron y me toco venirme para acá”.

P2. *“Cuando podía callarme algo lo hacía, incluso cada vez que puedo lo hago, ya solo cuando mi mamá se empeña en acompañarme ahí si no puedo hacer nada, pero cuando voy sola si, para no preocuparla, hay muchas cosas de trasfondo por lo cual no me atrevo a decirle todas las cosas a mi mama ya que ella es muy nerviosa, entonces siento que le haría daño, pues cuando ella se da cuenta pues ya ni modo, pero cuando yo puedo ocultarlo lo hago”.*

P3. *“Yo no expresaba nada, lo único era el mal genio ya mi familia sabia y me daban mi espacio, yo por ejemplo quería llorar y yo no lloraba delante de ellos porque yo sabía que ellos estaban*

enfermedad y que ellos estén informados de cada cosa que pasa en el transcurso de los exámenes y tratamientos, debido a que el apoyo que el núcleo familiar aporta en gran medida contribuye al bienestar que la persona necesita sentir mientras transcurre todo el proceso.

sufriendo por mí, yo sabía que me veía fea pero aun así ellos me daban ánimo, yo tenía que estar muy cargada emocionalmente para yo llorar con mis papas, pero yo siempre me decía mis papas se están sacrificando yo tengo que pararme porque ellos se están sacrificando, y siempre fue así me decía a mí misma yo tengo una carrera que terminar, yo tengo metas por cumplir y las voy a cumplir”.

P4. *“Mis hijos lo saben todo porque ellos me hacen todo de sacar la cita de llevarme de que me tome los medicamentos”.*

P5. *“de una vez a mis hijos y a mi esposo, porque con ellos cuento para todo y ese fue el trato que hicimos desde el principio, que yo les diría todo”.*

P6. *“Pues como le comenté anteriormente nadie sabía, y pues a raíz de eso yo me callaba todo y aun lo hago no quiero me tengan lastima ni compasión”*,

P7. *“Siempre les hice saber lo que el médico me decía mientras la usencia de ellos, porque el tipo de cáncer que yo tuve siempre debía estar en compañía de alguien”*.

P8. *“Siempre les di a saber desde un principio a ellos todo lo que pasaba de acuerdo a la situación que se presentará, por lo menos cuando ya me hicieron la biopsia y llegó ese resultado que ya nos dimos cuenta que era cáncer, ellos de una vez se dieron cuenta y yo les di a saber eso, después cuando me vio el oncólogo y*

me confirmo que si era pues también y pues cuando me vio el cirujano mastologo que dijo que tenía que quitarme el seno pues también, son cosas fuertes pero superadas”.

P9. *“No, yo las comparto con mis familiares, claro que sí, ellos han estado al pendiente de todo y al tanto de todo, porque ellos me animan, y en este proceso hay que ser muy positivo y confiar en un Dios que todo lo puede, entonces no me cayó nada, yo les expreso y los mantengo al tanto de todo”.*

P10. *“yo se los cuento todo a mi familia siempre y como mi hijo Andrés va conmigo pues el doctor nos comunica siempre los resultados y pues cuando salimos del consultorio llamamos a mis otros dos hijos y a mis hermanos”.*

3. ¿cuándo se enteró de la enfermedad decidió comunicarlo a su familia o guardar la información para usted solo, por qué?

P1. *“pues yo la verdad fui al médico con mi hijo y yo no sabía que tenía cáncer y pues me llamo mi otra hija y me dijo: mami usted debe portarse bien y rezar porque usted lo que tiene es cáncer y se va a morir en dos meses. Entonces pues se enteraron ellos primero que yo”.*

P2. *“Solo para mí”.*

P3. *“Si, ellos fueron los primeros y Diana yo a ella le envié un mensaje y le dije que no habían salido bien los exámenes y ella me dice peque, entonces en ese momento me decía no peque, no me creía, pero cuando yo llegue me tenía un mensaje, un buzo, bombas, y todos los días yo recibía a las siete de la mañana un mensaje de ella, cuando eso hubo paro y ella se iba para Bucaramanga conmigo,*

Teniendo en cuenta las respuestas dadas, se puede deducir que la mayoría de los participantes decidió comunicar la noticia a sus familiares al momento de enterarse o cuando le dijeron estaba acompañado, así que la noticia fue compartida, también se evidencia que solo una de las participantes decidió no comentar la situación a ningún familiar ya que vive lejos de su familia y que solo la compartió con una amiga de confianza.

y también otros amigos, pero ella siempre estuvo ahí”.

***P4.** “Yo decidí contarles a mis hijos que tenía cáncer, no era capaz de ocultarle de todas formas ellos se iban a dar cuenta porque me empecé a enfermar mucho”.*

***P5.** “si claro, yo salí de allá del hospital y pues me vine en un carro para acá a la casa y de una vez les dije, porque pues ya que más, lo que uno necesita es apoyo, en ese momento uno siente que todo se le derrumba”.*

***P6.** “Cuando me entere decidí llevar todo el proceso yo sola porque pue como le digo no quería compasión, ya que lo más duro ha pasado ellos saben, pero cuando me entero de alguna u otra cosa prefiero no decir nada”.*

P7. “Cuando me diagnosticaron de hecho mi familia sabia primero que yo, ose ya a ellos le habían dicho el diagnostico, pero había que esperar una patología más avanzada de la que ya tenía para saber el tipo de sarcoma que yo tenía, en si mi cáncer es sarcoma, pero tenía que arrojar que tipo de sarcoma era, y era un hosteo ósea dentro del hueso y ya mi familia sabia el diagnostico, pero no me habían dicho, ósea fueron ellos quienes se enteraron primero”.

P8. “Si, no me cayó, sobre todo a la familia, le comunico todo a mis familiares más cercanos”.

P9. “No inmediatamente, yo le hice saber a mi familia, estos procesos son

muy difíciles y dolorosos para uno callárselos y pues inmediatamente yo les hice saber a cada uno de ellos”.

P10. *“si, de una vez, mi hijo me acompaño y de una vez cuando nos dieron los resultados se lo dijimos a mis otros hijos y a mis hermanos, uno lo que necesita es apoyo en ese momento”.*

4. como es su reacción ante los cambios físicos que se van presentando en el transcurso de la enfermedad.

P1. *“Pues siempre es duro, difícil, a veces solo me ponía a llorar y a esperar”.*

P2. *“Pues fue feo, porque uno está acostumbrado a verse de una forma y uno ve que de un momento a otro uno empieza a deteriorarse un poquito uno ve que no puede hacer nada, porque ahí no es cuestión de decir “yo como y ya, o hago*

De acuerdo a las respuestas dadas por cada participante se infiere que la reacción ante los cambios físicos fue dura, teniendo en cuenta que son mujeres y que lo que más afectó en un grado alto fue la caída del cabello ya que este es una parte fundamental para la mujer y su seguridad se vio afectada, muchas de ellas refirieron que les dio muy duro

esto y ya”, entonces no, eso es un poco fuerte, feo. Yo me bajo de peso muy rápido y pues no puedo dejar que se me bajen las defensas, se me bajan las defensas y de una me afecta, por ejemplo, ahorita la cara se me está manchando porque estoy recibiendo un tratamiento con antibiótico fuerte y eso me afecta más por los efectos secundarios de los tratamientos”.

P3. *“Ósea, es muy duro muy duro y pega duro, los cambios físicos son lo más notorio de toda la enfermedad, yo siempre le decía a mi mama cuando a sansona se le caiga el pelo ese día la gente va a saber, y así fue pero yo independientemente siempre mantenía arreglada, me gustan mucho los shorts por el clima, yo me hacía pañoletas me ponía lentes, porque como uno no tiene*

el verse al espejo y no tener cabello. También una de las pacientes refiere que fue muy duro y triste el perder una extremidad debido a que esta parte de su cuerpo se fue de por vida.

pestañas ni cejas, pero el cambio es muy notorio, pero siempre trate de usar gorros una cosa y otra, es más una amiga siempre me decía la vi en la calle, calva pero bien arreglada, y me sentí feliz, yo decía bueno se me cayó el cabello pero tengo otros atributos, entonces me hacía varias cositas para verme bien”,

***P4.** “Pues muy duro porque no hago sino llorar al mirarme que no tengo pelo, pero poco a poco he ido aceptarlo, ya salgo me divierto hablo con mis vecinas“*,

***P5.** “pues uno se los espera no, porque ha escuchado que eso puede pasar, pero solo ver como la piel se vuelve como una lija, algo frágil y que con solo un movimiento brusco se rompe, es difícil”*.

P6. “La verdad me hundi en una tristeza y depresión súper fuerte, solo quería llorar porque sentía que me había matado en vida y sentía que ya esto no iba para ningún lado, pero pues por mis hijos decidí empezar el tratamiento y pues acá vamos”.

P7. “ Cuando se me cayó el pelo fue bastante tiste, llore mucho de hecho ósea aun así veía que se me caía el cabello yo no era capaz de cortármelo, tenía la esperanza y la actitud de que no se iba a caer todo y ya cuando vi que tenía las ultimas mechitas mi familia me decía quítate eso, entonces ya a lo último me arme de valor y cogí una cuchilla presto barba y yo misma me lo quite, y la amputación de la pierna es la que más ha marcado parte de mi vida porque es algo con lo que tengo que vivir, y ha sido triste

y doloroso, porque fuera que amputaran y ya se acabara la enfermedad, pero la enfermedad o el dolor o las angustias, además tengo que vivir con el miembro fantasma que duele, pica, rasca, de todo, entonces es algo agobiante pero en cuanto al físico pues nosotras las mujeres somos vanidosas entonces como que estar sin una pierna y que ya no lo volteen a mirar aunque yo tengo mi esposo y todo pero entonces que ya uno se sienta antisexy o anti bonito, trata un poco de perjudicar la parte emocional pero es por ratos, no es todo el tiempo, por lo menos hoy estoy bien, me sentí linda, ya mañana amanezco fea, no tan linda”.

P8. *“Si, la caída del cabello fue una situación bastante dura, fuerte, ya pues la costumbre de uno tener su cabello que a nosotras las mujeres somos como muy*

vanidosas con el cabello y pues al verme así, que se me cayó el cabello y de la forma en que se me cayó, porque se me cayó de una forma bastante brusca, me metí a bañar y la costumbre de uno restregarse con el shampoo y eso, cuando ya me hice así se me levanto el cabello como una capa, eso fue bastante fuerte esa reacción al verme así sin cabello, fue una de las partes que psicológicamente me afectó bastante, la caída de las cejas, las pestañas también, todo el pelo, me cambio un poco la forma de la cara, es bastante duro, sí”

P9. *“La verdad que en el momento que me enteré que por segunda vez estaba en esta recaída de la enfermedad me prometí a mí misma que iba a ser diferente y mi posición ha sido como de aceptación, de resignación y ha sido*

como vas llevadera en esta segunda vez que en la primera”.

P10. *“duro, uno está acostumbrada a verse de una forma y después estar sin pelo, hinchado, sin energía es muy duro, aunque uno aprende a convivir con eso hay días que uno se levanta más agobiado que otros”.*

5. ¿prefiere estar solo(a) ante nuevos acontecimientos de la enfermedad?

P1. *“no, la verdad me gusta recibir estas noticias acompañada de mi nieta porque ella poco o mucho está al lado mío para apoyarme y darme ánimo”.*

P2. *“Es que de cierto modo mi mama siempre ha estado conmigo pero pues sí, es inevitable, ahorita que estoy acá pues se siente más la soledad, cuando estoy allá el apoyo se siente más, pero pues*

De acuerdo a las respuestas se encontró que la mayoría de los participantes prefiere en gran medida recibir las noticias acompañada y que ante nuevos sucesos estar con sus familiares debido a que el proceso es muy duro y complejo, así como las consecuencias de los tratamientos que deben enfrentar las cuales las dejan débiles, y el apoyo de alguna

cuando estoy acá y me dicen algo los doctores me atrevo a llamarla y a comentárselo porque ella se preocupa”. otra persona siempre será un factor que contribuya en diferentes aspectos para sobrellevar la enfermedad.

P3. *“No, yo siempre tuve compañía y solo hubiera sido más duro, yo dormía con mi mama, con mi papa, con mi abuela para que me ayudaran a ir al baño y así, pero ósea eran raticos que uno quería estar solo porque uno necesita desahogarse, llorar, mirarse al espejo desnuda y aceptarse si me hago entender, pero ya siempre es importante el apoyo”.*

P4. *“No tengo la mejor compañía que es Dios y mis hijos eso es lo que me tiene viva y con ganas de salir adelante”.*

P5. *“no claro que no, yo siempre que voy a controles o a examines me acompañan mis hijos, pues como mi*

esposo es militar solo me puede acompañar cuando esta acá, pero cuando él está vamos todo”.

P6. *“No, cuando me enteraba de algo nuevo trataba de ocupar mi mente, siempre iba a grupos en la iglesia y me dedicaba a tejer o bordar ya que eso me entretiene bastante”.*

P7 *“ante nuevos acontecimientos según la enfermedad no me gustaría estar sola, me gustaría estar siempre como lo estuve antes, en compañía de mi familia, de mi esposo, porque pues no todos los esposos toleran y soportan este tipo de enfermedades algunos si son más cobardes y se van, otros no como lo es el caso de mi esposo, estar siempre en compañía de mi familia, no me gustaría la verdad estar para nada sola”.*

P8. “no, mis hijos y mi esposo me acompañan a los controles y a recibir los resultados de los exámenes, yo nunca quiero ir sola porque pues uno siempre va con la esperanza de mejorar, pero si no es así, al menos uno tiene un respaldo con ellos al lado de uno”.

P9. “No claro que no, esto es muy duro para vivirlo uno solo”.

P10. “No, yo siempre he estado acompañada gracias a Dios de mi familia”.

Status Performance: Este se define como el 1. actividades que **P1.** “Barrer, lavar y caminar porque me ahogo”. Teniendo en cuentas las respuestas dadas por cada una de las

nivel que puede alcanzar realizaba en su un individuo para realizar vida cotidiana ya actividades y conductas no puede hacer. como ocuparse de las propias necesidades, la actividad física, desplazarse, levantar objetos etc. Es decir, su capacidad de independencia. (Acevedo, F. Cruz, P. 2014).

P2. “Yo era muy independiente, yo trabajaba de 4 de la tarde a 1 de la mañana y pues eran 8 horas de pie, y pues no me podía sentar y yo dure mucho tiempo trabajando así”.

P3. “ En ese momento no pude estudiar, no podía leer ni siquiera una hoja de un libro, no era capaz, veía televisión pero muy poquito, me daba muchísimo dolor de cabeza, el dolor de cabeza era muy fuerte pero eran los medicamentos y las fiebres eran muy altas, no podía hacer ejercicio, mi casi caminar literalmente mis papas me sacaban en el carro, en la moto, pero no podía hacer casi nada, literal era clínica casa, y cuando me daban un receso me la pasaba en la calle, salía con mis amigos a escuchar música, trataba de volver a mi

participantes se puede evidenciar que las actividades de su vida cotidiana si se vieron afectadas y que en su mayoría fueron aquellas actividades que necesitaban o requerían un esfuerzo mayor como lo son las actividades del hogar, caminar, leer, etc., en las cuales hoy en día no pueden hacer o si se realizan deben ser en la menor medida posible.

vida social, porque o si no hubiera sido peor.”

P4. “Yo hago todavía todo solo cuando voy a las quimioterapias que quedo muy débil pues mi hijo no me deja hacer nada de la casa mientras me agarran las fuerzas”

P5. “ las cosas de la casa, como barrer, trapear, cosas que me exijan estirar mucho los brazos porque la piel se me rompe de una vez”

P6. “No podía realizar actividades que implicaran estar mucho tiempo de pie, entonces pues no podía dedicarme a la casa en cuanto al aseo, tampoco podía hacer oficios que implicara fuerza o mucha actividad y caminar bastante tampoco porque sentía dolor y me

ahogaba”

P7. “No puedo correr, no puedo manejar bicicleta por ahora, de pronto más adelante si, no puedo tomar trago por ahora, y no puedo hacer aseo eso si no lo puedo hacer, yo creo que ya... trato también de evitar ir a conciertos y esas cuestiones, como porque de pronto se lleguen a presentar disturbios y yo no pueda salir a correr, o me hagan caer, entonces como que todo eso trato de no hacerlo, de resto si yo puedo hacer las otras cositas, antes manejaba moto y ya no, pero yo creo que son como situaciones que se pueden ir mejorando más adelante”

P8. “Si, en ese momento me costaba, ya casi no podía barrer, caminar y decaimiento bastante y el mareo de la

reacción a la quimioterapia”

P9. *“Los oficios de la casa como: lavar, cocinar, trapear, barrer, ya no los puedo realizar”*

P10. *“Los oficios de la casa más que todo ya que barrer el polvo me afecta demasiado y trapear los químicos como cloro y demás cosas fuertes me dañan, también en las comidas los sabores fuertes ya no los puedo tolerar, también hablar fuerte.”*

2. ¿Qué tipo de ayuda necesita para realizar sus necesidades físicas?

P1. *“pues casi toda, a esta edad uno es muy dependiente y más con esta enfermedad, necesito ayuda para desplazarme, bañarme y a veces hasta comer”*

Teniendo en cuenta las respuestas dadas, se puede evidenciar que la mayoría de las participantes requiere ayuda en sus necesidades físicas como lo son ir al baño, bañarse, comer, levantarse, etc. y de

P2. *“Pues cuando tengo las quimioterapias y para ayudar que el proceso funcione debo utilizar óvulos intravaginales y pues en eso si me ayuda mi mama porque uno queda muy débil en esos días, también al bañarme, ir al baño y a veces darme de comer.”*

P3. *“Todas las ayudas, todas, ahí entendí el valor y la importancia de tener a mi mama, mi mama era duro para ella, porque es volver a ser usted un bebe, mi mama me limpiaba la cola, había veces que yo no alcanzaba a llegar al balde y me vomitaba y a ella le tocaba limpiar lo que yo hacía, me bañaban, ya después yo empecé a bañarme solita, pero si siempre la necesite, mi dependencia fue total, la migraña era muy fuerte no era capaz de estar de pie, era como si la cabeza me pesara muchísimo, entonces sentada era*

capaz de hacer algunas cosas aunque a veces no y ellos me cuchareaban las sopas, no me daba mucha hambre tampoco como me aplicaban diez, quince bolsas de suero al día no me daba hambre y con eso me mantenía, pero ellos siempre estuvieron. Y se turnaban para estar conmigo en el proceso.”

P4. “Pues como le digo cuando estoy débil una muchacha hace el aseo y está pendiente de mi o si no mis hijos y así yo tengo mucha gente y me ayuda”

P5. “solo cuando debo bañarme, me deben dejar todo lo necesario cerca para no estirarme mucho, como el shampoo, el jabón y cosas así”

P6. “Gracias a dios todo lo pude realizar yo misma y eso me ayudo pues a

no comentarlo con nadie, y pues todas mis actividades aunque me costaban las pude realizar.”

***P7.** “la única ayuda que necesito de verdad es la de los dos bastones y ya yo creo, tener una buena actitud porque si soy de las que me hecho a la cama y no puedo hacer, entonces es muy complicado porque ni los bastones lo ayuden a uno a hacer cosas porque uno mantiene una actitud negativa y ya, yo creo que ya”*

***P8.** “Si, por lo menos ya el azúcar no lo puedo consumir, me toca tomarme los jugos sin dulce, cuidarme que las harinas, que la grasa, las bebidas negras, las gaseosas sobre todo, todas esas cosas”*

***P9.** “Cuando estoy en el proceso de*

quimioterapia necesito para que me ayuden a levantarme, apoyarme, porque uno queda muy débil, también para alimentarme”

P10. *“pues solo cuando tengo quimioterapias necesito ayuda en cuanto pues a ir al baño, en la cocina y para desplazarme acá en la casa, de resto por lo general yo misma hago todo”*

3. al realizar una actividad por sí mismo requiere más esfuerzo del que se necesita normalmente, porque

P1. *“si claro, hasta para caminar, todo me cuesta bastante y cada día es más complejo hacer las cosas”.*

P2. *“Si, como barrer, trapear o si implican fuerza solo si la actividad lo requiere, más cuando me baja el periodo ahí si me deja mal, pero es consecuencia de lo mismo, me pone muy mal que me*

Teniendo en cuenta las respuestas dadas, se evidencia que efectivamente las actividades de rutina cotidiana se tornan más complejas debido a que los tratamientos van debilitando al paciente y actividades simples como barrer o trapear requieren de un esfuerzo mayor para la persona.

toca evitar y dejar hacer las cosas.”

P3. “*Si claro, siempre*”

P4. “*si, aunque yo soy capaz de hacer casi todo y ya me estoy recuperando gracias a mi Diosito*”

P5. “*si claro, ya pues para hacer cosas tan básicas como barrer, trapear se me dificulta, no puedo estirarme mucho pues debido a que la piel se me cuarteo*”.

P6. “*Si, como por ejemplo caminar, eso me cuesta aún bastante y me siento muy cansada para todo*”.

P7. “*Si, si requiero de más esfuerzo porque hay un desequilibrio en mi cuerpo entonces al realizar cualquier actividad, porque por lo menos estoy sin una*

extremidad y me toca estar saltando y por lo menos cuando el piso esta mojado me toca agarrarme de todos lados par ano caerme porque muchas veces me he caído, no solamente por el piso resbaloso, sino que digamos los bastones se me abren, o cualquier cosa.”

P8. *“No, siempre por lo general la niña (la hija) siempre estaba ahí pendiente de mí, pendiente de lo que necesitaba, yo no me forzaba, ella hacia las cosas, el apoyo de ella ha sido incondicional”*

P9. *“Si claro, requiere de más fuerza, primero porque uno queda más agotado, queda afectado de la vista, de la memoria, entonces la vida de uno no vuelve a ser lo mismo que antes del proceso”*

P10. *“Si, como por ejemplo el simple hecho de hablar fuerte me cuesta, casi no se me entiende lo que digo porque la voz me ha cambiado muchísimo, también caminar y el poder respirar me ahogo muy fácil”*

4. ¿Cuáles son los cambios más notorios que ha tenido en sus actividades a partir de que le diagnosticaron Cáncer?

P1. *“pues que ya no puedo ir a misa sola o salir a caminar, siempre necesito ayuda y acá en la casa ya no tengo fuerzas ni para barrer”.*

P2. *“Pues los cambios fueron como lo dije, me tocó dejar el trabajo, la universidad y todo. Y pues aunque uno lo trate de retomar le afecta, ósea aún hago que cosas que me hacen daño pero sin embargo pues yo las hago, eso sí me toca tratar de no dejar lo de los chequeos*

De acuerdo a las respuestas que cada participante dio se puede evidenciar que se dieron cambios significativos en las actividades del hogar como lo es barrer, trapear, lavar, entre otras debido al esfuerzo que estas implican y a la afectación que conllevan en el alud de las pacientes.

médicos y eso, también me bajaba mucho el periodo, y mucho cansancio”

***P3.** “Yo empecé la quimio como dos semanas después y alcance a terminar el semestre, el estado de ánimo bajo muchísimo, la autoestima en ese momento se bajó, pero yo la volvía a subir, tenía que volverme a adaptar que me iba para la casa un tiempo, que yo en ese momento pensé que eran más años por ahí dos o tres, pero no la libre rapidito.”*

***P4.** “Pues la pérdida de peso porque yo era bien gorda véame ahora, y pues que a veces no puedo hacer los oficios de la casa o arreglas mis maticas”*

***P5.** “más que todo pues acá en la casa, los oficios de la casa y también el ir por los niños al colegio, ya que no me*

puedo dar nada de sol”

P6. *“Que ya no puedo hacer cosas como barrer muy seguido porque siento dolor o lavar la ropa tampoco, eso me afectó mucho y me limita a hacer varias cosas”*

P7. *“Los cambios más notorios bueno fueron de que mis actividades en cuanto a mi casa no volví a hacer oficio por lo que el tumor no me dejaba doblar la rodilla entonces tenía el hueso necrótico y en cualquier momento se me podía partir y luego era muchísimo más complicado hacer una cirugía.”*

P8. *“Todo lo de la casa, ya el solo hacer aseo me cuesta, barrer, lavar, trapear, todo eso casi no lo hago, menos mal esta mi hija que ella me ayuda bastante”*

P9. *“En mi parte física, ya no soy la misma, con mi brazo izquierdo no puedo hacer nada, no puedo realizar mis actividades, inclusive hasta para colocarme el bolso de salir no lo soporto, entonces eso ha sido más que todo un gran cambio y muy desfavorable para mí”.*

P10. *“Dejar de trabajar y pues depender de mi hijo todo el día para todo, a veces hasta para ir al baño”.*

5. ¿Acude a otros cuando siente que no puede realizar alguna actividad, o trata de intentarlo

P1. *“Pues siempre trato de yo misma hacer las cosas para no molestar a nadie pero muchas veces así uno no quiera debe pedir ayuda aunque hagan mala cara”*

De acuerdo a las respuestas dadas por los participantes se encontró que la mayoría prefiere intentar realizar las actividades por sí mismas y si ya se dan cuenta de que no es posible si acuden a algún

muchas veces por
sí mismo?

P2. *“Yo siempre he sido muy independiente, pero es que las quimioterapias lo tumban a uno, aunque yo me veía sin fuerzas e intentaba hacer las cosas pero el mareo y desaliento no me dejaban y me tocaba decirle a mi mama, pero mientras yo vea que pueda hacer las cosas yo lo intento y las hago”*

P3. *“Yo trataba hasta donde era capaz, sino era capaz obviamente pedía ayuda por ejemplo yo caminaba en el andén de mi casa y mi mama me daba la mano como para que yo me ejercitara porque a mí me dio muchísimo estreñimiento por el tiempo acostada y eso, entonces me hacían caminar. Peros siempre primero lo intentaba, es más; un día tenía hambre y quería unos huevos y mi mama había salido, entonces claro yo*

familiar o persona que esté cerca para que le colabore, de resto tratan de hacerlo por sí misma para no sentirse tan dependiente de los demás.

me levante y me fui teniendo de la pared hasta la cocina y cuando fui a hacer los huevos me dio el very very, pero yo alcance a gritar a mi hermano. Pero siempre yo primero intentaba las cosas.”

P4. “No, me quedo quieta. porque si lo hago me coloco de terca mi hijo me regaña y se pone bravo entonces no lo hago”

P5. “ si claro, ya que pues no me puedo forzar mucho, yo mejor espero que mis hijos o mi esposo me colaboren”

P6. “Pues la verdad fui y trate de ser lo más funcional posible y pues cuando sentía que algo me pesaba o no podía hacerlo le pedía el favor a mi amiga me ayudara, pero entre tanto yo pudiera mejor.”

P7. “Primero intento hacerlo, ósea según las actividades que sean hay actividades que en definitiva no puedo hacerlas como alzar las cosas y moverlas de un lado a otro si?, y esas son cosas que realmente no las puedo hacer, de hecho he intentado hacerlas y con dificultad medio las hago pero pues no completamente porque solo tengo una pierna y si le hago mucho esfuerzo puedo dañar la rótula, con otras actividades siempre me he propuesto hacerlas yo sola, siempre he tratado de que el hecho que tenga una discapacidad no quiere decir que no lo pueda hacer, siempre me digo si lo puedo hacer de pronto con menos facilidad que antes, pero sé que lo puedo lograr.”

P8. “Si, a mi hija normalmente ya

que ella siempre está pendiente de mí y ella que siempre me ha cuidado”

P9. “Si claro, yo me apoyo en mis hijas, en mi mamá. Claro que sí, porque ya llega un punto que sé que no lo puedo hacer, entonces lo que hago es hacerme daño y lastimarme entonces, no.”

P10. “No, siempre intentó hacerlas por mí misma, ya si veo que no puedo pido ayuda sino no”

<p>Estrés</p> <p>El estrés es expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., y así mismo se utiliza para determinar el contexto y la situación que está</p>	<p>l en que situaciones respecto a la enfermedad, siente que su estrés es más elevado</p>	<p><i>P1 “cuando siento demasiado dolor y no lo pedo controlar y pues ahorita que me suspendieron las radioterapias por lo que me salió en el pie, esta llaga”</i></p> <p><i>P2 “Pues cada vez que toca hacer el</i></p>	<p>Teniendo en cuenta las respuestas dadas por las participantes a la pregunta, se puede analizar y deducir que la mayoría de estas sienten que su estrés es más elevado cuando deben ir por resultados de exámenes o cuando se acerca una</p>
--	---	--	--

generando la emoción en el individuo. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016).

chequeo médico pues digo que uno no lo deja durante el tiempo que está en el tratamiento y por todo lo que uno está cargando y pues se sabe que tiene y aunque uno lo acepte siempre la incertidumbre está ahí, yo creo que cuando llegan los días de los exámenes es precisamente cuando el estrés se me eleva porque entonces debo ir a un hospital y aunque digamos tenga tiempo asistiendo es inevitable sentir como ansiedad, el estrés, incluso eso me trae hasta consecuencias fisiológicas pero porque no lo puedo evitar.”

P3 *“La verdad me estreso más cada vez que tengo exámenes y controles, me estreso que algo pueda salir mal, me los hacen cada mes o cada tres meses, pero siempre usted va con la incógnita de que le pueden decir algo malo o algo bueno,*

próxima sesión de quimio o radioterapia ya que esto puede generar diversos resultados tanto positivos como negativos en las pacientes y las noticias negativas son las que afectan en gran medida.

pero eso me alza a mí el estrés, yo esos días no duermo me pongo de mal genio, no voy al baño que es como yo manifiesto el estrés generalmente.”

P4 *“Cuando voy para las quimioterapias porque la ciudad es grande el viaje eso siempre es lejos llego muy cansada “*

P5 *“cuando debo ir al oncólogo nuevamente o cuando se me está acabando una crema y no tengo todo el dinero eso me afecta mucho porque esas cremas son muy costosas”*

P6 *“Cuando sentía que no podía con esto sola, que sentía la necesidad de contarle mi familia o pensar en el simple hecho de morir, eso me estresaba y no me dejaba dormir”*

P7 “Yo durante la enfermedad, la parte que más me estresaba era cuando me hacían las quimioterapias, me estresaba un poco lo que era la parte de la impaciencia, tener que esperar, el primer día de quimioterapia no hacía nada pero ya el segundo y los otros días sí era como esperar que viene y aparte con todo el proceso las primeras la pase muchísimas veces por nada me internaban y eran siete u ocho días en la clínica, que se me reventaban las encías, que me dio una infección en la cara, todo eso me estresaba porque yo decía hombre me hicieron la quimio, el vómito, la ida al baño, toda esa cuestión, pero aparte que lo metieran a uno a una clínica ocho días, transfusiones de sangre, etc., estresaba.”

P8 “Sobre todo en el proceso de las quimioterapia, cuando iba a ir a las quimioterapia, fueron 6 meses de quimioterapia más o menos fue ese proceso que siempre me dio más duro, porque ya el de radioterapia fue solo un mes, pues ya más suave.”

P9 “He sentido mucho estrés, impaciencia e impotencia ante la EPS porque en este segundo proceso la gran mayoría de los exámenes han sido particulares entonces eso sí me ha llevado a tener mucha impaciencia y más porque ellos no me están respondiendo por nada económico nada de eso y aparte de eso me he visto obligada a realizarme exámenes particulares entonces ha sido bastante indignante”

P10 “cuando tengo resonancia y

radioterapia y biopsias, ósea todos los exámenes y el recibir los resultados”

2. ¿suele estar inquieto e incapaz de relajarse ante el desarrollo de la enfermedad, porque?

P1 *“claro, porque cada vez uno está a la expectativa de si mejoró o empeoró y si los resultados salen bien”.*

P2 *“Si, es algo inevitable obviamente en el desarrolló es cuando uno empieza a ver los efectos y el hecho de sentirme dependiente y es lo que más tiendo a lamentar”*

P3 *“A mí me hacían diecisiete quimios y me daban dos semanas de descanso entonces yo el día anterior que tenía que regresar a la quimio a Bucaramanga mis papas me llevaban al rio, me sacaban a dar vueltas en el carro, porque yo me ponía muy nerviosa y lo manifestaba buscando buscaba una cajita que mi mama tenia donde habían peines, ganchos, y cosas del cabello y ella la*

Aunque se evidencia en las respuestas que cuando las personas piensan en la enfermedad y sus consecuencias no se pueden relajar se puede establecer que la mayoría de estas prefieren distraerse haciendo diferentes actividades como salir a caminar, conversar, hacer manualidades, entre otras con la finalidad de tener la mente ocupada y no desgastarse pensando tanto en el proceso que van llevando con la enfermedad.

tenía donde yo no lo viera, entonces yo siempre iba y sacaba mi cabello porque lo tengo en una bolsa, entonces me ponía a llorar muchísimo pero era siempre antes de volver a empezar el ciclo, eso me daba muy duro, saber que tenía que volver a empezar y me iban saliendo los vellitos de la piel y otra vez volvían y se caían, eso me daba duro.”

***P4** “Si a veces se me hace difícil quedarme quieta porque uno estaba acostumbrado a estar para arriba y para abajo”*

***P5** “si, aunque yo normalmente trato de distraerme en las decoraciones que hago de navidad para no pensar en eso, porque si no me hundo en la tristeza”*

***P6** “Sí, siempre me siento inquieta y*

nerviosa porque aunque uno haga todo lo que le indiquen siempre existe el miedo a no mejorar”

P7 “Manejaba bastante ansiedad y era bastante impaciente, inquieta, no me gustaba esperar, ósea vivía muy muy impaciente, yo quería que ya todo pasara rápido y que, así como llego se fuera, entonces siempre era un poco inquieta.”

P8 “no si, mantengo más bien tranquila, me concentro en otras cosas”

P9 “No, la verdad que desde que inicie nuevamente este proceso me dije a mi misma que iba a ser diferente, que iba a tratar de estar más tranquila, me siento que lo he aceptado, entonces al aceptarlo me ha hecho que sea como más fácil de sobrellevar”

P10 “algunas veces, cuando me pongo a pensar en la enfermedad no logró ni dormir”

3. Se desentiende y deja de pensar en el problema para despejar la mente, ¿cómo?

P1 “si, aunque es difícil no pensar en eso y más ahorita que me suspendieron las quimioterapias”

P2 “Anteriormente lo hacía, realizando actividad física, hoy en día eh perdido el hábito pero eh pensado en retomarlo”

De acuerdo a las respuestas dadas por las participantes, la mayoría prefiere distraerse y no centrar sus pensamientos en el proceso que va llevando con los tratamientos para contrarrestar la enfermedad, así que muchas de estas hacen decoraciones, caminan o van a grupo de apoyo.

P3 “Me iba para el rio en familia, hacíamos el almuerzo en familia, me encanta el rio, ellos jugaban conmigo y me hacían muchísimas cosas para que yo mantuviera ocupada y no pensara tanto, hacíamos resiliencia entre todos, y yo sabía que tenía que volver.”

P4 “Yo le oro a Dios y ya el me guie ya”

P5 ““si, como le digo me entretengo en manualidades, ahorita estoy haciendo decoraciones de navidad”

P6 “Si claro, eso siempre trate de hacer me ocupaba mucho tejiendo, iba a talleres de la iglesia y salir mucho con mi amiga, ella siempre me invitaba a dar vueltas, ir al parque etc.”

P7 “Pues la verdad trataba de no pensar en eso, de hecho, todo el tiempo yo no le di mentalidad a mi enfermedad, siempre me mentalice de que no estaba enferma, que yo podía salir de esa con la ayuda de Dios y de la Virgen porque yo soy católica, y yo nunca le di cabida a de

que tengo cáncer y me voy a morir, no. Casi siempre estuve en buena actitud, nunca le di tema o mentalidad a eso y trataba siempre de estar distraída, salir con mi familia, con mis amigos, con mi esposo, mi hijo, entonces como que no había espacio para pensar, llorar, lamentarme, sino solo los días de quimioterapia que eran los días en los que uno se siente más malito y toda la cuestión.”

P8 *“Pues ahorita ya lo he superado bastante pero al principio fue duro y siempre como le decía psicológicamente duro, siempre pensaba en la enfermedad, fue más o menos un año que uno está enfocado en el tema del tratamiento de la enfermedad, dejé de salir, dure bastante tiempo que solo salís a la calle cuando tenía que viajar a Cúcuta y cuando tenía*

que llevar papeles a la EPS que tenía que yo misma firmar, de resto no salía. Más bien mantenía sola, alejada, cuando la niña estuviera en la universidad yo mantenía sola y pues me sentía más tranquila.”

P9 *“Si la verdad que sí, trato de no mentalizarme en el proceso y si, trato de salir, de distraerme, de compartir y eso le ayuda a uno a despejar y olvidarse”*

P10 *“si, mejor me ocupo, si me pongo a pensar en la enfermedad siento que me pongo peor”*

4. cuál es el papel de su familia en el proceso de **PI** *”muy poco, la única que esta es mi nieta pero pues tampoco es que sea mucho apoyo, mi hijo que me ayuda solo* Teniendo en cuenta las respuestas dadas por cada una de las participantes ante la pregunta

sobrellevar
enfermedad,
porque

la *económicamente nunca viene a verme y mis otros hijos ni me llaman ni nada*”

P2 “Es el más importante. Puesto que mi núcleo es muy pequeño, es mi madre y hermano menor así que son mi motivo y todo lo hago es por ellos”

P3 “Mi hermano se cortó el cabello, mis primas dejaron de salir muchas veces por estar conmigo, mis tías también se iban a jugar uno conmigo, mis abuelas me hacían el desayuno y se turnaban de modo que mis papas pudieran trabajar porque debían costear muchas cosas, mis papas el apoyo fue incondicional, nos sacrificamos al mil, mis amigos fueron hasta Bucaramanga, hasta los enfermeros literalmente, mi red de apoyo fue muy buena y eso fue lo que me ayudó.”

planteada, se pudo evidenciar que el apoyo familiar es un pilar fundamental en el proceso de sobrellevar la enfermedad, desde el apoyo moral, psicológico y físico, la familia es un respaldo para las pacientes ya que son las que las impulsan a seguir adelante cuando ya no quieren o están cansadas de tantos procedimientos.

P4 “Mis hijos me apoyan aunque a veces se hace difícil porque ellos trabajan y tiene otras obligaciones, les ha dado duro porque yo a veces le veo esa carita de tristeza cuando me ven acostada “

P5 “siempre son un pilar de respaldo importante, ya que ante cualquier cosa uno sabe que cuenta con ellos para todo”

P6 “Pues como le digo, ellos no supieron entonces pues su participación fue muy externa, aunque yo trataba de compartir con ellos para sentir apoyo y despejar la mente.”

P7 “El papel de mi familia para mi es sentirse uno importante para ellos, que ellos estén ahí con uno, no dejarnos solos, apoyarnos, ese es el papel

fundamental de ellos de servirnos a nosotros de bastón para salir adelante. “

***P8** “si el apoyo, el apoyo es fundamental, como un respaldo”*

***P9** “El apoyo de mi familia ha sido muy importante y es lo más importante y para uno en este proceso el apoyo de la familia es fundamental lo ayuda a uno muchísimo porque uno le dan más ganas de luchar por sus hijos por su familia le sube a uno el autoestima impresionante es bien importante”*

***P10** “son un apoyo constante para mi”*

5. *¿cómo interviene el* ***P1** “pues la verdad acá estoy incomoda y solo me hacen sentir como un* De acuerdo a las respuestas dadas por las participantes se puede

entorno en el que se encuentra para que su enfermedad sea más llevadera? *estorbo y allí queda mi casa propia pero me sacaron de allá y me dejaron acá y eso que no me he n muerto* evidenciar que el entorno influye mucho en su recuperación ya que para la mayoría de las participantes su entorno es tranquilo y las personas que están a su alrededor ayudan para que en gran medida ellas se sientan cómodas y no tengan algún tipo de preocupación y que les afecte tanto emocional como físicamente, ya que debido a los tratamientos se necesita

P2 “Pues la distancia interviene mucho las veces qué quizá me siento mal porque me siento sola y cuando necesito ayuda por alguna recaída no la tengo a la mano” descanso y reposo al menos durante los 3 primeros días después de realizada la quimio o radioterapia.

P3 “en las dos semanas después de cada ciclo me iba a veces con mis amigos, cantábamos, bailábamos y tomaba agua y ellos tragos, yo salía, me iba para el rio, ósea el entorno me ayudó muchísimo para que yo pudiera levantarme y los medicamentos yo fui juiciosa si no podía comer dulces, no los comía definitivamente.”

P4 “vivo con mi hijo y la señora que

me acompaña mis otros viene en la tarde o en la noche si no me están llamando pero nunca estoy sola a veces me traen el nieto consentido se me olvida de todo “

***P5** “si interviene de forma positive ya que mis hijos y cuando esta mi esposo me colaboran bastante en todas las tareas que yo no puedo hacer”*

***P6** “Pues los médicos hacen que uno no se sienta anormal, y pues ellos lo tratan a uno bien y son como amigos y eso es un apoyo, también con ayuda psicológica ya que el proceso lo vivo prácticamente sola.”*

***P7** “Pues desde la amputación las diferentes actividades se han vuelto más complejas de hacer, pero siempre busco la manera de arreglármelas a mi favor*

donde sea que me encuentre, por lo menos en la casa siempre tengo ayuda de alguien, y hacen que todo sea más fácil. En cuanto a mi familia hacen que mis días y mi casa y todo se sienta más familiar, más hogareño y todo eso me hace muy feliz, saber que todos aportan su granito de arena porque yo esté bien siempre.”

P8 *“Pues es que la que siempre ha estado muy pendiente es mi hija y ella tiene 20 años, estudia en la universidad estudia derecho, pero ella siempre estuvo pendiente y la confianza era en ella y mi apoyo también es ella”*

P9 *“Mi entorno es tranquilo, bonito, está colmado de paz, alegría todo esto le ayuda a uno para que el proceso al que se enfrenta uno sea más llevadero”*

***P10** “todos están pendientes, me ayudan en lo que necesito, tratan de todo el tiempo hablarme y ocuparme para que no esté pensando en la enfermedad y eso para mí es muy bueno”*

Tabla 23: *Entrevista Semiestructurada (Fuente, Elaboración Propia 2019)*

Observación No Participante

Categorías	Participantes	Análisis
<p>1. Cáncer</p> <p>“El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2017)</p>	<p>P1. Se evidenció que el tipo de cáncer ha afectado a la participante en aspectos tanto físicos como psicológicos; en cuanto a los primeros, su apariencia cambió desde la caída del cabello, pérdida de peso, las cuales fueron las más notorias.</p> <p>P2. Se puede observar un bajo peso en la participante a raíz del diagnóstico, a pesar de esto se puede deducir que la participante tiene una actitud resiliente ante la enfermedad.</p> <p>P3. En esta participante los cambios físicos son muy notorios, los cuales son aumento de peso, caída del cabello y manchas en la piel a raíz de los tratamientos. A nivel psicológico se puede inferir que la participante muestra una actitud de lucha y afrontamiento ante la enfermedad.</p>	<p>Teniendo en cuenta los diferentes procesos de tratamiento al que se han tenido que someter y a la enfermedad misma que cada una de las participantes enfrenta, se puede evidenciar que en su gran mayoría la caída del cabello, pérdida de peso y una actitud de lucha frente a esta misma, son las características ante la enfermedad que se hacen más evidentes. Así mismo se puede observar que cada una de las participantes desde su parte física se ven afectadas en gran proporción teniendo un semblante de agotamiento y cansancio.</p>

P4. La pérdida de peso de la paciente es una de las consecuencias físicas más evidentes, como resultado de la enfermedad.

P5. En la participante se evidencia la piel cuarteada y reseca, aun con la crema aplicada a causa del tipo de cáncer que padece.

P6. Se pudo evidenciar que la participante tiene demasiadas ojeras y un peso considerablemente bajo.

P7. Una de las características físicas más evidentes, es que la participante no tiene su miembro inferior derecho a causa de la enfermedad.

P8. Se pudo observar en el participante sentimientos de cansancio, caída del cabello evidente y afectación emocional constante.

P9. Se evidencia perdida de las dos glándulas mamarias, bajo peso y caída del cabello consecuencia de la enfermedad.

P10. Se pudo evidenciar que la participante debía forzar la voz y su lenguaje

verbal es poco entendible debido a la enfermedad y a su edad.

<p>2. Estilos de afrontamiento</p> <p>Son aquellas estrategias que el sujeto emplea para hacer frente a determinado problema y que puede llevar a incidir en que el sujeto tenga comportamientos adaptativos más funcionales e independientes y adhiriéndose de mejor manera a determinado tratamiento. (Contreras, Esguera, Espinosa, Gómez, 2007).</p>	<p>P1. La principal estrategia de afrontamiento que se muestra la participante es el aislamiento, debido a que su núcleo familiar no se está apoyándola, se encuentra prácticamente “sola” en todo el proceso de la enfermedad.</p> <p>P2. Aunque se evidencia que la participante es poco abierta a mostrar sus emociones se puede evidenciar que las estrategias que más utiliza es el apoyo familiar.</p> <p>P3. Se puede observar que la participante centra su afrontamiento principalmente en su familia y en su proyecto de vida.</p> <p>P4. Como estrategia para enfrentar la enfermedad la participante se refugia en la fe y en el apoyo familiar.</p> <p>P5. Su estrategia para enfrentar el</p>	<p>Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento evidenciadas por las participantes se puede deducir que la mayoría de estas basan dichas estrategias de principalmente en el respaldo familiar que reciben para enfrentar la situación, ya que dependen en gran medida de apoyo emocional y físico de los mismos. De igual manera se puede deducir que una estrategia de afrontamiento que se evidencia en gran manejo es la creencia religiosa ya que la fe les ayuda a tener esperanza para seguir enfrentando el problema.</p>
---	--	--

problema es su familia, el apoyo que recibe de parte de sus hijos y esposo.

P6. Lo que le ayuda a la participante a enfrentar la enfermedad son sus hijos, así mismo el refugio en la religión y en grupos de fe cristiana.

P7. Las estrategias de afrontamiento usadas por la participante han sido su apoyo familiar, su proyecto de vida y su fe.

P8. Se puede evidenciar que su principal estrategia de afrontamiento es el apoyo familiar ya que en esta se refugia para enfrentar el problema.

P9. Las estrategias de afrontamiento que se evidencia que son en mayor proporción, es su apoyo tanto familiar como laboral, de igual manera se evidencia que se apega a su creencia religiosa.

P10. Se puede observar que su afrontamiento se basa en el apoyo recibido por su hijo Carlos, ya que refiere que él es su

respaldo siempre, de igual manera se evidencia que su fe en Dios le ayuda a seguir en el proceso para hacer frente al problema.

Status Performance: Este se define como el nivel que puede alcanzar un individuo para realizar actividades y conductas como ocuparse de las propias necesidades, la actividad física, desplazarse, levantar objetos etc. Es decir, su capacidad de independencia. (Acevedo, F. Cruz, P. 2014).

P1. Se puede observar que su capacidad de independencia es poca ya que tiene dificultad para desplazarse y suplir sus necesidades físicas por sí misma; es decir, para la mayoría de sus actividades necesita ayuda.

P2. Se observa que la paciente es independiente, puede valerse por sí misma y realizar todas sus necesidades físicas.

P3. Se puede evidenciar que la participante es funcional, debido a que ella puede realizar las diferentes actividades físicas, aunque muchas veces requieren más esfuerzo de lo normal.

P4. Se puede evidenciar que la participante realiza todas sus actividades físicas y del hogar, aunque con un poco de

Se puede inferir que la mayoría de las participantes intentan realizar por sí mismas actividades cotidianas que se les facilitaban realizar, pero si ellas no lo logran acuden a un familiar. Su estado funcional es en mayor proporción estable o normal, pero en los días en los cuales deben someterse a los diferentes tratamientos como quimioterapia o radioterapia dependiendo del caso, su nivel de funcionalidad es bastante reducido, por lo que requieren ayuda de otros para realizar la mayoría de sus actividades.

dificultad.

P5. La participante puede realizar sus actividades físicas con normalidad excepto estirar por completo sus brazos debido a la enfermedad.

P6. Se puede evidenciar que la paciente es autosuficiente para realizar cada una de sus actividades.

P7. La participante debido a la enfermedad perdió una extremidad (la pierna derecha) la cual le impide desplazarse con rapidez de un lugar a otro, además de la dificultad para realizar distintas actividades como las labores del hogar, manejar algún transporte entre otros.

P8. Se puede observar que la participante puede realizar las diferentes actividades físicas sin impedimento alguno.

P9. La participante necesita apoyo constante de su familia ya que no puede realizar las actividades cotidianas debido a la

enfermedad, así mismo se puede observar que a raíz del tipo de cáncer perdió sus dos senos.

P10. La participante necesita ayuda constante para realizar sus actividades y necesidades físicas ya que se le dificulta desplazarse de un lugar a otro.

Estrés

El estrés es expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., y así mismo se utiliza para determinar el contexto y la situación que está generando la emoción en el individuo. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016).

P1. Se puede observar que durante la aplicación de la entrevista la participante estaba en lo que se considera normal, pero al llegar a la casa su nieta su estrés fue evidente y respondía con monosílabos.

P2. Se puede evidenciar que durante la aplicación la participante se muestra tranquila y serena para dar respuesta a las distintas preguntas.

P3. Durante la aplicación la participante se mostró participativa y no se evidenció en ella ningún signo que demostrara estrés.

P4. Durante la aplicación la participante se mostró incomoda y afectada ante las

Se puede evidenciar que las participantes manifiestan su estrés con nerviosismo o con diferentes acciones que reflejan incomodidad en algunas preguntas, como por ejemplo agarrarse el cabello, la cara, llanto, etc. Así mismo se puede deducir que durante el proceso de sobrellevar la enfermedad el estrés es algo muy marcado en estas personas, el cual les afecta desde sus relaciones familiares hasta las interpersonales, ya que el hablar de la enfermedad se convierte muchas veces en tabú desde el mismo núcleo familiar.

preguntas que se le realizaban, aunque respondió cada una de estas.

P5. Se pudo observar en la participante bastante nerviosismo, el cual manifestaba con agarrarse todo el tiempo el cabello o ponerse de pie y sus respuestas eran cortas.

P6. Se evidencia que la participante ante la situación se muestra tranquila, sus niveles de estrés son bastante controlados.

P7. Se pudo evidenciar que la participante se mostró afectada emocionalmente durante la aplicación debido a que los recuerdos sobre la pérdida de su extremidad son un aspecto muy complejo, y un factor generador de estrés.

P8. Se puede evidenciar que durante la aplicación la participante se mostró afectada, lo cual fue manifestado con pellizcarse todo el tiempo la cara y agarrarse el cabello, además de mover con mucha frecuencia sus manos.

P9. Se evidencia que la participante manifiesta su proceso con tranquilidad y

resiliencia, ya que es su segunda vez en el proceso.

P10. Se puede observar que la participante tiene un comportamiento nervioso y su voz se corta en diferentes ocasiones.

Tabla 24: *Observación no Participante (Fuente, Elaboración Propia 2019)*

Grupo Focal

Categorías	Preguntas	Participantes	Análisis
<p>1. Cáncer</p> <p>“El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2017)</p>	<p>¿Qué cambios físicos le han ocurrido en el transcurso de la enfermedad?</p>	<p>P2. <i>“Bajar de peso: pesaba 52-53 y en ese entonces baje a 48, se me notaba mucho me puse muy delgada ósea físico fue eso, que baje mucho de peso”.</i></p> <p>P3. <i>“jum muchos, subí de 10 a 15 kilos, se me cayó el cabello, manchas en la piel, morados, quemaduras, no era capaz de caminar una cuadra, sensibilidad a los olores, vómito y mareo”.</i></p> <p>P4. <i>“Pérdida de peso, y la caída del cabello, mucho</i></p>	<p>Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) “el cáncer es el proceso de crecimiento incontrolado de células, las cuales pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo”, y para contrarrestar este proceso se hace necesario el uso de múltiples tratamientos, que generan cambios físicos notorios en el individuo, los más comunes referidos por las participantes han sido la caída del cabello, cejas, pestañas, y demás; la inestabilidad en su peso corporal, cansancio, debilidad,</p>

sueño, irritación en los ojos, debilidad entre otros, que son producto de los tratamientos y los efectos de estos mismos.

P5. *“me baje de peso, la piel se me puso muy áspera y cuarteada”.*

P6. *“el cambio más notorio fue en el periodo, unas veces me llegaba y otras veces no, y cuando me llegaba era súper fuerte. También me sentía muy cansada todo el tiempo, me volví irritable, mi genio cambio del cielo a la tierra”.*

P8. *“la caída del cabello, subir de peso, y el estado del ánimo”.*

2. Estilos de afrontamiento

Son aquellas estrategias que el sujeto emplea para hacer frente a determinado problema y que puede llevar a incidir en que el sujeto tenga comportamientos adaptativos más funcionales e independientes y adhiriéndose de mejor manera a determinado tratamiento. (Contreras, Esguera, Espinosa, Gómez, 2007).

¿Cómo es su reacción ante los cambios físicos que se van presentando en el transcurso de la enfermedad?

P2. “Es duro acostumbrarse a verse de una manera diferente, ver que poco a poco se deteriora uno, y que nada puedo hacer para que eso pare, por ejemplo, ahorita la cara se me está manchando por un antibiótico”.

P3. “Es muy duro, muy duro lo físico es lo más notorio de toda la enfermedad, la caída del cabello, las pestañas las cejas, el cambio es muy notorio, pero siempre trate de verlo otras cosas positivas en mí. Y hacía varias cositas para verme bien”.

P4. “Pues muy duro

De acuerdo a lo propuesto por Contreras, Esguera, Espinosa, Gómez, (2007).

Acerca de que los estilos de afrontamiento son aquellas estrategias que el individuo utiliza para hacer frente a alguna situación, las participantes del grupo focal

difieren sobre las formas que tuvieron para hacer frente a la enfermedad, pues algunas decidieron hacer frente a la situación solas, mientras que para otras su apoyo fundamental fue su núcleo familiar, o realizar actividades distintas, pero en su mayoría siempre mantuvieron una

mirada resiliente ante lo que

porque solo lloraba de verme sin cabello, y ahora trato de salir, despejarme”. sucedía respecto a la enfermedad y a pesar de la dificultad para enfrentar los

P5. *“Son cosas que uno sabe que van a pasar, pero especialmente mi piel se volvió como una lija, con cualquier un movimiento se rompe, es difícil aceptarlo”.* cambios físicos que se evidenciaron, decidieron de alguna u otra manera rebuscar estrategias y recursos psicológicos para enfrentarlo.

P6. *“Yo fui una de las que entré en una tristeza profunda, sentí que me iba a morir pronto, y que mi vida ya no tenía sentido, que estaba muerta en vida, verme al espejo era muy doloroso”.*

P8. *“La caída del cabello fue lo más complicado, porque no me esperaba que se cayera*

así; en el baño restregándome, psicológicamente me afectó bastante, y la caída del vello en sí, cejas, pestañas, uno cambia mucho. Si, muy duro”

Status performance: Este se define como el nivel que puede alcanzar un individuo para realizar actividades y conductas como ocuparse de las propias necesidades, la actividad física, desplazarse, levantar objetos etc. Es decir, su capacidad de independencia. (Acevedo, F. Cruz, P. 2014).

¿Cuáles son los cambios más notorios que ha tenido en sus actividades a partir de que le diagnosticaron Cáncer?

P2. *“Deje el trabajo, la universidad y todo. Y pues, aunque uno lo trate de retomar no puede, los tratamientos lo dejan a uno muy débil, ya ahora volvió al estudio”.*

P3. *“Yo alcancé a terminar el semestre, pero tuve que parar el estudio por el tratamiento, ahora no puedo trasnocharme, porque se me empieza a caer el cabello, no puedo comer muchas cosas, no puedo hacer mucho deporte”.*

Dado que el Status performance es definido por Acevedo, F. Cruz, P. (2014) como el nivel que puede alcanzar un individuo para realizar actividades y conductas como ocuparse de las propias necesidades, durante el grupo focal las participantes refirieron que existieron cambios demasiado notorios en sus actividades a raíz de la enfermedad, lo que, por supuesto afectó su capacidad de independencia al

-
- P4. “La pérdida de peso, antes yo estaba bastante gorda, y siento cansancio tanto que a veces no puedo hacer los oficios de la casa o arreglar mis maticas”*
- P5. “Más que todo los oficios de la casa y también el ir por los niños al colegio, porque no me puedo asolear o sino mi piel se pone terrible”.*
- P6. “Por ejemplo barrer, lavar ropa, porque siento dolor, no puedo hacer muchas cosas”.*
- P8. “No puedo hacer los oficios de la casa, hacer aseo*
- realizar tareas como el oficio del hogar, sus estudios debieron aplazarse, la actividad física se redujo, y en el transcurso de cada tratamiento su independencia era mucho más elevada, debido a los efectos de estos mismos, los cuales se manifestaban por medio de migrañas, debilidad, cansancio, entre otros síntomas que dificultaban la realización de cualquier actividad.

me cuesta, barrer, lavar, trapear, y esta mi hija que es la que me colabora en eso”.

Estrés

El estrés es las respuestas que presenta el organismo ante una demanda específica, expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., y así mismo se utiliza para determinar el contexto y la situación que está generando la emoción en el individuo. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016).

¿En qué situaciones respecto a la enfermedad, siente que su estrés es más elevado?

P2 *“Yo creo que cuando llegan los días de los exámenes es cuando el estrés se me eleva porque entonces debo ir a un hospital y aunque digamos tenga tiempo asistiendo es inevitable sentir como ansiedad, el estrés y esa incertidumbre”.*

P3 *“La verdad me estreso más cada vez que tengo exámenes y controles, me estreso que algo pueda salir mal, siempre usted va con la incógnita de que le pueden*

Según lo descrito por Caldera & Pulido, (2007 citado por Stepanian, 2016) el estrés es la respuesta emitida por el organismo ante alguna situación presente en el ambiente, la cual suele expresarse mediante nerviosismo, agobio, entre otros, para las participantes del grupo focal las situaciones respecto a la enfermedad en las que sus niveles de rol son más elevados comúnmente es al enfrentarse a un control, o examen, ya que allí estos

decir algo malo o algo bueno”. mismos pueden arrojar resultados negativos o positivos, lo cual genera sentimientos de angustia, nerviosismo, incertidumbre, por lo que pueda suceder.

P4 *“Cuando voy para las quimioterapias porque la ciudad es grande, y yo llego muy cansada”*.

P5 *“Yo me estreso por ejemplo cuando me acabo una de las cremas y no tengo el dinero para comprar la siguiente, es que esas cremas son muy caras”*.

P6 *“Yo me estresaba porque me sentía sola, y pensaba que, si me moría que pasaría con mi familia, y quería contarles, pero no yo ni dormía”*.

P8 *“Mi estrés fue más*

elevado durante todo el proceso de la quimioterapia, porque siempre fue bastante tiempo en eso, y me sentía mal, débil, no podía hacer nada, me sentía impotente”.

Tabla 25: Grupo Focal, (Fuente, Elaboración Propia 2019)

Triangulación de Técnicas

<i>Categoría</i>	<i>Entrevista semiestructurada</i>	<i>Observación Participante</i>	<i>No</i>	<i>Grupo focal</i>	<i>Metanálisis</i>
1. Cáncer “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2017)	Teniendo en cuenta las respuestas dadas por las participantes, se evidencia que han tenido cambios emocionales y físicos que afectan sus relaciones interpersonales y el contexto en que se desenvuelven, estos cambios son en su mayoría caída del cabello, subir o bajar de peso, etc, y cambios bruscos de humor, así mismo esta enfermedad	Se puede evidenciar que los cambios físicos más relevantes a los que se han tenido que enfrentar participantes durante el desarrollo de la enfermedad han sido: la pérdida del cabello, el aumento o disminución de peso y en alguno de los casos perdida de una parte del cuerpo como lo es una extremidad o los senos, estos cambios difieren dependiendo del		Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) “el cáncer es el proceso de crecimiento incontrolado de células, las cuales pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo”, y para contrarrestar este proceso se hace necesario el uso de múltiples tratamientos, que generan cambios físicos notorios en el individuo, los más	Se evidencia que el área afectada por la células cancerígenas en la mayoría de los participantes es diferente en cada una de ellas, así mismo según sus aportes se infiere que al no ser riguroso con el tratamiento para sobrellevar la enfermedad se corre el riesgo de que esta haga metástasis en diferentes órganos o tejidos, lo cual se corrobora con lo

lleva consigo no solo a la persona afectada sino también a su núcleo familiar o red de apoyo, debido a que la adaptación a los tratamientos es cada vez más compleja ya que el cuerpo cada día es menos resistente a las intervenciones y todo empieza a cambiar en el núcleo que la rodea, desde los hábitos alimenticios hasta los hábitos físicos, en beneficio de la persona afectada.

tipo y etapa en que se encuentre la enfermedad. Así mismo, se denota que las participantes muestran los signos físicos de cansancio y agotamiento debido a los diferentes procesos que conlleva la enfermedad.

comunes referidos por las participantes han sido la caída del cabello, cejas, pestañas, y demás; la inestabilidad en su peso corporal, cansancio, debilidad, entre otros, que son producto de los tratamientos y los efectos de estos mismos.

descrito por la OMS (2017) quienes definen el cáncer como “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”

Así mismo se evidencia que algunos de los cambios físicos más notorios en las participantes fue la caída del cabello, cejas,

pestañas, etc.
Igualmente, subir o bajar de peso, agotamiento físico el cual se ve reflejado a través de las ojeras y palidez de las mismas, esto siendo resultado de los tratamientos a los cuales se someten para contrarrestar la enfermedad.

2. **Estilos de afrontamiento** Para la mayoría de los participantes los estilos de afrontamiento que más resaltan es el apoyo familiar y la fe, debido a que este es su respaldo si en el transcurso del tratamiento se presentan simple vista se

Se puede inferir que los estilos de afrontamiento que se evidencian en las participantes son principalmente el apoyo familiar y las creencias religiosas, las cuales a simple vista se

De acuerdo a lo propuesto por Contreras, Esguera, Espinosa, Gómez, (2007). Acerca de que los estilos de afrontamiento son aquellas estrategias que el individuo utiliza para hacer frente a alguna

Del mismo modo los estilos de afrontamiento, son aquellas estrategias que el sujeto utiliza para hacer frente a determinada situación, tal como lo describe Contreras, Esguera,

adaptativos más cosas o acontecimientos corroboran con las situación, las Espinosa, Gómez, funcionales e negativos y eso los llena verbalizaciones dadas. participantes del grupo (2007), lo cual se puede independientes y de tristeza y agobio, De igual forma se focal difieren sobre las contrastar mediante la adhiriéndose de mejor sienten que todo su evidencia que esta formas que tuvieron para aplicación de las manera a determinado esfuerzo no está enfermedad se toma hacer frente a la diferentes técnicas, tratamiento. (Contreras, funcionando y es allí como un tabú y se enfermedad, pues evidenciándose así que Esguera, Espinosa, donde estas estrategias comunica solo al núcleo algunas decidieron hacer las estrategias de Gómez, 2007). de afrontamiento salen a familiar para evitar frente a la situación afrontamiento que son flote para enfrentar el sentirse juzgadas o que solas, mientras que para más utilizadas por las problema, donde en su las tratan con lastima las otras su apoyo participantes de la mayoría suelen personas externas. fundamental fue su investigación son comunicar las noticias a núcleo familiar, o principalmente el apoyo realizar actividades familiar, debido a que sus familiares y desde distintas, pero en su este significa un allí tomar una acción mayoría siempre respaldo emocional para ante la problemática. mantuvieron una mirada enfrentar la situación. resiliente ante lo que Además, se presentó sucedía respecto a la como estrategia de enfermedad y a pesar de afrontamiento el refugio la dificultad para religioso, donde la enfrentar los cambios creencia y la fe, se

físicos que se hicieron evidentes en evidenciaron, decidieron cada una de las de alguna u otra manera respuestas dadas por las rebuscar estrategias y mismas, resaltándola recursos psicológicos como un respaldo para para enfrentarlo. seguir adelante y superar de la situación problema.

3. Status De acuerdo a las Se evidencia que Dado que el Status En cuanto al estatus Performance: Este se respuestas se obtuvo que algunas de las performance es definido performance, el cual es define como el nivel que el estado funcional de participantes poseen una por Acevedo, F. Cruz, P. definido por Acevedo, F. puede alcanzar un cada una de las capacidad funcional (2014) como el nivel que Cruz, P. (2014) como la individuo para realizar participantes cambió de estable, aunque su puede alcanzar un capacidad funcional del actividades y conductas una manera u otra en su rendimiento se ve individuo para realizar sujeto para valerse por sí como ocuparse de las gran mayoría en las afectado debido a los actividades y conductas mismo; es decir el nivel propias necesidades, la actividades que diferentes procesos o como ocuparse de las de independencia en el actividad física, normalmente se tratamientos a los que se propias necesidades, que se puede llegar a desplazarse, levantar realizaban en su vida han tenido que someter durante el grupo focal realizar cualquier objetos etc. Es decir, su cotidiana como lo son para enfrentar la las participantes actividad, se evidencia capacidad de las del hogar; en las enfermedad, debido a refirieron que existieron que las participantes

independencia. (Acevedo, F. Cruz, P. 2014).

cuales se necesita más esfuerzo, por consiguiente participantes intentan realizar estas tareas en lo posible por si mismas para no sentir la dependencia de las demás personas que las rodean. Así mismo durante los procesos de quimioterapia o radioterapia su estado funcional es poco y en algunos casos es nulo, debido a las secuelas que quedan en el cuerpo después de estos tratamientos por lo que se requiere ayuda para realizar actividades

esto requieren asistencia para realizar tareas cotidianas como lo es levantar peso, oficios del hogar, actividad física, entre otras. Así mismo algunas participantes presentan un estado funcional dependiente, debido a que no pueden suplir sus necesidades básicas por sí mismas

cambios demasiado durante el lapso de tiempo al que debieron estar en tratamiento para contrarrestar la enfermedad, lo que, por supuesto afecto su capacidad de en gran parte su independencia al realizar tareas como el oficio del hogar, sus estudios secundarios (debilidad debieron aplazarse, la actividad física se redujo, y en el transcurso de cada tratamiento su independencia era mucho más elevada, debido a los efectos de estos mismos, los cuales se manifestaban por medio de migrañas, debilidad, cansancio,

demasiado durante el lapso de tiempo al que debieron estar en tratamiento para contrarrestar la enfermedad, perdieron en gran parte su capacidad funcional, a raíz de los efectos secundarios (debilidad mental y física, agotamiento, vómito, migrañas, etc) los cuales afectaban su capacidad motriz para realizar actividades cotidianas como: aseo personal, ingesta de alimentos, actividad física y todo lo que implicaba las actividades del hogar, requiriendo asistencia

físicas como lo es ir al baño, asearse y comer.

entre otros síntomas que dificultaban la realización de cualquier actividad. permanente para evitar sufrir lesiones o golpes que afectasen su salud física.

4. Estrés

El estrés es expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., y así mismo se utiliza para determinar el contexto y la situación que está generando la emoción en el individuo. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016).

De acuerdo a las respuestas dadas por las participantes se puede deducir que el estrés durante la enfermedad es constante aunque se intente de cierto modo despejar la mente, así mismo se manifestó por parte de las participantes que el estrés era más elevado cuando debían ir a recibir un resultado o cuando se aproximaba una nueva sesión de quimio o radioterapia, de

Se puede evidenciar que las participantes manifiestan su estrés con nerviosismo a través de diferentes acciones como lo es agarrarse el cabello, pellizcarse la cara y brazos, constante movimiento de las manos, voz quebrantada y lapsus de silencio extensos, los cuales generalmente se hacían evidentes durante el transcurso de la entrevista en preguntas que fuesen

Según lo descrito por Caldera & Pulido, (2007 citado por Stepanian, 2016) el estrés es la respuesta emitida por el organismo ante alguna situación presente en el ambiente, la cual suele expresarse mediante nerviosismo, agobio, entre otros, para las participantes del grupo focal las situaciones respecto a la enfermedad en las que sus niveles de rol son

Con relación al estrés, el cual es definido como aquella respuesta emitida por el organismo ante alguna situación presente en el ambiente o contexto en el que el individuo se desenvuelve. (Caldera & Pulido, 2007 citado por Stepanian, 2016). Teniendo en cuenta esta definición y las diferentes técnicas aplicadas se puede inferir y corroborar que

igual manera se puede analizar que la familia es un apoyo fundamental para hacer frente a la enfermedad. muy directas hacia el desarrollo de la enfermedad. Comúnmente se enfrentarse a un control, o examen, ya que estos mismos arrojar resultados negativos o positivos, lo cual genera sentimientos de angustia, nerviosismo, incertidumbre, por lo que pueda suceder. elevados en primer lugar, el hecho de conocer el diagnostico genera en la persona estrés, el cual es manifestado en la mayoría de los casos mediante el llanto. Otro aspecto que eleva el estrés en el sujeto es el momento de empezar un nuevo ciclo de tratamiento o los constantes chequeos médicos y resultados de los mismos, debido a que según lo referido por ellas, estos mismos pueden arrojar resultados positivos o negativos y el hecho de vivir con esa constante

incertidumbre hace que el estrés este en constante manifestación en cada una de ellas. Finalmente se resalta que según lo descrito y propuesto por el autor este se manifiesta a través de diferentes acciones como lo es: tocarse el cabello, pellizcarse la cara, movimientos bruscos de las manos y voz temblorosa, lo cual se pudo evidenciar en la mayoría de las participantes de la investigación.

Tabla 26: *Triangulación de Técnicas*, (Fuente, *Elaboración Propia 201*)

Discusión

La presente investigación titulada “Estilos De Afrontamiento Y Status Performance En Pacientes Oncológicos De La Ciudad De Pamplona”, se realiza mediante un enfoque mixto, para identificar cuáles son los estilos de afrontamiento y el status performance, en el cual participaron 10 pacientes oncológicos de género femenino. Por lo anterior se tiene en cuenta lo propuesto por Hernández, Fernández & Baptista (2014) acerca de la investigación mixta, la cual define como “aquella que se encarga de indagar un tema combinando la metodología cuantitativa y cualitativa con el fin de minimizar las debilidades potenciales de estas y así recolectar la información, analizarla y vincular los datos de los dos enfoques en un mismo estudio respondiendo a un planteamiento del problema”.

Así mismo la formulación del problema planteado para esta investigación fue ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y el status performance de pacientes oncológicos? La cual se estudió a través de la aplicación de la prueba de “Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman”, con el fin de identificar los estilos de afrontamiento más utilizados por las participantes, conjuntamente se aplicó la prueba de “Estado Funcional de Karnofsky” cuyo objetivo fue conocer la afectación en la capacidad funcional de la persona a raíz de la enfermedad. Seguidamente se llevó a cabo la aplicación de tres técnicas para conocer la percepción que se tiene por parte de los participantes sobre el cáncer, la afectación física, personal y social que este conlleva, mediante una entrevista semiestructurada, grupo focal y observación no participante.

Para la Organización Panamericana De La Salud (OPS, 2018), el cáncer es la segunda causa de muerte en el planeta, pues esta enfermedad se le atribuyen 1.3 millones de muertes a nivel mundial y estos casos se pueden disminuir evitando la exposición a factores de riesgo que precipitan la aparición de algunos tipos d cáncer como lo es el de piel, garganta, entre otros. Según la Organización Mundial De La Salud (OMS, 2014), el cáncer es un proceso en el cual existe un incremento y propagación incontrolable de células

las cuales pueden ubicarse en cualquier parte del cuerpo y pueden invadir cualquier tejido o parte del organismo provocando metástasis.

De acuerdo a lo anterior, durante la realización de la investigación se evidencio en las participantes diferentes tipos de cáncer, siendo el más común el cáncer de útero, los cuales según lo referido por las mismas, al no ser tratado a tiempo podría hacer metástasis y ocasionar la muerte. Al momento de diagnosticar el tipo de cáncer, se realiza los estudios pertinentes para identificar las técnicas adecuadas para atacar la enfermedad, como lo son: Quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc. (Chabner, B., Thomson, E., 2014). En los participantes se evidenció que la técnica más utilizada es la quimioterapia, debido a los tipos de cáncer encontrados, que como se mencionó anteriormente es el cáncer de útero y de mama.

También se pudo corroborar que los síntomas en los diferentes tipos de cáncer varían dependiendo del nivel en el que este mismo se encuentre, según lo referido por las participantes los cambios más notorios son los físicos, entre los más comunes se encuentra: la caída del cabello, debido a la invasión del tratamiento en el organismo y a causa de esto surgen síntomas como mareo, vomito, debilidad y cansancio, otro cambio notorio es la disminución o aumentó del peso corporal, de igual manera la aparición de manchas y fisuras en la piel y en casos más avanzados perdida de alguna extremidad, afectando de esta manera los aspectos psicológicos, sociales y físicos del individuo.

Para Lazarus y Folkman (1991, citado por Huamán et al 2019), definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede corroborar que las participantes de la investigación cuentan con distintas estrategias de afrontamiento para hacer frente al diagnóstico, tratamiento y consecuencias de la enfermedad, estas estrategias en cada individuo pueden

estar sujetas al cambio, es decir en algunas ocasiones puede que sea más importante el apoyo familiar pero en otras puede ser el arraigo a la religión, el crecimiento personal, entre otras.

Igualmente, se puede evidenciar que cada participante tiene sus propias estrategias para hacer frente a los acontecimientos que el medio o contexto en el que se desenvuelve le presentan, así mismo, existen ciertas estrategias personales o individuales, las cuales se orientan al crecimiento personal, donde se resalta lo positivo de esta misma, lo cual ayuda a responder de manera efectiva y óptima ante los sucesos que se van presentando, aunque existen momento de declive emocional, en el cual las situaciones exceden la capacidad de hacer frente a esta, se evidencia que las participantes tienden a realizar un re-encuadre de sí mismas y a retomar aquellas estrategias de afrontamiento poco utilizadas para sobrellevar la situación.

A su vez, Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, (2007, citado por Barquín, R., Medina, M., Pérez, G., 2018) Describen los estilos de afrontamiento como aquellas estrategias que el sujeto emplea para hacer frente a determinado problema y que puede llevar a incidir en que este mismo tenga comportamientos adaptativos más funcionales e independientes, adhiriéndose de mejor manera a determinado tratamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que en las participantes se evidencia el uso de alguna estrategia de afrontamiento, la cual cumple la función de respaldarlas en todo el proceso que conlleva la enfermedad, adaptándose de mejor manera a las demandas que el medio le presenta, en este caso la adaptación a los diferentes tratamientos para que los efectos no sean abruptos sino controlados o esperados.

De la misma manera, para Galindo et. al (2011) el afrontamiento es “el proceso de hacer frente a la incertidumbre de una enfermedad, este comienza cuando las personas se dan cuenta del cambio en su salud asociada a recibir un diagnóstico o conocimiento de la progresión de una condición establecida”, se evidencia en las participantes que una vez

conocido el diagnóstico surgieron sentimientos de frustración e incertidumbre ante los hechos, pero así mismo, al superar el choque emocional la respuesta presentada fue la aceptación de la responsabilidad como estrategia de afrontamiento, en la cual se toma una línea de acción para tratar la misma y contrarrestar los efectos tanto físicos como psicológicos que se desprenden a partir de la situación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan patrones de afrontamiento individual, como lo define Millon & Everly, (1994 citado por Chávez & Rosado, 2015) estos difieren de un sujeto a otro, ya que cada uno desde su contexto o experiencia, crea esquemas mentales y comportamentales, que se complementan con la personalidad de sí mismo, incorporando aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, lo cual se evidencia según lo referido por la participantes, por un lado, que algunas prefieren expresar lo que está sucediendo y compartirlo con su núcleo familiar o personas cercanas y por el contrario, otras deciden guardarse la información para sí mismas y enfrentar la situación de manera individual, viéndose afectada en mayor medida la estabilidad emocional.

Como se ha señalado, cada persona desarrolla de manera individual estrategias de afrontamiento, pero de la misma manera se hace frente a la situación con estrategias de afrontamiento grupales, donde se encuentra el apoyo familiar, allí mismo cada integrante pone en funcionamiento estrategias o herramientas que implican cambios emocionales, en torno a la situación por la cual se está atravesando para contribuir y regular el bienestar físico y psicológico de cada uno de los miembros, reforzando los vínculos emocionales y acciones positivas hacia cada persona que compone el sistema. Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2015, citado por Montilla et al 2017), así mismo, en las participantes se refleja el apoyo familiar como una estrategia principal de afrontamiento debido a que la mayoría de estas recurren a su núcleo para sobrellevar la situación y estos mismos modifican conductas que mejoren el bienestar de la paciente.

Además, el ser humano goza de una capacidad funcional desde el principio de su vida y alcanza el máximo de esta misma en la edad adulta temprana, a menos de padecer de una enfermedad crónica o progresiva que afecte dicha funcionalidad. En los pacientes oncológicos esta misma, se ve disminuida a raíz de los múltiples tratamientos a los que se someten para sobrellevar la enfermedad, la cual puede variar desde un estado normal de funcionamiento, a discapacitado y moribundo, estas limitaciones afectan aspectos físicos como: caminar, comer, actividad física, autocuidado, entre otras, llegando a requerir cuidado y asistencia permanente por un cuidador.

De acuerdo a lo anterior, Acevedo, C. Pérez, P. (2014), definen el Status Performance como la capacidad funcional de un individuo, es decir, el nivel de actividad física que puede realizar el sujeto sin ayuda de terceros; para el caso de las pacientes oncológicas participantes de la investigación, su capacidad funcional durante el transcurso de los tratamientos a los cuales debieron someterse para contrarrestar la reproducción acelerada de células cancerígenas, se vio afectada en niveles elevados, es decir, su funcionalidad paso de ser independiente a dependiente, ya que no podían valerse por sí mismas en tareas como por ejemplo: caminar, comer, aseo personal, actividad física, tareas del hogar, entre otras, para las cuales la asistencia por el cuidador debió ser permanente.

Así mismo, Cursio (2009, citado por Ariza, J., Benavides, C., Fernández, J., García, J., Rodríguez, D. 2017), describe que la capacidad funcional de un individuo generalmente se ve afectada o en declive, con la llegada a la etapa del ciclo vital de la adultez tardía, con consecuencias como por ejemplo: pérdida en el tono muscular, dificultad de desplazamiento y en casos graves pérdida de la movilidad, lo cual refiere que tienen mayor prevalencia en el adulto mayor que en cualquier otra población. Según lo anterior, es importante corroborar que la pérdida de la funcionalidad se ve afectada en el envejecimiento, pero así mismo cabe recalcar que no se pueden dejar de lado que otros factores hacen que la capacidad funcional de un individuo disminuya como lo es una enfermedad crónica.

Con respecto a una de las consecuencias que más se denota en los pacientes oncológicos es el estrés, el cual es emitido en respuesta a una situación que se puede valorar como tensionante para el sujeto, este se puede manifestar a través de respuestas físicas como cognitivas, por ejemplo: la sudoración, cansancio, movimientos repetitivos, aceleración del ritmo cardiaco, migraña, insomnio, estreñimiento, dolor muscular, entre otras. De igual forma a raíz de estas consecuencias se ven afectados muchos aspectos de la persona a nivel individual, social y familiar, como lo es la comunicación, relaciones interpersonales, y estabilidad emocional.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, Bruce McEwen (2000 citado por Daneri, 2012) define el estrés, como “una amenaza real o imaginada a la integridad fisiológica o psicológica de una persona, obteniendo como resultado una respuesta fisiológica o conductual”, lo cual se evidencia en las participantes debido a que según estas mismas, deben estar en constantes chequeos médicos los cuales pueden arrojar resultados tanto positivos como negativos y el hecho de estar a la espera de estos mismos supone para ellas una amenaza psicológica, ya que la incertidumbre generada aumenta su estrés trayendo consigo consecuencias como el mal humor, ansiedad, sudoración, caída del cabello y agitación, ocasionando afectaciones en la salud física y mental.

En efecto, para Caldera, Pulido (2007, citado por Stepanian, 2016), el estrés es expresado a través del nerviosismo, agobio, cansancio, etc., las cuales son las respuestas más frecuentes que se evidencian en las participantes, así mismo el estrés, se utiliza para determinar la situación que está generando la emoción en el individuo, que para este caso, de las pacientes oncológicas las situaciones que generan estrés durante el trascurso de la enfermedad en la mayoría de los casos son: conocer el diagnóstico, el tratamiento al que se deben someter para contrarrestar la enfermedad, los cambios físicos post tratamiento, así como los chequeos periódico que se deben realizar para controlar el avance de la enfermedad.

Así pues, el contexto familiar juega un papel importante, dado que este facilita la búsqueda de estrategias para enfrentar la situación generadora de estrés y los cambios que pueden resultar a raíz de este mismo, es decir el contexto familiar cumple una función de factor protector, promoviendo así el bienestar emocional y psicológico del paciente, resaltando la importancia que tiene el apoyo social proveniente del entorno, favoreciendo la adaptación a este. Lo cual se puede ratificar en las participantes debido a que el apoyo que el entorno les pueda transmitir, influye positivamente en hacer más llevadera la enfermedad, con pequeñas acciones como: compartir con personas cercanas, hacer actividades donde se involucren, distraer la mente, entre otras. (Benítez 1999, citado por Bachiller et al, 2016).

Finalmente, se puede inferir que los cambios tanto físicos como emocionales presentados a raíz de la enfermedad afectan el comportamiento de las participantes desde un nivel personal y social. Así mismo una de las consecuencias que trae consigo el cáncer es la pérdida de funcionalidad de los individuos debido a los constantes tratamientos a enfrentar, dentro de los cambios psicológicos que se producen se encuentra el malestar generado por el estrés, manifestado a través de respuestas fisiológicas; en cuanto al componente social, este juega un papel importante como estrategia de afrontamiento para sobrellevar la enfermedad, igualmente las participantes afrontan la enfermedad a través del apoyo familiar y las creencias religiosas.

Conclusiones

En esta investigación se planteó como objetivo general identificar cuáles son los estilos de afrontamiento y el estado funcional en pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona; con el fin de darle cumplimiento a este objetivo se realizó la aplicación de dos pruebas: estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman y estado funcional de Karnofsky y posteriormente se analizaron dichos resultados a través del programa estadístico SPSS versión 25, encontrando que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes de la investigación según la prueba son: aceptación de la responsabilidad, autocontrol, huida- evitación, planificación, búsqueda de apoyo social, confrontación, reevaluación positiva y distanciamiento, utilizadas en diferentes niveles: alto, medio y bajo.

Asimismo, en los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba de estado funcional, se evidencia disminución en la capacidad de independencia de los participantes a raíz de la enfermedad, donde se encuentra que la mayor incidencia en los participantes, fue requerir asistencia considerable con un total de 3 personas para este nivel, las cuales se encuentran en una capacidad de dependencia del 50% indicando la incapacidad para trabajar pero puede satisfacer la mayoría de sus necesidades personales, por otra parte se encontró que en 2 participantes de la muestra tenían un estado funcional moribundo, el cual progresa rápidamente hasta finalmente conducirlos a la muerte, lo que equivale dentro de la prueba a un porcentaje de 0%.

Adicional a lo anterior, se plantearon cuatro objetivos específicos; el primero de ellos orientado a determinar los estilos de afrontamiento más utilizados por los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, obteniendo como resultado según la prueba, aceptación de la responsabilidad con una media de 2,4, indicando que los participantes que puntuaron alto en estas dimensiones se caracterizan por tener claro el papel que desempeñan ellos mismos en el problema, haciendo frente a esta misma, donde todos sus esfuerzos están orientados a solucionarlo y planificación con una media de 2,10, lo que indica que estas personas se caracterizan por que todas sus acciones apuntan a la resolución

del problema teniendo un plan de acción a seguir frente a este mismo, dando cumplimiento de esta manera al primero objetivo planteado.

Seguidamente, el segundo objetivo planteado fue conocer la perspectiva del individuo acerca de la enfermedad y del estado funcional que maneja, dando cumplimiento al mismo a través de la aplicación de diferentes técnicas, como el grupo focal, observación no participante y entrevista semiestructurada, obteniendo como resultado de cada una de estas, que las personas se ven afectadas en diferentes aspectos, como el físico, el cual según lo referido por las participantes, hace más evidente la enfermedad, a raíz de estos mismos los recursos psicológicos de la persona se ven afectados abruptamente ya que los cambios son acelerados y progresivos, tal como la caída del cabello, subir o bajar de peso, vomito, mareo, debilidad, agotamiento, entre otros.

Por otra parte, la percepción que tienen las participantes acerca del estado funcional durante el transcurso de la enfermedad, es que este fue cambiante, ya que en el proceso de intervención del tratamiento su funcionalidad era dependiente pues requerían de asistencia permanente para realizar prácticamente todas sus necesidades, las cuales iban desde comer hasta desplazarse, así mismo refieren que dejaron de realizar actividades cotidianas como trabajar, hacer ejercicio, labores del hogar, etc. Del mismo modo, su funcionalidad era recuperada en un 80% aproximadamente después de que pasaba el efecto del tratamiento pero aun así requerían asistencia ocasional para realizar actividades que implicaran un mayor esfuerzo.

De la misma forma, en la apreciación que las participantes tiene hacia la enfermedad, se enmarca también el estrés como una consecuencia negativa de esta misma, debido a que en momentos como por ejemplo la realización de chequeos, se eleva el estrés de estas mismas, debido a que este genera incertidumbre sobre los resultados que se pueden encontrar (negativos o positivos), exteriorizándose a través de respuestas fisiológicas como: sudoración, agitación, nerviosismo, ansiedad, entre otras. Acudiendo a estrategias de

afrontamiento como el apoyo familiar, el cual es percibido por ellas como su principal fuente de respaldo y motivación para hacer frente a la situación que están enfrentando. También es percibida como una oportunidad de cambio en su vida, aferrándose a sus creencias religiosas.

De la misma manera, el tercer objetivo planteado se dirige a correlacionar las dos variables, las cuales son estilos de afrontamiento y estatus performance, para ellos se tuvo en cuenta las diferentes dimensiones (8) que se miden en la escala estilos de afrontamiento; cada una de estas se correlaciono con el estado funcional, teniendo en cuenta el valor de correlación de Spearman (r_s), el cual indica que se obtiene un puntaje positivo si el resultado se aproxima a 1 y un puntaje negativo si se aproxima a -1. Por lo tanto en los resultados obtenidos al realizar este procedimiento existe una correlación entre la dimensión de autocontrol y el estado funcional con un coeficiente de relación de $r_s = 0,553$, del mismo modo se correlaciona con la reevaluación positiva con un $r_s = 0,502$.

También cabe resaltar, que en los resultados obtenidos se encontró que no existe correlación positiva entre la dimensión y variable, como es el caso del distanciamiento el cual arrojo un $r_s = -0,175$, otra dimensión en la cual se evidencio que su correlación no es favorable es en huida- evitación con un $r_s = -0,245$ y aceptación de la responsabilidad con un $r_s = 0,275$, finalmente se infiera que la correlación entre las mismas y el estado funcional es inversa, lo cual indica que dicha correlación entre las dos líneas evaluadas en cada uno de los casos respectivamente es débil. Finalmente es importante resaltar que en las dimensiones restante se encontró correlación positiva pero que no es significativa, confrontación: $r_s = 0,240$, búsqueda de apoyo social. $r_s = 0,050$, planificación: $r_s = 0,232$.

Finalmente, en el último objetivo específico se propuso la elaboración de una estrategia psicoeducativa para el fortalecimiento de los estilos de afrontamiento y estado funcional de los pacientes oncológicos, por lo cual se realizó la construcción de la cartilla teniendo en cuenta las dimensiones de la prueba estilos de afrontamiento, las cuales tan

dirigidas al fortalecimiento de la confrontación, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y reestructuración positiva, así mismo se proponen actividades para disminuir la huida-avoidance y distanciamiento. También se plantea una guía de ejercicios prácticos, que contribuyan al mejoramiento o fortalecimiento de la capacidad funcional, como lo es relajación y estiramiento muscular, técnicas de respiración, pausas activas, etc.

En general, se puede afirmar que los objetivos planteados en este estudio se cumplieron a cabalidad, la pregunta problema se resolvió, la cual estaba dirigida a conocer cuáles son los estilos de afrontamiento y el estado funcional de los pacientes oncológicos participantes en esta investigación, de la misma manera el desarrollo de la metodología utilizada en la investigación fue pertinente para obtener resultados más amplios y profundos, en primer lugar, porque debido a la aplicación de las diferentes técnicas existió un acercamiento más significativo con la población permitiendo así el conocimiento del fenómeno de estudio de manera más detallada. Adicional a eso las pruebas aplicadas aportaron en el desarrollo de la investigación, un valor metodológico amplio, ya que a través de la medición de las variables se obtuvieron datos más exactos.

En conclusión, esta investigación fue pertinente para la población participe de esta misma debido a que generalmente se tiene en cuenta las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos pero se tiende a olvidar la afectación en la capacidad funcional de estos mismos, lo cual causa que se agudicen problemáticas psicológicas como la inestabilidad emocional, presencia constante de estrés, ansiedad, disminución en las estrategias de afrontamiento, afectando diferentes aspectos de la vida del individuo como lo es el ámbito familiar, social e individual. De igual manera, cabe resaltar que el aporte a la psicología a través de este estudio se da de una manera amplia y concisa, debido a que se identifican las estrategias de afrontamiento, proponiendo así el fortalecimiento de estas mismas en los pacientes oncológicos en general, además de esto se enfatiza en la capacidad funcional de las personas lo cual puede ser un factor que disminuya dichas estrategias.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados se recomienda que la capacidad funcional sea un aspecto que no se deje de lado al realizar una investigación que involucre los recursos psicológicos de los pacientes oncológicos, dado que se comprueba que este influye de forma significativa.

Realizar este tipo de investigaciones con los pacientes oncológicos pero que se incluyan a sus cuidadores primarios o red de apoyo que este tenga, debido a que pueden influir en el individuo como un respaldo o factor protector para enfrentar los diferentes procesos que conlleva la enfermedad.

Se recomienda replicar la investigación con diferentes poblaciones, es decir, no solo abarcar pacientes oncológicos sino también pacientes que padezcan otro tipo de enfermedad crónica o progresiva, con el fin de comparar la afectación psicológica, teniendo en cuenta la funcionalidad de los mismos.

En caso de replicar esta investigación se recomienda ampliar la muestra, con el fin de que los datos obtenidos se puedan generalizar, dado que se evidencia que el poco nivel de independencia de un individuo afecta aspectos de la vida como social, psicológico y físico.

Para la utilización de la cartilla es importante en primera medida se apliquen las pruebas de estado funcional y estilos de afrontamiento con el objetivo de identificar en qué nivel de independencia se encuentra la persona y cuáles son las dimensiones que se deben reforzar o disminuir en alguna medida.

Realizar la aplicación de estas pruebas y técnicas en un solo momento para evitar sesgo en las respuestas dadas por los participantes y omitir detalles del tratamiento y proceso que se lleva de la enfermedad en general.

Se recomienda implementar estrategias prácticas que contribuyan al mejoramiento de la capacidad funcional, como lo es actividades físicas moderadas, que incluyan las diferentes partes del cuerpo para que el ejercicio sea más completo y ayude a reforzar la autonomía del paciente.

Promover espacios de acompañamiento que permita la sensibilización a los familiares o cuidadores, teniendo en cuenta el apoyo emocional y físico que necesitan los pacientes oncológicos para hacer frente a la enfermedad.

Aplicar una prueba que mida objetivamente los niveles de estrés que pueden llegar a presentar los pacientes oncológicos, obteniendo así resultados concretos del mismo, permitiendo generar estrategias para disminuir este factor desencadenante de la enfermedad.

Utilizar la cartilla por profesionales del área de la salud, ya que dichas estrategias pueden ser utilizadas no solo con pacientes oncológicos sino con cualquier otro tipo de población que lo requiera.

Establecer encuentros en los que se brinden capacitaciones y espacios que promuevan el fortalecimiento de diferentes estrategias de afrontamiento con el objetivo de funcionar como grupo de apoyo con lo cual los participantes pueden exteriorizar y sentirse en un espacio de transformación constante.

Referencias Bibliográficas

Acevedo, C., Pérez, P. (2014) Capacidad funcional y factores de éxito en la rehabilitación en pacientes crónicos.

Alarcón, C. L. (2009). Formación En Psicología De La Salud En Colombia. Universidad Católica de Colombia.

Alonso, A. (2014). Definición de la semana: Psicología de la Salud. psyciencia.

Alcañiz Rodríguez, montse. (2017). Impacto psicologico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncologicos. Madrid, España. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/686825/alcanniz_rodriguez_montserrat.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Álvarez Reyes Olga, L., Guerra Morales, Vivian M., y Montiel Castillo, Vanessa E. . (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sibrevivientes de cancer de mama. Santa clara, Cuba.

American Society of Clinical Oncology, (2018). Cáncer de mama: Tipos de tratamiento. Cancer.Net.

Arciniegas, A., Borda, M., Cano, C., Ortiz, C., & Samper, T. (2017). Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. Recuperado el 01 de Noviembre de 2019, de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197/3449>

Ardon, N. & Cubillos, A. (2015). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana.

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia . Corte Constitucional .

Alcaldía de Pamplona (2016). fiestas y celebraciones. Pamplona

Álvarez Reyes O. L. Guerra Morales, V. M. y Montiel Castillo, V. E. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Santa Clara, Cuba. recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v20n2/mdc04216.pdf>

Avellan, W, Plaza, G. (2019). Funcionalidad familiar y capacidad funcional de los adultos mayores oriundos del cantón Durán pertenecientes a la Fundación NURTAC. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/39111/1/TESIS%20avellan-plaza.pdf>

Bachiller, V.M. (2016). Multiplicando esfuerzos para fortalecer la familia desde la orientación.

Barragan K, Jimenez A, Toro F. (2019). Características del enfoque Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer desde una perspectiva psicooncológica. Obtenido de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7542/UVDTP_ToroLuisaFernanda_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bernardo A. (2015). la lucha contra el cáncer en 10 imágenes históricas. Hipertextual.

Biomédica (2016). Salud Mental en Colombia. Scielo.

Bonilla Cruz, N., Cornejo-Ortega, A., Rojas Omaña, A. 2018 (2018). Estrategias de afrontamiento como elemento terapéutico en la orientación suicida de adolescentes de un colegio de la comuna 7. Cucuta, Norte de Santander. Recuperado de http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2496/Estrategias_afrontamiento.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR0-CS4QYhhUsq7v8xa4FXnVwXxstmSWrj3AU-kS_ykWV3t0pyun_w2tv_s

Burchenal, y Karnofsky. (1949). Escala Del Estado Funcional (KPS).

Bruce A. Chabner, MD; Elizabeth Chabner Thompson, MD, MPH. (2014). Signos de Alarma de Cáncer. Manual MSD.

Cabanillas, K. (2019). Capacidad funcional y su relación con el autocuidado de la salud del adulto mayor en un centro de salud de Lima. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10345/Cabanillas_ck.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castaña, H, Carvajal, J, Londoño, M. (Mayo de 2019). Independencia funcional en la recuperación de pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1610/1505>

Castagnetta, O. (2018). Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos? psicología y mente.

Castellanos Bautista, M. A. Paez Torres, Y. G. (2015). Estrategias de afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que reciben tratamiento de hemodialisis en la unidad DIALY-SER de la IPS Unipamplona. Pamplona, norte de Santander: (Trabajo de grado no publicado, Departamento de Psicología, Universidad de Pamplona).

Castro, M. R. (2018). Tipos de estrés y sus desencadenantes. psicología y mente.

Cabrera Y, López E, Arredondo B. (12 de 06 de 2019). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. Recuperado el 18 de Noviembre de 2019, de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522/1570>

Calvo Melenje, Karen Liseth., Echeverri, María de los Ángeles., y Miranda, Yuliana Andrea. (2016). Consciencia de si, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con cancer gastrico, y su cuidador principal durante el duelo preparatorio. Popayan, Cauca.

Camargo, J., Chavarro, S., Méndez, L., Ortiz, E., Toro, G., y Vernaza, M. (2014). Relacion entre estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresion, y autoestima en un grupo de adultos diagnosticados con cancer. Bogota, Colombia.

Castagnetta, O. (2018). Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos? psicología y mente.

- Castano, H, Carvajal, J, Londoño, M. (Mayo de 2019). Independencia funcional en la recuperación de pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1610/1505>
- Castaña, E. & Del Barco, B. (2010). Estrategias de Afrontamiento del Estrés y Estilos de Conducta Interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 255-257. Recueprado el 06 de Marzo de 2015 de: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-es.pdf>.
- Castellanos Bautista, Maria Alejandra., Paez Torres, Yaneth Graciela. (2015). Estrategias de afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Cronica (IRC) que reciben tratamiento de hemodialisis en la unidad DIALY-SER de la IPS Unipamplona. Pamplona, norte de Santander: (Trabajo de grado no publicado, Departamento de Psicología, Universidad de Pamplona).
- Castro, M. R. (2018). Tipos de estrés y sus desencadenantes. *psicologia y mente*.
- Ceballos Ospino, G. A. Echeverri Arias, A. Jiménez Villamizar, M. P. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH y Cáncer en una clinica privada. Santa Marta, Colombia. Recuperado de <file:///C:/Users/Jhan/Downloads/150-Texto%20del%20art%C3%ADculo-302-1-10-20160420.pdf>
- Cecilia Chau Pérez-Aranibar. Hugo Morales Córdova, M. c. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncologicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*.
- Chanduví Huamán, L., Granados Mori, . (2014). Asociacion entre calidad de vida y estrategias de aforntamieto al estres en pacientes oncologicos en un hospital. Chiclayo, Peru. recuperado de file:///C:/Users/Jhan/Downloads/Franco_Granados_y_Lisseth_Chandui.pdf
- Chaves Castaña, L & Orozco Rosado, A. M. (2015) Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento al estrés en soldados: un estudio correlacional

Chabner, B. Thompson, E. (2014). Signos de Alarma de Cáncer. Manual MSD.

Chung-Pinzas, A. R. (2017). La observación participante y no participante. wordpress. recuperado de <https://ramonchung.wordpress.com/2017/11/19/la-observacion-participante-y-no-participante>.

Closa, D, Macip, S. (2018). 100 Preguntas sobre el cáncer, Todo lo que necesitas saber sobre historia, tratamiento y prevencion. Kailas Editorial, S.I.

Cobos-Cali. M., y Rodas- Mosquera, M. (2016). Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes Oncologicos. Solca, Cuenca Ecuador. recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6354/1/12522.pdf>

Codigo Deontologico y Bioetico. (2006). Ley 1090 de la profesion de la Psicologia.

Congreso de Colombia . (2012). Ley Estatutaria 1581 de 2012.

Congreso de la República. (2006). Ley 1090 del 2006. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.

Constitución política de Colombia. (1991). *Titulo VII: De la Rama Ejecutiva, Articulo 217*. recuperado el 04 de Marzo de 2015 de: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/derecho/constitucion-politica-de-colombia-1991/titulo-7-capitulo-7>.

Contreras, F. Esguera, G. A. Espinosa, J. C. Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia crónica.

Cortes, S. Loaiza, H. López, J. Núñez, C. Trujillo, C. (2018). Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Medellín, Colombia. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v36n2/0718-4808-terpsicol-36-02-00059.pdf>

- DANE, (2015). Mortalidad de cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología.
- DANE (2018). Ubicación territorial, población y área rural.
- Daneri, F.M. (2012). Biología del Comportamiento. Trabajo Práctico – Psicobiología del Estrés.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Mexico D.F: universidad autonoma de mexico. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572013000300009&script=sci_arttext
- Díaz-Bravo, U. T.-G.-H.-R. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *scielo*.
- DI-Collaredo, C., Aparicio-Cruz, D. P., & Moreno, J. (2007). descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, Universidad de San Buenaventura.
- Dirección de Sanidad Ejército Nacional. (s.f.). *Misión*.
- Estefany Acosta-Zapata, C. L.-R.-C.-V. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cancer de mama. *scielo*.
- Echeverri, M.Á. Calvo Melenje, K. L.y Miranda, Y. A. (2016). Conciencia de si, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con cancer gastrico, y su cuidador principal durante el duelo preparatorio. Popayan, Cauca. Recuperado de <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Consciencia-de-S%ED%2C-en-una-Posibilidad-de-Afrontamiento-en-Pacientes-con-C%Elncer-G%Elstrico-y-su-Cuidador-Principal-Familia%2C-durante-el-Duelo-Preparatorio.htm>
- Estévez-Vera, M. (2014). La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos

Falo Zamora catalina, Font guiteras Antoni, Mena Cervigno Marisa, Rodríguez Bruzos Eva, y Villar Abelló helena. (2014). Calidad de Vida en Cancer metastico de larga evolucion: Opinion de los pacientes. Llobregat, Barcelona.

Fernandez, E, Sanchez, C. (30 de Noviembre de 2014). estudio de la capacidad funcional y la calidad de vidarelacionada con la salud del adulto mayor. Recuperado el 01 de Diciemre de 2019, de file:///D:/Downloads/Dialnet-EstudioDeLaCapacidadFuncionalYLaCalidadDeVidaRelac-4891948%20(1).pdf

Galindo, Valadez, Álvarez, González, Robles & Alvarado, (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). Gaceta Mexicana de Oncología.

Garay, pacheco & Ureña, (2018), Bienestar psicológico en las organizaciones: un análisis desde los sectores económicos y productivos

Gómez, D. (2015) .Capacidad Funcional del Adulto Mayor Según la Escala de Barthel en Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogotá

Gonzales, A. Mieles, I. Pérez, P. Uribe, A. F. (2017). Relacion del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clinicos y sociodemograficos en pacientes Oncologicos. Bucaramanga, Santander. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a04.pdf>

Guevara Ortiz, J. M. (2018). Calidad de vida, proteccion de derechos e inclusion social de portadores de VIH . Cucuta, Norte de Santander.

Henandez, S.R. Fenandez Collado, C. & Baptista P. (2014). Metodologia de la Investigacion. Mexico D. F: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A de C.V.

Hernández, Viasus A.V, Penagos Rodríguez K. F. (2018). Estrategias de afrontamiento en adultos infectados con VIH-SIDA de la fundacion Hoasis. Pamplona, Norte de

Santander: (Trabajo de grado no publicado, Departamento de Psicología, Universidad de Pamplona).

Howard, P. (2015). Factores determinantes en la calidad de vida

IDS, Instituto Nacional de Salud. (2018). Obtenido de <https://www.laopinion.com.co/region/cáncer-de-mama-con-alto-indice-en-norte-de-santander-170752#OP>.

Instituto Nacional Del Cancer, NIH. (2015). EE. UU.

Jacho-Ruilova, L.C. Ochoa-Ullaguari, R.D. (2018). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticadas con VIH-SIDA. Machala, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12447/1/TTUACS-2018-PSC-DE00002.pdf>

Krikorian, A. Palacio, C. Moreno-Acosta, A.I. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la paciencia percibida. Medellín, Antioquia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a11.pdf>

Leon, S, Vidal, D. (2019). Nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes pos accidente cerebrovascular ACV. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2922/TESES%20Colqui%20Susan%20-%20Soria%20Daniela.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Mandal Ananya, M. D. (2019). Historia del Cancer. News Medical Life Sciences.

Macías & Orozco. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia).

Macías, M.A; Madariaga Orozco, C; Valle Amarís, M; Zambrano, J. (2015). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

Martínez Arroyo, J. L. (2017). Formalización del concepto de Afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud. Grupo de investigación MISKC.

Martínez-Montilla, B. A.-M.-M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *enfermería global*.

Martínez Rojas, S. M. (2018) Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Cúcuta, Norte de Santander. Recuperado de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232>

Mebarak, A. De Castro, C. Salamanca, A & Quintero, M 2017. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Universidad del norte, Barranquilla, Colombia.

MedlinePlus. (2018). el estres y su salud. biblioteca nacional de medicina de los ee.uu.

Melguizo, Martos & Hombrados, (2019). Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. Psicooncología.

Millán, M. & Serrano, S. (2002). Psicología y Familia (1 ed.). Madrid: Cáritas Española.

Min. de cultura (2018). museos de pamplona. ministerio de cultura pamplona.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2012). Ley 1581 De Protección de Datos Personales.

Ministerio de Protección Social. (2006). Título III: De la Actividad Profesional del Psicólogo. Recuperado el 06/ de Marzo de 2015 de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>.

Ministerio de salud y Protección social. (2013). ley 1616 de Salud Mental. Gobierno de Colombia. Obtenido de Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/home-salud-sexual.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Gobierno de Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/home-salud-sexual.aspx>

Ministerio de Salud, (2017) Informe, Situación del Cáncer en Colombia.

Montilla, Martín y Marín, (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *enfermería global*.

Moreno, R., Menéndez, J. & Turró, C. (2001). Factores Psicosociales y Estrés en el Medio Militar. *Cubana Med Milit*, 183-189. Recuperado el 04 de Marzo de 2015 de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol30_3_01/mil08301.htm.

Naranjo Pereira, M. L. (2009), Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. Universidad de Rosta Rica.

NIH, Instituto Nacional Del Cáncer. (2015). EE. UU. ¿Qué es el cáncer?. *lanaturaleza del cáncer*.

OMS, (2014). Informe mundial sobre el cáncer. Obtenido de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2883:dia-mundial-contra-el-cancer-2018-informacion-general-cancer-en-las-americas&Itemid=487.

OMS. (2018). - Organización mundial de la Salud. Discapacidad y salud. OMS. Actualizado. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

OMS, (2014). Informe mundial sobre el cáncer. Obtenido de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2883:dia-mundial-contra-el-cancer-2018-informacion-general-cancer-en-las-americas&Itemid=487

OPS, (2018). Día Mundial contra el Cáncer - Información general Cáncer en las Américas

Ortiz, Garzon, E. Camargo, Barrero, J. A. Chavarro, S. A. Méndez, Salazar, L. P. Toro, G. y Vernaza, M. (2014). Relacion entre estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresion, y autoestima en un grupo de adultos diagnosticados con cancer. Bogota, Colombia. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263807664_Relacion_entre_las_estrategias_de_afrontamiento_ansiedad_depresion_y_autoestima_en_un_grupo_de_adultos_con_diagnostico_de_cancer

Osorio, M, Velasquez, M. (2019). Calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor en la unidad de ortogeriatría de un hospital. Recuperado el 29 de Noviembre de 2019, de repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2662/TEISIS%20Salluca%20Maria%20-%20Velásquez%20María.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pamplona, A. d. (2016). fiestas y celebraciones. *Alcaldia de Pamplona*.

pamplona, a. d. (2016). mi municipio. *pasado, presente y futuro*.

Pamplona, i. d. (2018). museos de pamplona. *ministerio de cultura* .

Pdsp. (2012-2021). Plan Decenal de Salud Pública. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Pedro E. Pérez-Cruz, F. A. (2014). Escalas de estado funcional (o performance status) en cancer. *Gastroenterol. latinoam*.

Pereira, M. L. (2009). una revision teorica sobre el estres y algunos aspectos relevantes de este en el ambito educativo. universidad de costa rica.

Pérez-Aranibar, C.C. Morales-Córdova, H. Wetzell-Espinoza, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*.

Pérez, A. G. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicologico*.

Pérez-Cruz, F. A. (2014). Escalas de estado funcional (o performance status) en cancer. *Gastroenterol. latinoam*.

Pereira, M. L. (2009). una revision teorica sobre el estres y algunos aspectos relevantes de este en el ambito educativo. *universidad de costa rica*.

Prieto-Rodríguez, A. (2015). *Salud Mental: Situación y Tendencias*. Temas de actualidad, salud pública.

RAE. (2018). estres. Real academia española. Definición del estrés

Rico Muñoz, L. M. (2015). *Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con Leucemia*. Pamplona, Norte de Santander: (Trabajo de grado no publicado, Departamento de Psicología, Universidad de Pamplona).

Rodríguez, A.J. (2018) *El modelo de Seyle*. *Psicología Ambiental*.

Rodríguez, & Zúñiga, C. G. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus & Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos. *el dolor*.

Rodríguez, G, D. & Valdeoriola R, J. (2009). *Métodos y técnicas de investigación en línea*. Recuperado el 04 de Marzo de 2015 de:
<http://bernal.pro/informatica/educaciononline/finish/9-educacion-online-y->

tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion/94-metodos-y-tecnicas-de-investigacion-en-linea.

Rondon Archila, D. S. (2018). Mecanismos adaptativos a los restos del cancer de mama: Historia de vida. Pamplona, Norte de Santander: (Trabajo de grado no publicado, Departamento de Psicología, Universidad de Pamplona).

Rozo, F. (2018). Centro Histórico Pamplona (Norte de Santander). ministerio de cultura.

Ruiz-Bueno, A. (2018). La técnica de “focus group”: elementos teórico-prácticos.

Sabino, C. (1992). el proceso de investigación. Ed. panapo. recuperado de http://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/proceso_investigacion.pdf

Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadactativa* (Undecima ed.). México: PEARSON EDUCACIÓN.

Sociedad Española de Oncología, (2017). Manual de enfermería oncológica. INC.

Spottorno, G. (2012). El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Recuperado el 01 de Diciembre de 2019.

Stepanian, A. O. (2016). síntomas, niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en una muestra de estudiantes masculinos y femeninos de una institución de educación superior militar: análisis comparativo. universidad catolica de colombia.

Verdugo-Lucero, J. C.; Ponce de León-Pagaza, B. G.; Guardado-Llamas, R. E; Meda-Lara, R.M; Uribe-Alvarado, J. I; Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia.

Villamizar Peña, O. A. (2014). Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes de genero masculino diagnosticas con cancer. Pamplona, Norte de Santander: (Trabajo de grado no publicado, Departamento de Psicologia, Universidad de Pamplona).

Zapata, Ramón, Cortes y Vázquez (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cancer de mama. scielo.

Zubrod y Cols. (1960). Escala Funcional Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES
COMITÉ DE ÉTICA E IMPACTO AMBIENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE
PAMPLONA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Directora de investigación: PS. Mg. Claudia Posada Benedetti

Investigadoras principales: Yeini Dalila Calderón Linares, Identificada con C.C: 1116871998;
Angélica Karina Pabón Camargo Identificada con C.C: 1094271577

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, yo _____
Como participante, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de
_____, hago constar que las psicólogas en formación de la Universidad de Pamplona,
en calidad de investigadoras principales me informaron sobre el objetivo principal del proyecto
titulado: "estilos de afrontamiento y estatus performance en pacientes oncológicos de la ciudad de
pamplona", en el cual acepto participar voluntariamente, por lo tanto:

- He recibido la información de las actividades del proyecto de manera clara y precisa, las cuales son:

1. Aplicación de las pruebas psicológicas: estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman y estado funcional de Karnofsky
2. Aplicación de una entrevista semi-estructurada.
3. observación no participante

- Que el uso de los datos recopilados en el proyecto será netamente con fines de investigación y académicos y nunca se revelara mi identidad y toda información será confidencial.

- Así mismo, podré hacer todas las preguntas que considere necesarias, a los teléfonos 3105678592 y correos electrónicos: akandea10@hotmail.com

Firma del participante:

Fecha: _____

C.C. _____

Directora de investigación:

C.C.: _____

investigadoras principales

Apéndice B. Formato de observación no participante

<i>Fecha:</i>	<i>Observadores</i>	
	<i>Entrevistado :</i>	
<i>A quien:</i>		
<i>Hora de inicio:</i>		<i>Hora de finalización:</i>
<p><i>Objetivo de la Observación:</i> Identificar los estilos de afrontamiento y el estatus performance que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación de corte mixto, que permita el conocimiento de las actitudes hacia el manejo adecuado de la enfermedad.</p>		<p><i>Temas y Pautas a Observar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -cáncer -estilos de afrontamiento -estrés -status performance
<i>Descripción de la Observación:</i>		
<i>Análisis:</i>		

Apéndice C: Entrevista semiestructurada.

Entrevista Semiestructurada

Ciudad: _____

Fecha de la Entrevista: _____

Lugar de la Entrevista: _____

Estrato _____

Ocupación: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES:

La presente entrevista Semiestructurada dirigida a pacientes oncológicos la cual tiene como objetivo “Identificar los estilos de afrontamiento y el estatus performance que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación de corte mixto, que permita el conocimiento de las actitudes hacia el manejo adecuado de la enfermedad.”

CÁNCER

1. ¿qué cambios físicos le han ocurrido en el transcurso de la enfermedad?
2. como ha sido su proceso de adaptación a los tratamientos.
3. su núcleo familiar suele apoyarlo dentro del proceso de la enfermedad, ¿cómo?
4. ¿sigue las indicaciones del médico para el éxito del tratamiento o considera que algunas cosas no se deberían hacer, por qué?
5. ¿considera que sus cambios de humor, interfieren en sus relaciones interpersonales, por qué?

Apéndice D. Grupo Focal

1. objetivo

Objetivo de la investigación
Identificar los estilos de afrontamiento y el estatus performance que presentan los pacientes oncológicos de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación de corte mixto, que permita el conocimiento de las actitudes hacia el manejo adecuado de la enfermedad.
Objetivo del grupo focal
Conocer la percepción de las pacientes oncológicas, participantes de la investigación frente a algunos aspectos de la enfermedad, mediante la técnica grupo focal, que se enmarca dentro de la investigación cualitativa, abordando de esta manera las diferentes opiniones y procesos que conlleva la misma.

2. identificación del moderador

Nombre del moderador
Angélica Karina Pabón Camargo
Nombre del observador
Yeini Dalila Calderón Linares

3. participantes

Lista de asistentes a grupo focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

4. preguntas

Preguntas grupo focal	
1	¿Qué cambios físicos le han ocurrido en el transcurso de la enfermedad?
2	¿Cómo es su reacción ante los cambios físicos que se van presentando en el transcurso de la enfermedad?
3	¿Cuáles son los cambios más notorios que ha tenido en sus actividades a partir de que le diagnosticaron Cáncer?
4	¿En qué situaciones respecto a la enfermedad, siente que su estrés es más elevado?

Apéndice E. Escala Modos De Afrontamiento De Lazarus y Folkman

Escala Modos De Afrontamiento De Lazarus y Folkman

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo _____ Estado civil: _____

Instrucciones:

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

- 0 — En absoluto.
 1 — En alguna medida.
 2 — Bastante.
 3 — En gran medida.

#	Pregunta	En absoluto (0)	En alguna medida (1)	Bastante (2)	En gran medida (3)
1	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)				
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.				
3	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.				
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.				
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.				

6	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.				
7	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.				
8	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				
9	Me critiqué o me sermoneé a mí mismo				
10	No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta				
11	Confíé en que ocurría un milagro.				
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).				
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.				
14	Intenté guardar para mí mis sentimientos.				
15	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.				
16	Dormí más de lo habitual.				
17	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.				
18	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.				
19	Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.				
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.				
21	Intenté olvidarme de todo.				
22	Busqué la ayuda de un profesional.				
23	Cambié, maduré como persona.				
24	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
25	Me disculpé o hice algo para compensar.				
26	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.				

27	Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.				
28	De algún modo expresé mis sentimientos.				
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.				
30	Salí de la experiencia mejor de lo que entré.				
31	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
32	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.				
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.				
34	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.				
35	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.				
36	Tuve fe en algo nuevo.				
37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.				
38	Redescubrí lo que es importante en mi vida.				
39	Cambié algo para que las cosas fueran bien.				
40	Evité estar con la gente.				
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.				
42	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.				
43	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.				
44	No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.				
45	Le conté a alguien cómo me sentía.				
46	Me mantuve firme y peleé por lo que quería.				
47	Me desquité con los demás.				
48	Recurrí a experiencias pasadas,				

	ya que me había encontrado antes en una situación similar.				
49	Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.				
50	Me negué a creer lo que había ocurrido.				
51	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.				
52	Me propuse un par de soluciones distintas al problema.				
53	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.				
54	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas.				
55	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.				
56	Cambié algo en mí.				
57	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.				
58	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.				
59	Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.				
60	Recé.				
61	Me preparé mentalmente para lo peor.				
62	Repasé mentalmente lo que haría o diría.				
63	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.				
64	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.				
65	Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.				
66	Corrí o hice ejercicio.				
67	Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo)				

Apéndice F. Escala de Estado Funcional de Karnofsky (Karnofsky Performance Status Scale o KPS)

Definicion		Criterio
Capaz de realizar actividad normal y de trabajar. No requiere cuidados especiales	00	Normal, no hay molestias. No hay evidencia de enfermedad
	0	Capaz de realizar actividad normal. Signos y sintomas de enfermedad
	0	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y sintomas de enfermedad
Incapaz e trabajar, capaz de vivir en casa y satisfacer la mayoría de las necesidades personales, requiere una cantidad variable de asistencia	0	Cuida de si mismo. Incapaz de realizar actividad normal o de realizar trabajo activo
	0	Requiere de asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades
	0	Requiere asistencia considerable y cuidados medicos frecuentes
Incapaz de cuidarse por si mismo. Requiere cuidados institucionales u hospitalarios. La enfermedad puede estar progresando rapido	0	Discapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia
	0	Gravemente discapacitado. Hospitalizacion esta indicada aunque muerte no se inminente
	0	Muy enfermo, hospitalizacion es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios
	0	Moribundo, proceso fatal progresando rapidamente
		Fallecido