



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER
DE PRÓSTATA**

Autor: Macarena Borrega Gallego

Tutor profesional: Helena García-Llana

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2018

Macarena
Borrega
Gallego

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE PRÓSTATA**



ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER	2
1.2 EL CÁNCER	2
1.3 CÁNCER DE MAMA	4
1.4 CÁNCER DE PRÓSTATA	5
1.5 ASPECTOS PSICOSOCIALES	7
2. JUSTIFICACIÓN	9
2.1 OBJETIVOS	10
2.1.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2.2 HIPÓTESIS	10
3. MÉTODO	11
3.1 PARTICIPANTES	11
3.2 VARIABLES E INSTRUMENTOS	12
3.3 PROCEDIMIENTO	14
3.4 DISEÑOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	14
3.4.1. DISEÑO PARA LA INVESTIGACIÓN	14
3.4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	15
4. RESULTADOS	15
5. DISCUSIÓN	23
6. BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS:	29
1. APROBACIÓN CEIC	29
2. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS:	30

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento a todo el servicio de Oncología Médica del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres que han hecho posible esta investigación colaborando en todo momento e implicándose en el proyecto, gracias por ayudarme a dar respuesta al estudio y estar siempre dispuestos a colaborar en él, este proyecto no hubiera sido posible sin dicha implicación.

Me gustaría hacer un agradecimiento especial a todos los pacientes que se han visto implicados en el trabajo gracias a su participación, teniendo en cuenta la situación por la que están pasando y que hayan dedicado su tiempo de espera colaborando en él. Por haber compartido sus pensamientos, sentimientos y emociones, y dar respuesta de la mejor manera.

Por último, a mis tutores, tanto a Helena García Llana como a David Paniagua, por haberme acompañado en este proyecto dando respuestas y soluciones a tantas dudas como podían surgir.

Resumen

Antecedentes: Dadas las repercusiones psicológicas que tiene el diagnóstico de cáncer de mama y de próstata sobre las personas, hace que nos encontramos ante un sector de población en riesgo en cuanto a la salud mental. **Objetivo:** Conocer cómo afrontan el cáncer, tanto hombres como mujeres, relacionándolo con la calidad de vida en la salud (CVRS). Así como con variables sociodemográficas.

Método: Participaron un total de 27 hombres y 33 mujeres entre los 43 y 86 años de edad. Se emplearon los instrumentos: HADS, para medir tanto la ansiedad como la depresión de la muestra clínica, CAEPO, cuestionario de afrontamiento en pacientes oncológicos y el SF12 V2.0, que mide la calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el afrontamiento de la enfermedad $p = .042$. Por otro lado, el estadio de la enfermedad influye en los estilos de afrontamiento $p = .022$. Se observa, que el apoyo social percibido no afecta al afrontamiento $p = .771$. Por último, cuando se comparan los niveles de ansiedad y depresión con el tiempo de seguimiento en consulta no se obtiene relación con CVRS. **Conclusión:** Se han observado cambios en función del sexo y sobre las variables de afrontamiento.

Palabras Claves: cáncer de mama, cáncer de próstata, afrontamiento, calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad/depresión

Abstract

Background: Knowing the psychological repercussions of the diagnosis of breast cancer and prostate cancer on people, makes us face a sector of the population at risk in terms of mental health. **Objective:** The objective is to know how men and women coping the disease, in order to the quality of life in health (HRQOL). Different sociodemographic variables will be considered to determine if they influence or not.

Method: The sample was 27 men and 33 women between 43 and 86 years. The following instruments were used: HADS, to measure anxiety and depression of the clinical sample, CAEPO, stress coping questionnaire for oncological patients and the SF12, which measures the quality of life related to health.

Results: There are significant differences between men and women in coping with the disease $p = .042$. On the other hand, that the stage of the disease influences in coping styles $p = .022$. It is noted, that perceived social support does not affect coping $p = .771$. Ultimately, that comparing levels of anxiety and depression related to follow-up time in consultation is not a predictor of HRQOL. **Conclusion:** Changes have been observed depending on sex and on coping variables.

Key words: breast cancer, prostate cancer, coping, quality of life related to health, anxiety/depression

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Epidemiología del cáncer

Cada año en España se diagnostican 26.000 casos de mujeres con cáncer de mama frente a los 32.000 casos de varones con cáncer de próstata. (AECC, 2016).

Es un hecho, que la cifra de personas que son diagnosticadas de Cáncer ha aumentado notoriamente en los últimos 20 años, siendo este número mayor por las técnicas de detección precoz, el aumento de la población y la mejora en las condiciones de vida. Según los últimos datos recogidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017), el número total de casos incidentes de cáncer en España en el año 2015 fueron de 247.771 (148.827 en hombres y 98.944 en mujeres).

La tasa de supervivencia se hace notoria con el paso de los años y las expectativas son que esta tendencia continúe. Con el aumento de la esperanza de vida, surge el concepto de enfermedad crónica y entre ellos el cáncer (Guillem, 2002). Un factor a tener en cuenta es el período del diagnóstico de la persona es que, el 50% de los enfermos que padecen la enfermedad tienen una tasa de supervivencia mayor de 5 años frente al sector de la población que se hace un diagnóstico tardío en el cual la esperanza de vida se hace más corta.

1.2 El cáncer

La palabra cáncer engloba diversas enfermedades, caracterizadas por un desarrollo anormal de las células, que se dividen, crecen y se dispersan sin ningún tipo de control propagándose a los tejidos circundantes (*National Cancer Institute*, INC, 2015). Existen algunas entidades clínicas englobadas conceptualmente como tumores que crecen a un ritmo más lento y son considerados como benignos. Aquí cuando hablamos de tumores siempre nos referimos a los malignos, con capacidad para amenazar la propia supervivencia.

Las células son un organismo con múltiples procesos vitales, que incluyen un proceso de división, en el cual, cuando las células tienen alguna alteración en su programa biológico se destruyen por un proceso conocido como apoptosis. (INC, 2016).

El cáncer se produce cuando la célula, no se ajusta a su programa biológico y desarrolla programas que perpetúan su crecimiento, desdiferenciación, invasión de tejidos de alrededor y de a distancia, conocidos como metástasis. (NIH, 2015).

Se debe considerar que existe una escala de estadiaje del cáncer, sistema “TNM” (ver Tabla 1), la “T” habla del tamaño del tumor y lo que se expandido por tejidos próximos, la “N” la propagación hasta los ganglios linfáticos, y, por último, la “M” que da significado a la metástasis, si el tumor está diseminado por otras partes del cuerpo. Esta escala está especificada por la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Se desarrolló para mejorar el manejo clínico, la decisión médica y la evaluación tras el diagnóstico.

Se entiende que los tumores de la misma procedencia comparten la misma extensión y formas de crecer.

Tabla 1: Sistema TNM. Escala de estadiaje del Cáncer	
1. Tumor primario(T)	
TX	El tumor no puede ser evaluado
T0	No hay evidencias de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)
T1, T2, T3, T4	Tamaño y/o extensión del tumor primario
2. Ganglios linfáticos regionales (N)	
NX	No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales
N0	No existe complicación de ganglios linfáticos regionales
N1, N2, N3	Complicación de ganglios linfáticos regionales
3. Metástasis distante(M)	
Mx	No es posible evaluar una metástasis distante
M0	No existe metástasis distante (no está diseminado)
M1	Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)
<i>Nota:</i> Recuperado de TNM. Escala de estadiaje del cáncer. Copyright 2017 por Seoane González.	

El sistema es el más empleado por los especialistas es la siguiente (NIH, 2015):

- In situ: Existen células anómalas, pero se encuentran localizadas, no se han dispersado por tejidos próximos.
- Localizado: El tumor se encuentra limitado donde comenzó, no hay señales que se encuentre disperso.
- Regional: El cáncer está esparcido por zonas inmediatas, ya sean tejidos, órganos o ganglios linfáticos.
- Distantes: En este caso si se encuentra disperso por lugares diferentes del cuerpo.
- Desconocido: No se conoce lo necesario el tipo de tumor para poder conocer el estadio. en el que se encuentra.

El tipo de cáncer se diferencia en función del tejido u órgano en el que se haya originado.

De forma simplificada se dividen en (SEOM, 2017):

- Carcinomas: A partir de células epiteliales. Son células que se encuentran en las capas superficiales de órganos, comprenden el 80% de tumores.
- Sarcomas: Se forman a partir de las capas mesenquimales del tejido embrionario, y comprenden los derivados de cartílago, hueso, músculo etc.
- Leucemias: El origen del mismo es en la médula ósea y se caracteriza por una alteración en los glóbulos blancos.
- Linfomas: Se desarrollan comenzando en el sistema linfático.

En este trabajo, el desarrollo va a estar centrado tanto en el cáncer de mama como en el cáncer de próstata, siendo un tema de relevancia social, ya que constituyen el porcentaje más alto, sumados, de diagnóstico de tumores, y juegan un papel muy relevante al incluir áreas del comportamiento fundamentales como la afectividad y la sexualidad, la imagen corporal y fertilidad, por lo que el impacto emocional y social repercute en todas las áreas de la vida del paciente (*American Cancer Society*, 2016) siendo en diversas ocasiones incapacitante para la persona.

1.3 Cáncer de Mama

La incidencia actual del cáncer de mama, según datos de la Asociación Española de la Lucha Contra el Cáncer (AECC, 2017), es de 26.282 mujeres en 2015 suponiendo un aumento de 1.067 mujeres respecto a tres años anteriores y se prevé que los datos aumenten en 2020 en 1728 personas, siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. La incidencia en 2012, aportando datos de la IARC (*International Agency for Research on Cancer*, 2012), es que, debido al aumento en la expectativa de vida se ha hecho más notable en mujeres a partir de los 75 años (5.305 casos) siguiendo por las mujeres entre 50-54 años (3.013 casos). Por otro lado, la incidencia menor aparece en mujeres entre 15-39 (2.470 casos) y, en un rango de edad de 24 años, y entre 70- 74 (1.989 casos).

A partir de las campañas de reconocimiento mamográfico a mujeres y los nuevos tratamientos establecidos, sí se puede afirmar que hay mejores tasas en la supervivencia. (Martín, Herrero, Echevarría, 2015).

El tumor suele comenzar en los conductos mamarios y en pocas ocasiones en los lóbulos mamarios. Hay que hacer una diferenciación en la extensión del mismo, la clasificación por estadios es, (Martín, Herrero, Echevarría, 2015):

- Estadio I: No existe afectación a la axila y el tumor está localizado.
- Estadio II: El tamaño del tumor es superior a 2cm o puede estar dañada la zona de la axila.
- Estadio III: El tumor tiene un tamaño grande, por otra parte, existe la posibilidad de afectación a piel, músculo pectoral o de la zona axilar.
- Estadio IV: Es el peor pronóstico, el tumor está expandido a órganos distantes.

Estadio I:	95%
Estadio II:	80%
Estadio II:	60%
Estadio IV:	25%

Sin embargo, tras observar las tasas de incidencia, el pronóstico depende de otra serie de parámetros, generalmente relacionados con la biología de la célula tumoral. (AECC, 2017). En el caso del cáncer de mama existen diversas opciones de tratamiento, contrastado por la *European Society for Medical Oncology* entre 2011 y 2012, que añade que la quimioterapia es el más empleado a la vez que el más efectivo. Por otro lado, también se emplean la hormonoterapia, terapia biológica o cirugía (Lluch, 2015).

1.4 Cáncer de próstata

Por otro lado, el cáncer de próstata, es considerado como el cáncer más diagnosticado en hombres, con una tasa de 32.641 nuevos casos en España en 2014 y la tercera causa de muerte en varones (Granado de la orden, Saá Requejo y Quintás Viaqueira, 2006). Encontramos que el número se ha visto incrementado debido al test del antígeno prostático específico (PSA) que ayuda a realizar una detección precoz de la enfermedad y el aumento en la esperanza de vida (AECC, 2015). En el mayor número de casos, los varones diagnosticados tienen una edad en torno a lo 65 años y rara vez se presenta antes de los 40 años (ACS, 2017).

Como se he mencionado anteriormente, para el diagnóstico del tumor se miden los niveles de PSA, la proteína que produce la próstata, el diagnóstico se diferenciará dependiendo del nivel que se encuentre, el ser más elevado, serán consecuencias de un cáncer más desarrollado. La diferenciación por estadios del cáncer de próstata es (Tod Gersten, 2016):

- Estadio I: El tumor se encuentra localizado en una zona, denominado este tumor, “cáncer de próstata localizado”.
- Estadio II: Las células no se han diseminado más allá de la próstata, se puede decir que sigue estando focalizado pero el tipo de células son más malignas, en cuanto a crecimiento. A su misma vez, se puede encontrar en un solo lado o en los dos.
- Estadio III: El cáncer prostático, si se ha expandido por zonas aledañas, hacia el tejido local. Puede haberse diseminado por las vesículas seminales.
- Estadio IV: El tumor está expandido por otros órganos, los más frecuentes son pelvis o columna.

Tabla 3: Supervivencia del cáncer de próstata	
Estadio I:	100%
Estadio II:	100%
Estadio II:	100%
Estadio IV:	28%

Los índices pronósticos prostáticos indican que, aproximadamente un 85% de la población sobrevive más de 5 años, considerando esta cifra como supervivencia global, sin considerar factores como la edad, la tipología del mismo, etc.

En el caso del cáncer de próstata, Sartor y Bon, (2018) añaden que los tratamientos más frecuentes para incrementar las tasas de supervivencia son la cirugía, quimioterapia y tratamiento oral.

La información recogida sobre la incidencia de los tumores y el pronóstico de los mismos, según en el estadio que se encuentren, me hace realizar este estudio con el fin de recoger datos de un problema de salud de primera magnitud, el cual, causa la pérdida de cientos de vidas cada año e implica altos costes sanitarios. Se puede observar que tiene gran impacto sobre la sociedad y una gran cantidad de la población se puede ver implicado en el proceso de pasar por esta enfermedad.

1.5 Aspectos psicosociales

En 2008, el Comité Psicosocial de Pacientes con Cáncer del Instituto Médico de Estados Unidos, publica un artículo dedicado al cuidado íntegro del paciente en necesidades psicosociales. En éste hace referencia a que el cáncer aporta tanto estrés físico como estrés psicológico, en primer lugar, el físico, debido a las limitaciones que comienzan a experimentar, el síntoma de fatiga y el malestar que le impide realizar su vida diaria, y, por otro lado, los dolores asociados a la enfermedad. (NHI, 2012)

En cuanto a los aspectos psicológicos, una de las mayores incidencias de las que se habla es del estrés, tanto para la persona que vive con la enfermedad como para sus familiares.

Cannon, en el siglo XX, en 1932, describe el estrés como una reacción fisiológica provocada por la percepción de una situación aversiva o amenazante. Se puede conceptualizar como estímulo, respuesta o transacción- interacción.

Se estima que el 50% de los pacientes que padecen cáncer sufren un trastorno adaptativo (ansioso, depresivo o mixto) (Kaplan, 1996). En un principio, se puede considerar que la mayoría de personas con cáncer tienen un funcionamiento psicológico normal (Kornblith, 1998) y que el estrés forma parte del proceso de asimilación de la enfermedad. Pueden aparecer síntomas como la tristeza, las lágrimas, miedo, etc. Unos niveles altos de estrés en el entorno familiar pueden interferir en las necesidades de soporte del propio paciente (NCBI, 2008).

En términos generales, el concepto de afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva a cabo el individuo para enfrentarse o manejar tanto las demandas de la situación como la consiguiente reacción de estrés suscitada por la misma (Sandín, 1995). Los pacientes entran en crisis, guardando relación con la malignidad y el sufrimiento. Para ello, los estilos de afrontamiento que tenga cada persona pueden influir positiva o negativamente respecto a su recuperación. El individuo utiliza diversas formas de afrontamiento para tratar el estrés, pueden ser adaptativas, mientras que otras no lo son (Sandín y Chorot, 2003). Existen diferentes estilos ya que cada persona responde de manera diferente al afrontamiento, el cual actúa como un tipo de respuesta multidimensional que se produce ante la situación estresante, y la respuesta es interpretada por cada persona de manera diferente (Lazarus y Folkman, 1986). Una vez que la persona percibe una situación de estrés tiene que poner en marcha sus estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones estresantes. Son las responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategia (Fernández-Abascal, 1997).

La descripción que realiza Meichenbaum y Turk en 1982, sobre los estilos de afrontamiento son:

- Centrado en el problema, intentar controlar el estrés, es decir, buscar herramientas para ver si la situación es controlable o modificable.
- Negación, omitir el problema, y no querer aproximarse a él.
- Centrado en la emoción, la persona asimila lo que está sucediendo si tiene la certeza que no tiene otra manera de controlar la situación.

Por otro lado, Ross, en 1993 desarrolla las fases por las que puede pasar una persona, estas son:

- Negación: La persona no quiere aceptar lo que está sucediendo, y parte de la base que es mentira, se produce en el momento que se le da la noticia de la enfermedad. Se precisa de su debido espacio para superar esta fase.
- Rabia: Una vez que se ha aceptado lo que pasa, la primera emoción que surge es de rabia ante su círculo más cercano. Las personas tratan de desactivarse implicando emocionalmente de manera negativa a los demás.
- Negociación: La realiza la persona consigo mismo y el servicio sanitario, con el fin de buscar los tratamientos para el cambio.
- Interiorización: Durante la interiorización, la persona hace un examen mental sobre lo que le queda por hacer y cómo le gustaría vivir este proceso,
- Aceptación: Se trata de buscar las mejores soluciones al problema, el talante se mejora.

Carver y Connor (2010) determinaron que variables como edad, tipo de estresor, y el tiempo que transcurre para resolver el evento pueden modificar el estilo de afrontamiento.

Por ello, se vio necesario la creación de un instrumento de medida específico a pacientes con cáncer, ya que se reúnen suficientes estresores en un corto período de tiempo. En éste se miden tanto las conductas como las cogniciones que dan respuesta a esta enfermedad. (González Martínez, 2015). Este instrumento, es una versión adaptada del CAE, un cuestionario de afrontamiento al estrés, aportando que las mujeres poseen más herramientas para afrontar una situación que los hombres (Sandín, Chorot, 2002). Por ello, en este estudio se pretende hacer hincapié en si también existen diferencias de afrontamiento entre ambos sexos ante la enfermedad.

Afrontamiento y Calidad de Vida son conceptos que van relacionados. El término calidad de vida, es el bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo, es un término que en medicina no progresaba en cuanto a la investigación por lo que se trató de reestructurar hasta crear el concepto calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), engloba la salud, la enfermedad y los tratamientos. Se emplea para observar consecuencias de la evaluación clínica y tomar una determinación sobre cómo ayudar al paciente. (Fernández- López, Fernández-Fidalgo, Cieza, 2010).

2. JUSTIFICACIÓN

Conocer como interfiere el diagnóstico de la enfermedad en la vida de las personas, tanto en hombres como en mujeres, es un pilar fundamental de esta investigación. La revisión bibliográfica apunta que existe un alto número de estudios sobre el cáncer de mama tanto en calidad de vida como afrontamiento, pero me parece interesante la opción de introducir la variable hombre, y el cáncer de próstata, ya que no existe la misma cantidad de documentos científicos, y los índices también indican una alta tasa de diagnósticos al año.

Este estudio busca dar una respuesta comparando ambos grupos de hombre y mujeres afectador de cáncer. Buscar una visión alternativa para paliar los daños bio-psio-sociales que se puedan dar producto del impacto psicológico que tiene la noticia, y aportar estrategias para mejorar su CVRS.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

El objetivo principal de esta investigación es realizar un análisis descriptivo y exploratorio del estilo de afrontamiento y la calidad de vida de personas que han sido diagnosticadas de cáncer de mama y de cáncer de próstata.

2.1.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se van a estudiar son: 1) Describir el estilo de afrontamiento de la muestra, describir los niveles de CVRS, y describir el estado emocional de la muestra, haciendo referencia a los niveles de ansiedad y depresión de los sujetos; 2) Estudiar la relación entre el afrontamiento de la enfermedad en base a las variables sociodemográficas sexo, estadio del tumor, y apoyo social percibido. 3) Estudiar las diferencias en el estado emocional de la muestra en función del tiempo y del seguimiento en consulta. 4) Estudiar si la ansiedad y la depresión son un predictor de una disminución en la CVRS.

2.2 Hipótesis

En cuanto al estudio de las diferencias existentes en el afrontamiento de la enfermedad en base a ciertas variables sociodemográficas, se plantearon las siguientes tres hipótesis.

- *Hipótesis 1:* Se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en la variable estilos de afrontamiento en base al sexo, siendo los hombres quienes presenten valores más desadaptativos.
- *Hipótesis 2:* Se espera encontrar diferencias en el estilo de afrontamiento en función al estadio de la enfermedad que se encuentren, estando relacionados los estadios más avanzados de la enfermedad con estilos de afrontamiento más desadaptativos.
- *Hipótesis 3:* Se espera encontrar diferencias en el estilo de afrontamiento en relación con el apoyo social (bajo, medio, alto), siendo las personas que hayan recibido mayor apoyo social las que presenten niveles de afrontamiento más adaptativo.

Para estudiar las diferencias existentes en el estado emocional en función del tiempo de seguimiento en consulta, se plantearon las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 4:* Se espera encontrar diferencias significativas en los niveles de ansiedad de la muestra en función del tiempo de seguimiento en consulta, las personas con un mayor tiempo de seguimiento presentarán mayores niveles de ansiedad.

- *Hipótesis 5:* Se espera encontrar diferencias significativas en los niveles de depresión de la muestra en función del tiempo de seguimiento en consulta, presentando las personas con un mayor tiempo de seguimiento mayores niveles de depresión.

Por último, el objetivo que se plantea es estudiar si la ansiedad y depresión son un predictor de una disminución en la CVRS. Para comprobar este objetivo se plantean dos hipótesis:

- *Hipótesis 6:* Se espera que los elevados niveles de ansiedad sea un predictor significativo de los bajos niveles de calidad de vida relacionados con la salud.
- *Hipótesis 7:* Se espera que los elevados niveles de depresión sea un predictor significativo de los bajos niveles de calidad de vida relacionados con la salud.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

La *población diana* a la que fue dirigida este estudio fueron los pacientes que habían sido diagnosticados de cáncer de mama y de cáncer de próstata en un hospital general de la provincia de Cáceres.

La muestra utilizada para este estudio fue seleccionada mediante un *muestreo no probabilístico casual o incidental* de voluntarios: los participantes se seleccionaron directamente de la población diana, mientras acudían a consultas externas del servicio de oncología del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, participando todos ellos de forma voluntaria en el estudio.

Los *criterios de selección* o de *inclusión* marcados para poder participar en este estudio fueron: 1) Pacientes que se encuentren en un rango de edad a partir de los 18 años. 2) Estar diagnosticado de cáncer de mama o de próstata. 3) Que se encuentre en seguimiento en consultas externas de oncología. 4) Aceptación por parte del paciente del consentimiento informado y completar de forma exhaustiva el cuaderno de recogida de datos con los distintos instrumentos de medida. 4) Pacientes sin deterioro cognitivo. 5) Ausencia de historia psiquiátrica activa.

De esta manera, la muestra final estuvo compuesta por 44 sujetos, de los cuales 45,5% fueron hombres y 54,5% mujeres, entre 43 y 86 años, siendo la media de edad de 65,16 años, encontrándose en el periodo de diagnóstico la enfermedad entre uno y diez años. La muestra inicial estuvo formada por 60 pacientes, 27 hombres y 33 mujeres, sin embargo, se tuvieron que

eliminar del estudio a 18 sujetos, ya que en sus cuadernos de respuesta se encontraron un número de omisiones suficiente como para tener que ser suprimidos de esta investigación.

3.2 Variables e instrumentos

Los instrumentos junto con las variables empleadas en esta investigación son:

- *Encuesta de datos clínicos y variables sociodemográficas elaborada ad-hoc*, Conocer el perfil clínico del paciente. Las variables estudiadas son: sexo (hombre o mujer), edad, nacionalidad (española o extranjera), estado civil (soltero, en pareja, separado o viudo), nivel de estudios alcanzados (sin estudio, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios o postgrado), estado laboral (sí o no), diagnóstico (cáncer de mama o cáncer de próstata), estadio de la enfermedad (I, II, III, IV), tiempo de seguimiento, tratamiento (nada, quimioterapia, hormonoterapia, otras, o combinados), historia psiquiátrica previa, uso de psicofármacos y apoyo social percibido (bajo, medio u alto).

Para medir las variables psicológicas, se utilizaron los siguientes instrumentos estandarizados:

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento fue diseñado para la detección de trastornos afectivos en el ámbito hospitalario no psiquiátrico. Consta de 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (rango de 0 a 3) siete corresponden a la subescala de ansiedad (HADS-A) y los otros siete a la de depresión (HADS-D). La puntuación para cada subescala oscila entre 0 y 21 puntos. Para ambas subescalas una puntuación de entre 8 y 10 indica un caso de severidad moderada, y una puntuación superior a 11 un caso severo o grave. Así mismo, la suma de ambas escalas proporciona una medida de malestar global, con un punto de corte recomendado ≥ 16 . En el estudio la sub-escala de ansiedad arrojó un alfa de Cronbach de 0,843, mientras que la sub-escala de depresión arrojó un alfa de Cronbach de 0,855. La fiabilidad de la escala total para la muestra actual fue de 0,879.

- El *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)* de (CAEPO; González Martínez, 2004). Este instrumento fue diseñado para conocer los estilos de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos. Consta de 40 ítems y 7 escalas y altos niveles de consistencia según afirma González. El rango de respuesta de los 40 ítems es de 4 puntos (de 0 “nunca” a 3 “casi siempre”). Siguiendo los resultados mostrados por el autor las escalas se denominan: Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA) con 9 indicadores (ítems: 1, 2, 13, 16, 17, 21, 24, 31 y 39) ($\alpha=0,92$); Autocontrol y Control Emocional (ACE) con 7 indicadores (ítems: 3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40) ($\alpha=0,90$); Búsqueda de Apoyo Social (BAS) con 4 indicadores (ítems: 5, 10, 15 y 33) ($\alpha=0,89$); Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA) con 6 indicadores (ítems: 4, 6, 14, 22, 26 y 32) ($\alpha=0,91$); Pasividad y Resignación Pasiva (PRP) con 5 indicadores (ítems: 11, 23, 34, 35 y 37) ($\alpha=0,88$); Huida y Distancia- miento (HD) con 6 indicadores (ítems: 8, 9, 18, 29, 30 y 38) ($\alpha=0,91$) y, por último, Negación (N) con 3 indicadores (ítems: 20, 27 y 36) ($\alpha=0,78$). También se indica que los primeros tres componentes (ELA, ACE y BAS) muestran la presencia de afrontamiento adaptativo ante la situación de enfermedad, caracterizado por pensamientos y conductas positivas y/o activas, mientras que los restantes cuatro componentes (APA, PRP, HD y N) se refieren al afrontamiento desadaptativo ante la situación de enfermedad, caracterizado por pensamientos y conductas negativas y/o pasivas. Según este estudio el alfa para ambas subescalas fue de 0,781.

- *Cuestionario de salud SF-12 (Short-Form 12 Health Survey)*, Como medida de salud y calidad de vida utilizamos el *Cuestionario de Salud SF-12* (McHorney, Ware, Raczek. 1993). El SF-12 fue realizado como una forma breve del SF-36, seleccionando 12 de sus 36 ítems, y que ha demostrado ser una alternativa con una eficacia y validez comparables. El SF-12 está traducido y validado al castellano (Alonso et al., 1995). El contenido del cuestionario lo constituyen 8 subescalas (Salud física, Funcionamiento físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Funcionamiento Emocional, Salud Mental), Las opciones de respuesta del SF-12 forman escalas tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem, y cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100. Las puntuaciones tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia. Los estudios publicados sobre sus características métricas aportan una fiabilidad, validez y sensibilidad (alfa de Cronbach > .7 reproducibilidad test-retest). Para esta normalización, utilizamos

los algoritmos estándar, derivados de la población americana, que se comprobó que servían para la población española. Cuanto más alta es la puntuación, más funcional es la dimensión explorada por cada una de las subescalas. La fiabilidad de la escala total en el estudio que nos ocupa fue de 0,548.

3.3 Procedimiento

Se elaboraron los materiales que se iban a emplear como instrumento de medida y se solicitó en permiso al CEIC del hospital para realizar el estudio. Posteriormente, contando con la aprobación del mismo y poseer los consentimientos informados para acceder a la muestra se procedió a la recogida de datos. Es entonces, cuando se informaba al paciente acerca de los objetivos; era necesario la firma de dicho consentimiento para proceder a la investigación. El procedimiento, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente, fue tanto autoaplicado como heteroaplicado, en algunas ocasiones se le ha dotado al paciente del cuestionario y lo han cumplimentado en su domicilio. La muestra ha sido recogida durante tres meses, de diciembre de 2017 hasta febrero de 2018, en las consultas externas del Servicio de Oncología Médica del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. La muestra final fue analizada mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0, realizando posteriormente la interpretación de los datos.

3.4 Diseños y Análisis estadísticos

3.4.1. Diseño para la investigación

Esta investigación es un *estudio empírico con metodología cuantitativa*, ya que se presentarán en él datos empíricos obtenidos mediante el procedimiento planteado y desarrollado específicamente para esta investigación, puede clasificarse como un estudio *ex post facto*, ya que se utilizó como herramienta para la obtención de la evidencia empírica una encuesta, por lo que las variables independientes han sido únicamente medidas por test y, además el trabajo estadístico posterior se basará en las hipótesis planteadas con anterioridad. Por último, añadir que es un estudio *transversal y descriptivo* la muestra se recogerá en un único momento en el tiempo.

3.4.2. Análisis estadísticos

En cuanto al *análisis de datos*, los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS, versión 22.0, introduciendo las variables comentadas en apartados anteriores. Se seleccionó una probabilidad de error de .05 para el procedimiento de aceptación/rechazo de las diferentes hipótesis. El tipo de estilo de afrontamiento de la muestra, los niveles de CVRS y el estado emocional (ansiedad y depresión), se llevaron a cabo a partir de un análisis descriptivo de las variables de interés. Para hallar el supuesto de normalidad de la muestra fue a partir de Shapiro-Wilk.

Para estudiar la diferencia de variables cuantitativas entre dos grupos, afrontamiento en base al sexo, se llevó a cabo su comprobación a partir de un *contraste t de Student de diferencia de medias para muestras independientes*. En cuanto al estudio de las diferencias entre varios grupos, diferencias en el afrontamiento en función del estadio de la enfermedad, y, diferencias en el estilo de afrontamiento en función del apoyo social percibido, la prueba elegida ha sido ANOVA de un factor inter para cada una de ellas. También se empleará esta prueba en la comprobación de diferencias en el nivel de ansiedad y depresión en función del tiempo de seguimiento. Por último, para calcular si las variables son predictoras de otras variables se llevaron a cabo dos *análisis de regresión stepwise o por pasos*, ya que elimina progresivamente las variables cuyo poder predictivo es reducido, por lo que no serán incluidas en el modelo explicativo final.

4. RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a través de las distintas pruebas estadísticas mencionadas.

Perfil sociodemográfico y clínico

<i>Tabla 3. Estadísticos descriptivos.</i>								
Variable	Muestra total (N=44)		Hombres (N=20)		Mujeres (N=24)		Estadístico	p
	Media (DT) Rango	N (%)	Media (DT) Rango	N (%)	Media (DT) Rango	N (%)		
<i>Variables sociodemográficas</i>								
Edad	65,16 (10,81) 43-86		69,85 (8,04) 55-86		61,25 (11,39) 43-82		t = 2,835	0.007
Sexo								
Hombre		20 (45,5)						
Mujer		24 (54,5)						
Nacionalidad							$\chi^2 = 0,853$	0.356
Española		43 (97,7)		20 (100)		23 (95,8)		
Extranjera		1 (2,3)		0 (0)		1 (4,2)		
Estado civil							$\chi^2 = 0,517$	0.915
Soltero/a		5 (11,4)		2 (10)		3 (12,5)		
En pareja		27 (61,4)		12 (60)		15 (62,5)		
Separado/a		7 (15,9)		4 (20)		3 (12,5)		
Viudo/a		5 (11,4)		2 (10)		3 (12,5)		
Nivel de estudios alcanzados							$\chi^2 = 4,096$	0.251
Sin estudios		7 (15,9)		5 (25)		2 (8,3)		
Estudios primarios		19 (43,2)		8 (40)		11 (45,8)		
Estudios secundarios		12 (27,3)		6 (30)		6 (25)		
Estudios universitarios		6 (13,6)		1 (5)		5 (20,8)		
Postgrado		0 (0)		0 (0)		0 (0)		
Estado laboral							$\chi^2 = 4,283$	0.038
Sí		8 (18,2)		1 (5)		7 (29,2)		
No		36 (81,8)		19 (95)		17 (70,8)		
<i>Variables relacionadas con la enfermedad</i>								
Diagnostico							$\chi^2 = 44$	0.000
Cáncer de mama		24 (54,5)		0 (0)		24 (100)		
Cáncer de próstata		20 (45,5)		20 (100)		0 (0)		
Estadio de la enfermedad							$\chi^2 = 2,273$	0.518
Estadio I		7 (15,9)		6 (30)		11 (45,8)		
Estadio II		10 (22,7)		1 (5)		6 (25)		
Estadio III		5 (11,4)		5 (25)		2 (8,3)		
Estadio IV		7 (15,9)		8 (40)		5 (20,8)		
Tiempo de seguimiento							$\chi^2 = 7,73$	0.052
Menos de un año		19 (43,2)		7 (35)		12 (50)		

Entre uno y cinco años	14 (31,8)	10 (50)	4 (16,7)		
Entre seis y diez años	7 (15,9)	3 (15)	4 (16,7)		
Más de diez años	4 (9,1)	0 (0)	4 (16,7)		
Tratamiento				$\chi^2 = 14,393$	0.006
Nada	1 (2,3)	1 (5)	0 (0)		
Quimioterapia	13 (29,5)	4 (20)	9 (37,5)		
Hormonoterapia	2 (4,5)	2 (10)	0 (0)		
Otras	6 (13,6)	6 (30)	0 (0)		
Mixto	21 (47,7)	6 (30)	15 (62,5)		
Historial psiquiátrico				-	-
Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
No	44 (100)	20 (100)	24 (100)	$\chi^2 = 1,261$	0.261
Consumo de psicofármacos					
Sí	8 (18,2)	4 (20)	2 (8,3)		
No	36 (81,8)	16 (80)	22 (91,7)	$\chi^2 = 1,650$	0.199
Consumo de ansiolíticos					
Sí	8 (18,2)	2 (10)	6 (25)		
No	36 (81,8)	18 (90)	18 (75)	$\chi^2 = 2,322$	0.128
Consumo de antidepresivos					
Sí	6 (13,6)	1 (5)	5 (20,8)		
No	38 (86,4)	19 (95)	19 (79,2)	$\chi^2 = 0,769$	0.681
Apoyo social recibido					
Bajo	5 (11,4)	3 (15)	2 (8,3)		
Medio	12 (27,3)	6 (30)	6 (25)		
Alto	27 (61,4)	11 (55)	16 (66,7)		
<i>Variables objeto de estudio</i>					
Estilo de Afrontamiento	67 (13,47) 41-95	62,50 (15,29) 8-45	70,75 (10,66) 8-40	t = -2,102	0.042
CVRS	30,86 (2,66) 22-37	30,85 (2,96) 22-37	30,88 (2,44) 27-35	t = -0,031	0.976
Ansiedad	6,02 (3,92) 0-16	4,70 (4) 0-14	7,13 (3,57) 2-16	t = - 2,125	0.04
Depresión	3,50 (3,99) 0 – 17	5 (4,93) 0-17	3,54 (2,93) 0-10	t = 1,215	0.231
<i>Nota:</i> Otros= Otros tratamientos, Mixto= Más de un tratamiento					

Se analizaron las correlaciones entre las variables. Se indican con un asterisco las correlaciones significativas con un nivel de .05 y con dos asteriscos las correlaciones significativas con un nivel de .01.

	1	2	3	4	5
1. Edad	-				
2. Estilo de Afrontamiento	,239	-			
3. Calidad de Vida Relacionada con la Salud	-,081	,014	-		
4. Nivel de Ansiedad	-,261	-,144	-,169	-	
5. Nivel de Depresión	,137	-,331*	,058	,477**	-

Perfil psicológico.

Se presenta, a continuación, una tabla indicando, el mínimo y el máximo, como estadísticos de tendencia central la mediana y la media, como estadísticos de dispersión o variabilidad, la desviación típica o estándar, como índices de forma, la asimetría y la curtosis, y como estadísticos de posición el primer y el tercer cuartil; no se indica el segundo cuartil por coincidir su valor con el de la mediana.

Variable	Mín.	Máx.	Mediana	Media	Des. Típica	Asimetría	Curtosis	Q1	Q3
Edad	43	86	65,50	65,16	10,807	-0,110	-0,798	57	74,25
Estilo de Afrontamiento	41	95	66,50	67	13,468	0,211	-0,729	57,25	77,75
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	22	37	31	30,86	2,665	-0,416	2,246	29,25	32
Nivel de Ansiedad	0	16	6,00	6,02	3,921	0,494	-0,382	2	9
Nivel de Depresión	0	17	4,20	3,50	3,986	1,264	1,621	1	6

En cuanto al *estilo de afrontamiento*, la media de la muestra arroja un valor de 67; dado que el rango de valores de esta escala oscila entre los 0 y 120 puntos, indicando las puntuaciones más altas un estilo de afrontamiento más positivo, podría concluirse que los sujetos de la presente muestra poseen un estilo de afrontamiento predominantemente positivo. En referencia a los niveles de calidad de vida, el rango de valores oscila de 0 a 100, indicando puntuaciones más bajas que el resto de la población. En el caso de la muestra, se obtiene una media de 30,86, indicando este valor que la muestra no presentaría un buen estado de salud percibido. Por último, en cuanto al estado de ánimo, las puntuaciones de las sub-escalas del test utilizado para medir ansiedad y depresión oscilarían entre 0 y 21 puntos. Las medias obtenidas son de 6,02 para la ansiedad y de 3,50 para la depresión, lo que estaría indicando niveles bajos de ambos cuadros en esta muestra, lo que supone un alto estado emocional de los pacientes.

Análisis inferencial: comprobación de supuestos.

Para comprobar el *supuesto de normalidad*, se llevó a cabo la prueba de Shapiro-Wilk, la elección de dicha prueba, es debida a que la muestra está compuesta por 44 sujetos.

Variable	Estadístico	gl	Sig.
Estilo de afrontamiento	0,979	44	,609
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	0,938	44	,020
Nivel de Ansiedad	0,949	44	,052
Nivel de Depresión	0,879	44	,000

En el caso de las pruebas de normalidad, la hipótesis estadística nula indica el cumplimiento del supuesto; esta hipótesis se aceptará cuando el valor de la significación de la prueba estadística realizada, en este caso, la prueba de Shapiro-Wilk, supere el valor del alfa .05.

Como se puede comprobar en la Tabla 7, la prueba de normalidad tiene valores de significación por debajo del alfa fijado en la CVRS y Nivel de Depresión; por lo tanto, no se puede afirmar que se cumpla el supuesto de normalidad a nivel univariable en ellas. Sin embargo, la prueba de normalidad arroja valores de significación por encima del alfa fijado en las variables Estilo de Afrontamiento y Nivel de Ansiedad, por lo que podría concluirse que, en estas variables, mantenemos el supuesto de normalidad.

Análisis inferencial: Comprobación de hipótesis

Hipótesis 1.

En la primera hipótesis, se esperaba encontrar diferencias en los estilos de afrontamiento en base al sexo. En este caso, se llevó a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes y se utilizó como factor la variable “sexo”, diferenciada en dos categorías: “hombre” y “mujer”, y como variable dependiente cuantitativa el “*el estilo de afrontamiento*”.

Categoría	Media	Desviación típica
Hombre	62,50	15,29
Mujer	70,75	10,66

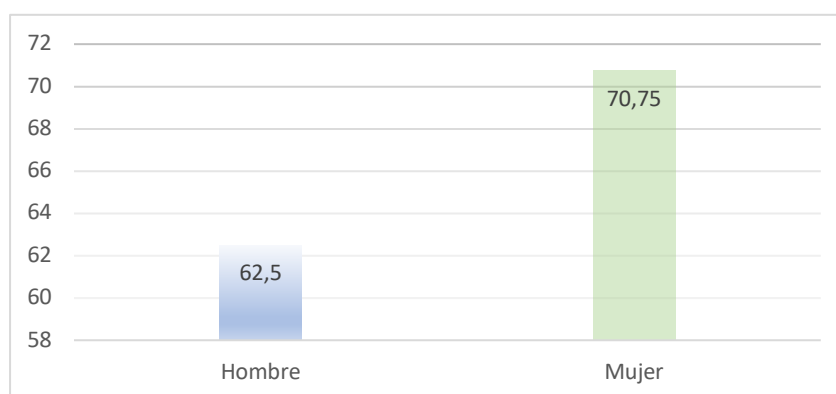


Figura 1. Diagrama de barras de medias de las puntuaciones “estilo de afrontamiento” en base a la variable “sexo”, dividida en “hombre” y “mujer”.

Los datos permiten afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas. ($t_{42} = -2,102$; $p = ,042$) en las medias de las puntuaciones obtenidas en el “*estilo de afrontamiento*” entre hombres ($M = 62,50$; $Sx = 15,29$) y mujeres ($M = 70,75$; $Sx = 10,66$), por lo que la hipótesis estadística fue aceptada. Los datos indican que las mujeres presentarían un estilo de afrontamiento más adaptativo que los hombres.

Hipótesis 2.

En la segunda hipótesis, se esperaba encontrar diferencias en los estilos de afrontamiento en base al estadio de la enfermedad en el cual se encontraban los pacientes. En este caso, se llevó a cabo un ANOVA para un factor inter, utilizando como factor la variable “*estadio de la enfermedad*”, diferenciada en cuatro categorías: “*estadio I*”, “*estadio II*”, “*estadio III*” y “*estadio IV*”, y como variable dependiente cuantitativa el “*estilo de afrontamiento*”.

Tabla 9.
Estadísticos descriptivos de las puntuaciones “estilo de afrontamiento” en base a la variable “estadio de la enfermedad”, dividida en estadio I”, “estadio II”, “estadio III” y “estadio IV”.

Categoría	Media	Desviación típica
Estadio I	63,14	9,512
Estadio II	75,40	10,80
Estadio III	58,00	9,75
Estadio IV	65,86	10,78

Los datos permiten afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,25)} = 3,818$; $p = .022$) únicamente entre las medias del Estadio II ($M = 75,40$; $Sx = 10,80$) y las medias del Estadio III ($M = 58,00$; $Sx = 9,75$), por lo que la hipótesis estadística fue aceptada. Los datos indican que los pacientes que fueron diagnosticados en el Estadio II de la enfermedad presentarían un estilo de afrontamiento más positivo que los pacientes que fueron diagnosticados en el Estadio III.

Hipótesis 3.

En la tercera hipótesis, se esperaba encontrar diferencias en los estilos de afrontamiento en base al apoyo social recibido. En este caso, se llevó a cabo un ANOVA para un factor inter, utilizando como factor la variable “*apoyo social recibido*”, diferenciada en tres categorías: “*bajo*”, “*medio*” y “*alto*”, y como variable dependiente cuantitativa el “*el estilo de afrontamiento*”.

Tabla 10.
Estadísticos descriptivos de las puntuaciones “estilo de afrontamiento” en base a la variable “apoyo social recibido”, diferenciada en tres categorías: “bajo”, “medio” y “alto”

Categoría	Media	Desviación típica
Bajo	68,80	13,50
Medio	68,92	12,14
Alto	65,81	14,35

Los datos permiten afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,41)} = 0,261$; $p = .771$) en las medias del estilo de afrontamiento comparadas en base al apoyo social recibido, por lo que la hipótesis estadística fue rechazada.

Con el objetivo de comprobar las diferencias existentes en el estado emocional en función del tiempo de seguimiento en consulta se plantearon dos hipótesis.

Hipótesis 4.

En la cuarta hipótesis, se esperaba encontrar diferencias en los niveles de ansiedad en base al tiempo de seguimiento en consulta. En este caso, se llevó a cabo un ANOVA para un factor inter, utilizando como factor la variable “*tiempo de seguimiento en consulta*”, diferenciada en cuatro categorías: “*Menos de un año*”, “*Entre uno y cinco años*”, “*Entre seis y diez años*” y “*más de 10 años*”, y como variable dependiente cuantitativa “*los niveles de ansiedad*”.

<i>Tabla 11.</i> <i>Estadísticos descriptivos de las puntuaciones “niveles de ansiedad” en base a la variable “tiempo de seguimiento en consulta”, diferenciada en: “Menos de un año”, “Entre uno y cinco años”, “Entre seis y diez años” y “más de 10 años”</i>		
Categoría	Media	Desviación típica
Menos de un año	5,63	3,35
Entre uno y cinco años	5,00	4,49
Entre seis y diez años	8,57	4,08
Más de 10 años	7,00	3,16

No existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,40)} = 1,50$; $p = .229$) en las medias los niveles de ansiedad comparados en base al tiempo de seguimiento, por lo que la hipótesis estadística fue rechazada.

Hipótesis 5.

En la quinta hipótesis, se esperaba encontrar diferencias en los niveles de depresión en base al tiempo de seguimiento en consulta. En este caso, se llevó a cabo un ANOVA para un factor inter, utilizando como factor la variable “*tiempo de seguimiento en consulta*”, diferenciada en cuatro categorías: “*Menos de un año*”, “*Entre uno y cinco años*”, “*Entre seis y diez años*” y “*más de 10 años*”, y como variable dependiente cuantitativa los “*niveles de depresión*”.

<i>Tabla 12.</i> <i>Estadísticos descriptivos de las puntuaciones “niveles de depresión” en base a la variable “tiempo de seguimiento en consulta”, diferenciada en: “Menos de un año”, “Entre uno y cinco años”, “Entre seis y diez años” y “más de 10 años”</i>		
Categoría	Media	Desviación típica
Menos de un año	4,26	3,798
Entre uno y cinco años	3,57	4,292
Entre seis y diez años	5,00	5,132
Más de 10 años	4,75	2,217

Los datos permiten afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,40)} = 0,224; p = .879$) en las medias los niveles de depresión comparados en base al tiempo de seguimiento, por lo que la hipótesis estadística fue rechazada.

En cuanto al *objetivo específico 6* estudiar si la ansiedad y depresión son predictores de la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud, no se llevará a cabo la comprobación de las hipótesis planteadas, ya que el incumplimiento del supuesto de linealidad indica que no existe una relación lineal entre las variables, por lo que se puede concluir que tampoco podrán ser predictores indicativos de la variable propuesta.

5. DISCUSIÓN

En este estudio se ha trabajado cómo afrontan la enfermedad tanto pacientes con cáncer de mama como pacientes con cáncer de próstata. Teniendo en cuenta a 44 sujetos, siendo 24 mujeres y 20 hombres entre los 43 y 86 años.

Es reseñable señalar, que la respuesta a este estudio, es que sí existen diferencias en el estilo de afrontamiento entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que presentan un estilo de afrontamiento más adaptativo que los hombres y habiendo más relación en la desviación típica de las mismas.

Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las edades de hombres y mujeres, siendo los hombres más mayores que las mujeres. En segundo lugar, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el estado laboral de hombres y mujeres, siendo las mujeres las que se encontraban trabajando con mayor frecuencia que los hombres. En tercer lugar, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los tratamientos de hombres y mujeres, predominando en el caso de los hombres los tratamientos catalogados como “otros” y “mixtos”, y en las mujeres los tratamientos catalogados como “mixtos”. En cuarto lugar, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el estilo de afrontamiento de hombres y mujeres, poseyendo las mujeres un estilo de afrontamiento más positivo. Por último, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad de hombres y mujeres, poseyendo las mujeres un mayor nivel de ansiedad con respecto a los hombres.

Contrastando los resultados con otros autores, se puede afirmar que el estadio de la enfermedad es una variable que influye en el afrontamiento de la misma. Marín Herrero, et al., afirman que en el cáncer de mama en el estadio II la tasa de supervivencia es del 80% y en el estadio III del 60%; mientras que los índices pronósticos de supervivencia en el cáncer de próstata

no varían siendo este del 100% (Gersten, 2016). Lo que quiere decir que al verse con un diagnóstico más amenazante para la vida el estilo de afrontamiento varía.

Ansiedad y depresión son dos términos que están relacionados con esta enfermedad debido al episodio de carácter estresante por el que se pasa. Kaplan, 1996, estima que si existe un 50% de la población diagnosticada de cáncer que pasan por un trastorno ansioso, depresivo o mixto. Contrastándolo con estos resultados, parece afirmarse dicha afirmación, ya que nos encontramos ante un sector de la población en el que no aparecen diferencias estadísticamente significativas. Por lo que se puede interpretar que pertenecen a ese otro 50% que no lo sufre.

Por otro lado, la literatura (NCBI, 2008), hace inferencia en que niveles elevados de estresores en el ámbito familiar y social, en cuanto al apoyo percibido puede ser un predictor negativo para el paciente, faltándole ese soporte del que precisa. En este caso, cuando se analizaron los datos que los sujetos contestaron en cuanto a su percepción, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con un apoyo social bajo, medio o alto. Lo que hace añadir que en esta muestra no ha interferido en el proceso de adaptación a la enfermedad.

Tras la revisión bibliográfica, se ha podido comprobar que actualmente no existen estudios que engloben tanto el cáncer de mama como el de próstata, comparando ambos grupos y también este estudio trata de dar a conocer el afrontamiento a la enfermedad relacionado con la CVRS. Existe un vacío en la literatura en estudios relacionados con cáncer de próstata, mientras que en cáncer de mama hay una sobrerrepresentación de investigaciones. Este hecho, hace que hayan existido limitaciones a lo largo del trabajo.

A nivel metodológico, el tamaño de la muestra considero que ha sido una de las limitaciones principales. Al considerar tantas variables, y trabajar con este tipo de población, que se encuentran en su gran mayoría bajo los efectos del tratamiento, el cansancio realizando las pruebas puede haber interferido en los resultados, al igual que se han tenido que eliminar un número considerable de respuestas debido a que no han concluido todas las pruebas. Por otra parte, omisiones en el cuaderno de datos, hacía difícil conocer algunos datos de relevancia.

El contexto donde se realizaban las pruebas, era la sala de espera de las consultas, lo que hace que se añadan variables distractoras y puedan aparecer sesgos en los resultados. Considerando posteriormente, la posibilidad de que se llevaran a casa los test y los trajeran en la siguiente revisión. Por último, en cuanto a la muestra otro sesgo que puede aparecer es la

diferenciación de la administración del test, ya que nos encontramos que fue tanto autoaplicado como heteroaplicado.

En cuanto a los instrumentos aplicados, la limitación principal ha sido con el cuestionario de afrontamiento ante el cáncer, hablamos de un cuestionario de 40 preguntas, con algunas preguntas de carácter personal la cual un número alto de participantes no contestaban. Esto ha hecho, que el instrumento se corrija en términos de valores absolutos, y se haya perdido la posibilidad de conocer las subescalas de los estilos de afrontamiento de la muestra tal y como aparece en la descripción de los instrumentos.

Para aumentar la consistencia de este estudio, sería bueno considerar como investigaciones futuras, incluir todo tipo de población diagnosticada de cáncer (mama y próstata) siendo independiente si ha habido consistencia psicológica previa o no y así, hacer que la investigación se pueda considerar más generalizable; ya que trabajando con una población sana centrada en el problema, como añade la literatura, la persona pasa por un período de adaptación, pero suele ir pasando las diferentes fases hasta el proceso de asimilación llegando a tener un buen afrontamiento de la situación que acontece.

Comparando estos dos subgrupos, se podrían encontrar otras diferencias en los resultados, ya que pudiendo haber sido participe de observación en intervención psicológica con pacientes oncológicos, aparecen otras variables como miedos y pensamientos irracionales sobre la incertidumbre y lo que puede pasar.

Una opción, podría ser realizar el estudio de manera longitudinal. En el momento de diagnóstico, pasados seis meses, y al año. Para estudiar la evolución que han tenido y teniendo en cuenta los estilos de afrontamiento.

Por último, a lo largo de la investigación se ha conocido el tipo estudios de los pacientes, pero no se ha tenido en cuenta a la hora de trabajar estadísticamente con ellos. Como línea futura incorporaría esta variable en los análisis, ya que puede verse afectado en los resultados y se podrían encontrar diferencias entre grupos.

En conclusión, teniendo en cuenta las necesidades que tienen estos pacientes y las limitaciones que han podido surgir a lo largo del estudio, se puede considerar que si hemos encontrado diferencias en el afrontamiento del cáncer en cuanto a hombres y mujeres, que el estadio es una variable importante a considerar como predictora del afrontamiento de la enfermedad. Conocer que no es predictor ni la variable ansiedad ni depresión del tiempo que se

lleva diagnosticado de la enfermedad. Y que, si no existen desajustes psicológicos, la población tiende a asumir este proceso.

6. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de la lucha contra el cáncer. (2016). Cáncer de mama. *Recuperado de:* <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama>

Asociación Española de la lucha contra el cáncer. (2017). *Incidencia actual del cáncer de mama. Recuperado de:* <http://observatorio.aecc.es>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2017). *Las cifras del Cáncer en España*. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

American Cancer Society. (2016). *Seguimiento de los niveles de PSA durante y después del tratamiento. Recuperado de:* <http://www.cancer.org/es>

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.

Cannon, W. B. (1932). What is homeostasis, *Cycloped Med*, 6, 861.

Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.

Fernández- López, J.A., Fernández- Fidalgo, M., Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84, 169-184.

Granado de la Orden, S., Saá Requejo, C., & Quintás Viaqueira, A., (2006), Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. *Actas urológicas españolas*, 30(6), 574-582.

González Martínez, M. (2015). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos*. Madrid: Tea Ediciones.

Instituto Nacional del Cáncer. (2016). ¿Qué es el cancer?. Obtenido de cancer de mama: www.cancer.gov/espanol

International Agency for research on cancer. (2012). Increase of case breast cancer. Recuperado de: <https://www.iarc.fr>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lluch Hernández, A. (2015). Tratamiento médico en el cáncer de mama. *Anales*, 16, 1-43.

Meichenbaum, D., & Turk, D. (1982). Stress, coping, and disease: A cognitive-behavioral perspective. *Psychological stress and psychopathology*, 289-305.

McHorney, C. A., Ware Jr, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical care*, 247-263.

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*, 2, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). *Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.

Seoane González, B. (2012). TNM. Escala de estadiaje del cáncer. *Medicina Interna*. CHU Juan Canalejo: A Coruña

Sociedad Española de Oncología Médica. (2015). ¿Qué es el cancer?. *Revista de psicooncología*, 12, 2-3.

Ross, C. A., & Dua, V. (1993). Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. & Alonso, L. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *19(2)*, 135-150.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANEXOS:

1. Aprobación CEIC



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Políticas Sociales

Dña. Patricia Fernández del Valle, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Cáceres,

CERTIFICA

Que este Comité, con fecha 19 de Diciembre de 2017, ha evaluado la documentación relativa al protocolo de investigación para el Trabajo Fin de Máster en el área de investigación de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y hombres con cáncer de próstata, presentado por Dña. Macarena Borrega Gallego alumna del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria titulado "Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud y el estilo de afrontamiento en dos cohortes aleatorias de pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata", que se imparte en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, siendo el coordinador del Máster Dña. Laura Bermejo Toro y el tutor metodológico del mismo D. David Paniagua Sánchez.

Que se trata de un estudio cuyo objetivo principal es hacer una comparación entre hombre y mujeres sobre el estilo de afrontamiento de la enfermedad y las repercusiones en su calidad de vida relacionada con la salud.

Que analizada la documentación presentada el estudio reúne los requisitos sobre los aspectos éticos requeridos y está justificado de forma adecuada con la metodología propuesta.

Que se presenta la Hoja de Información y el documento de Consentimiento Informado.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto en el que participe alguno de los miembros de este Comité, éste no está presente en la misma.

Que durante la evaluación de este estudio, existía *quorum* suficiente para tomar decisiones de acuerdo con lo recogido en nuestro Procedimiento Normalizado de Trabajo.

Que el Comité tanto en su composición como en el PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015//ORDEN SAS/3470/2009 estando acreditado por Resolución de 28 de Enero de 2014 de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo, modificada por Resolución de 26 de enero de 2016, de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (DOE n° 29 del 12 de Febrero de 2016) y su composición actual es la indicada en el anexo I.



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Políticas Sociales

Que este Comité decidió emitir **Dictamen Favorable** en la reunión celebrada el 28 de noviembre de 2017 (acta nº 5 de 2017).

Cáceres, a 20 de diciembre de 2017

Fdo. Patricia Fernández del Valle
Secretaria del CEIC

2. Cuaderno de recogida de datos:

Título del Estudio:

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE PRÓSTATA

Descripción del estudio

El objetivo principal del estudio es hacer una comparación entre hombres y mujeres sobre el estilo de afrontamiento de la enfermedad y las repercusiones en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se describirá como se encuentra el paciente emocionalmente (ansiedad y depresión), en términos de CVRS y de afrontamiento. A su misma vez, se estudiará si las variables sociodemográficas repercuten en el estilo de afrontamiento de la enfermedad. Al considerar la edad una variable para el estudio, también se estudiará si existen diferencias significativas en función del estadio del diagnóstico.

El estudio consta de una encuesta sociodemográfica y de tres cuestionarios psicométricos. La duración de la entrevista por persona será de 25 minutos aproximadamente. Todos los datos recogidos respetaran todas las normas de confidencialidad establecidas siendo en todo momento

anonimizados para que no se pueda establecer una relación entre paciente y encuesta. En todo caso, la participación en este estudio no afectará a su tratamiento médico habitual.

CONFIDENCIALIDAD: El tratamiento, la comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes en el estudio se realizará según lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Los datos se recogerán en un fichero de investigación del centro y se tratarán única y exclusivamente en el marco de su participación en este estudio, el tiempo que dure la investigación. De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a los investigadores del estudio. Los datos recogidos en el estudio serán identificados mediante un código y solo los investigadores del estudio podrán relacionar estos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a personas ajenas a la investigación, manteniendo su confidencialidad.

Yo (nombre y apellidos)

He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso), he podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con:

D/Dña: Macarena Borrega Gallego

Comprendo que mi participación es voluntaria y que tengo derecho a no consentir en la investigación.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto suponga ningún tipo de penalización o discriminación.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

**PACIENTES EN SEGUIMIENTO
EN CONSULTA DE ONCOLOGÍA**

FECHA:

A. Perfil clínico:

Seguimiento en consultas Oncología:

< 1 año 1-5 años 6-10 años > 10 años

Sexo: Varón Mujer

Nacionalidad: español extranjero - País de origen: _____

Edad: _____

Diagnóstico oncológico: _____

Tipo de tratamiento: Quimioterapia si no
Hormonoterapia si no
Otras _____

Estadío de la enfermedad: I II III IV

Historia Psiquiátrica previa: Si No

Psicofármacos actualmente: Si No

Ansiolíticos/Hipnóticos: Si No

Antidepresivos: Si No

B. Datos sociodemográficos:

Estado civil: Soltero En pareja /Casado Separado /Divorciado Viudo

¿Trabaja actualmente? Sí No

Ocupación laboral actual:

Nivel de estudios

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios
<input type="checkbox"/> Estudios Primarios	<input type="checkbox"/> Universitarios
<input type="checkbox"/> Estudios Secundarios	<input type="checkbox"/> Posgrado

Apoyo social percibido por el paciente

Bajo Medio Alto

HADS

A continuación, leerá una frase que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque con una cruz la respuesta que coincida mejor con cómo se ha sentido usted en la última semana. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que pienses mucho tiempo cada respuesta.

1. (A) Me siento tensa/o nervioso/a:
 - caso todo el día (3)
 - Gran parte del día (2)
 - De vez en cuando (1)
 - Nunca (0)
2. (D) Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
 - Igual que antes (0)
 - No tanto como antes (1)
 - Solamente un poco (2)

- Ya no disfruto nada (3)
3. (A) Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder;
 Sí muy intenso (3)
 Sí, pero no muy intenso (2)
 Sí, pero me preocupa (1)
 No siento nada de eso (0)
4. (D) Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas
 Igual que siempre (0)
 Actualmente algo menos (1)
 Actualmente mucho menos (2)
 Actualmente en absoluto (3)
5. (A) Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 Casi todo el día (3)
 Gran parte del día (2)
 De vez en cuando (1)
 Nunca (0)
6. (D) Me siento alegre:
 Nunca (3)
 Muy pocas veces (2)
 En algunas ocasiones (1)
 Gran parte del día (0)
7. (A) Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:
 Siempre (0)
 A menudo (1)
 Raras veces (2)
 Nunca (3)
8. (D) Me siento lento/a y torpe:
 Gran parte del día (3)
 A menudo (2)
 A veces (1)
 Nunca (0)
9. (A) Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo en el estómago”
 Nunca (0)
 Sólo en algunas ocasiones (1)
 A menudo (2)
 Muy a menudo (3)
10. (D) He perdido en interés por mi aspecto personal:
 Completamente (3)
 No me cuido como debería hacerlo (2)
 Es posible que no me cuido como debiera (1)
 Me cuido como siempre lo he hecho (0)
11. (A) Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
 Realmente mucho (3)
 Bastante (2)
 No mucho (1)
 En absoluto (0)
12. (D) Tengo ilusión por las cosas:
 Muy a menudo (0)
 Con cierta frecuencia (1)
 Raramente (2)
 Nunca (3)
13. (A) Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
 Muy a menudo (3)
 Con cierta frecuencia (2)
 Raramente (1)
 Nunca (0)
14. (D) Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:
 A menudo (0)
 Algunas veces (1)

Pocas veces (2) Casi nunca (3)

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)

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

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

0 si no coincide absolutamente en nada NUNCA

1 si la coincidencia se da en alguna medida ALGUNAS VECES

2 si coincide bastante MUCHAS VECES

3 si coincide en gran medida CASI SIEMPRE

1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que ocurre ahora, las cosas me van a salir bien	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mi mismo de que todo va a salir bien	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida	0	1	2	3
17	Estoy muy dispuesto a luchar para que todo salga bien	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y en realidad lo que me sucede carece de importancia	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación	0	1	2	3

32	Creo que, aunque supere esta situación, quedará muy afectado y nada será como antes	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mi	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud	0	1	2	3
37	Creo que esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa	0	1	2	3
39	Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1	2	3
	sí, me limita mucho	sí me limita un poco	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

	1	2
	sí	no
4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	1	2
	si	no
6. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?
8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuanto tiempo...

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. ... se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ... tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ... se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
12. Durante las **4 últimas semanas** ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA