

## Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos<sup>1</sup>

Paula Pérez<sup>2</sup>

Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga (Colombia)

Andrea González<sup>3</sup>

Universidad de Los Andes, Mérida (Venezuela)

Ismael Mieles<sup>4</sup>, Ana Fernanda Uribe<sup>5</sup>

Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga (Colombia)

Recibido:18/08/2016

Aceptado: 15/04/2017

### Resumen

**Objetivo.** Describir las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas, el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer. **Método.** Investigación transversal de enfoque cuantitativo, en la que se evaluaron 82 pacientes con diagnóstico de cáncer, seleccionados mediante muestreo no probabilístico, a conveniencia. Como instrumentos se utilizaron la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el Cuestionario MOS para Apoyo Social. Los datos médicos y sociodemográficos fueron recolectados por medio de un cuestionario diseñado para el estudio. Se llevó a cabo un análisis de correspondencias múltiples. **Resultados.** Se halló que las variables médicas y sociodemográficas están fuertemente relacionadas con los puntajes de los cuestionarios. En la muestra se observó, como tendencia particular, que los datos se agruparon con algunas características sociodemográficas y clínicas. **Conclusión.** Las variables sociodemográficas y clínicas están relacionadas con la percepción del apoyo social y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer; esta información resulta relevante para el diseño de programas de intervención psicológica en pacientes oncológicos.

**Palabras clave.** Apoyo social, estrategias de afrontamiento, cáncer, variables sociodemográficas, pronóstico.

<sup>1</sup> Este proyecto fue aprobado por la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga y desarrollado en la institución prestadora de salud Mastercáncer.

<sup>2</sup> Psicóloga, especialista en Psicología Clínica. Miembro del grupo de investigación de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga. Campus universitario Km. 7 vía a Piedecuesta Bucaramanga, Colombia. Teléfono: +(57-7) 6796220 Ext. 425. Correo de correspondencia: paula.perez@upb.edu.co

<sup>3</sup> Magíster en Estadística

<sup>4</sup> Psicólogo

<sup>5</sup> Doctora en Psicología Clínica y de la Salud

## Relationship Between Social Support, Coping Strategies, Clinical and Socio Demographic Factors in Cancer Patients

### Abstract

**Objective.** To describe the relationship between socio demographic and clinical variables and perceived social support and coping strategies in a sample of patients with cancer. **Method.** A transversal research quantitative approach was applied, in which 82 patients were evaluated; subjects were selected by non-probability sampling, as the Scale Strategies Modified Coping and the MOS Questionnaire for Social Support were used, medical and socio demographic data were collected through a questionnaire designed for the study. It conducted an analysis of multiple correspondences. **Results.** It was found that medical and socio demographic variables are strongly correlated with the scores on the questionnaires, and the same trends were found in the sample evaluated, the data was grouped according to certain socio demographic and clinical characteristics. **Conclusion.** Clinical and socio demographic variables are correlated with the perception of social support and coping strategies in patients with cancer. The importance of taking into account the socio demographic and clinical variables in their relationship with social support and coping strategies for designing psychological intervention programs in cancer patients is discussed.

**Keywords.** Social support, coping strategies, cancer, socio demographic variables, prognosis.

## Relação do apoio social, estratégias de afrontamento, fatores clínicos e sócio-demográficos em pacientes oncológicos

### Resumo

**Escopo.** Descrever as relações entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, o apoio social percebido e as estratégias de afrontamento numa amostra de pacientes com câncer. **Metodologia.** Pesquisa transversal de enfoque quantitativo, na que foram avaliados 82 pacientes com diagnóstico de câncer, selecionados por amostragem não probabilística, a conveniência. Como instrumentos foram utilizados a Escada de Estratégia de Coping Modificada (EEC-M) e o Questionário MO5 para Apoio Social. Os dados médicos e sócio-demográficos foram recoltados com um questionário desenhado para o estudo. Foi feita uma análise de correspondências múltiplas. **Resultados.** Foram encontrado que as variáveis médicas e sócio-demográficas estão fortemente relacionadas com as pontuações dos questionários. Uma tendência particular na amostra foi que os dados foram agrupados em algumas características sócio-demográficas e clínicas. **Conclusão.** As variáveis sócio-demográficas e clínicas estão relacionadas com a percepção do apoio social e as estratégias de afrontamento em pacientes com câncer, sendo crítica esta informação para o desenho de programas de intervenção psicológica em pacientes oncológicos.

**Palavras-chave.** Apoio social, estratégias de afrontamento, câncer, variáveis sócio-demográficas, previsão.

### Introducción

El cáncer es una enfermedad de alto costo que se constituye como la principal causa de muerte a nivel mundial. Para el año 2012, se le atribuyeron 8.2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo. La prevalencia más alta en hombres estuvo en los diagnósticos de cáncer de pulmón, próstata,

colon, recto, estómago e hígado, mientras que en mujeres fue en los diagnósticos de cáncer de mama, colon, recto, pulmón, cuello uterino y estómago. En niños, la prevalencia estuvo en leucemias, tumores del sistema nervioso central y linfomas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En Colombia, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2012), el cáncer se

ha convertido en un problema de salud pública. Durante 2010 se registraron 33450 casos de mortalidad por cáncer, que representaron el 16.9% del total de las defunciones.

En el aspecto psicológico, el cáncer es un hecho vital no normativo que causa estrés emocional. Según Cano (2005) los pacientes con cáncer deben afrontar grandes cambios emocionales, conductuales y sociales, lo que puede llevar a modificaciones en su rol familiar y comunitario.

Considerando lo anterior, algunos autores han estudiado la influencia de los aspectos psicosociales en el curso de la enfermedad, hallando que existe una relación entre la adaptación psicosocial y la respuesta a los tratamientos médicos (Cantú y Álvarez, 2009). Una explicación a estos hallazgos es que la adaptación previene la aparición de trastornos mentales y disminuye el estrés emocional, proveyendo a las personas de recursos que les permiten afrontar la enfermedad y las consecuencias de sus tratamientos (Alvarado et al., 2011; Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

Ante el diagnóstico de cáncer, los pacientes implementan estrategias de afrontamiento que les ayudan a lidiar con las situaciones estresantes y adaptarse a los cambios (Checton, Greene, Magsamen-Conrad y Venetis, 2012). Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a procesos cognitivos y conductuales que contribuyen al manejo de la situación amenazante y de las emociones y otros eventos privados desagradables como la incertidumbre, la pérdida del sentido de la vida y el miedo a la muerte, a la agonía y al dolor (Cieślak et al., 2013).

Las investigaciones sobre afrontamiento en cáncer han descrito los estilos y las estrategias que suelen utilizar los pacientes durante el proceso de adaptación (Antoni, 2013; Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2010). En el estudio de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) se halló que la evitación y la reevaluación positiva son las que se usan con más frecuencia. Por su parte, Ortiz et al. (2014) reportaron que la religión, la solución de problemas y la búsqueda de apoyo profesional son las predilectas por el grupo de pacientes evaluados en su investigación. Otras estrategias que se han observado en esta población son el espíritu de lucha y el fatalismo (Rodríguez-Quintana et al., 2012), el apoyo social y el pensamiento desiderativo (De Haro-Rodríguez et al., 2014).

Cabe resaltar que la literatura señala que el uso de las estrategias de afrontamiento puede estar relacionado con otras variables, tales como la edad (De Haro-Rodríguez et al., 2014), el género (Ticona, Santos y Siquera, 2015), el estado civil y la escolaridad (Schmidt, Blank, Bellizi y Park, 2012), pero también con aspectos médicos como el tipo de cáncer, la localización, el estadio en que se encuentra la enfermedad y los tratamientos empleados (López-Ibor, 2009).

Otra variable de interés psicológico en el cáncer es el apoyo social, el cual ha sido ampliamente estudiado en esta población (Vinaccia et al., 2005). Según Nisa y Rizvi (2016), el apoyo social ayuda a los pacientes en la expresión de las emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la percepción de bienestar psicológico y en la selección de estrategias de afrontamiento eficientes. Es en este sentido que el apoyo social es una variable que se relaciona con la adaptación a la enfermedad (Kim, Han, Shaw, McTavish y Gustafson, 2010).

Usta (2012) señala que la percepción del apoyo social indica una valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros y de recibir soporte durante las situaciones de necesidad. Por esta razón, Barez, Blasco y Fernández (2003) advierten que las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, lo que proporciona un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, a través del fomento de conductas saludables, el incremento de la autoestima y la optimización de las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente.

Los estudios muestran que, por lo general, los pacientes con cáncer perciben apoyo social eficiente (Kolankiewicz, Souza, Magnago y De Domenico, 2014), aunque puede haber variaciones en las dimensiones del mismo; es decir, es posible observar diferencias en los apoyos informacional, instrumental y emocional (Andrés, Remesal y Torrico, 2009). Otras diferencias suelen observarse dependiendo del sexo, la edad, la escolaridad, el tipo de cáncer, los tratamientos y el tiempo de diagnóstico (Costa-Requena, Ballester y Gil, 2015; Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell y Hamovitch, 1992).

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta investigación se planteó como objetivo describir las asociaciones relevantes entre las variables de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y las

variables sociodemográficas y médicas en un grupo de pacientes con cáncer. Se esperaba encontrar una correlación significativa entre los factores sociodemográficos y clínicos con los puntajes de los cuestionarios que evaluaban estrategias de afrontamiento y apoyo social en los pacientes.

## Método

### Diseño

Se trató de un estudio transversal con enfoque cuantitativo. Se utilizó un muestreo no probabilístico, a conveniencia, utilizando dos mecanismos: se recibieron pacientes remitidos por el médico oncólogo tratante y se realizó una convocatoria abierta, inscribiendo a los pacientes que por iniciativa propia deseaban participar del estudio. Como criterios de exclusión, se tuvieron en cuenta las alteraciones cognitivas, los diagnósticos

psiquiátricos de trastorno mental mayor y otras patologías diferentes al cáncer y estadios de la enfermedad muy avanzados.

### Participantes

La muestra total fue de 100 pacientes, se excluyeron 18 debido a que presentaban alguno de los criterios de exclusión. Así, se contó con 82 participantes, 10% ( $n = 8$ ) hombres y 90% ( $n = 74$ ) mujeres. Las edades oscilaron entre 27 y 78 años, con un promedio de 50.7 años ( $DE = 11.16$ ). Con respecto al estado civil, 9% ( $n = 7$ ) solteros, 77% ( $n = 63$ ) casados, 8% ( $n = 7$ ) en unión libre y 6% ( $n = 5$ ) separados o divorciados.

Referente al diagnóstico, casi la mitad (44%) de los individuos involucrados en el estudio presentaban cáncer de mama. En la tabla 1 se muestran la frecuencia y el porcentaje según el diagnóstico.

Tabla 1  
*Frecuencia y porcentaje por diagnóstico*

Diagnóstico de cáncer	Frecuencia	%	% acumulado
Mama	36	44	44
Cérvix	8	10	54
Linfoma	7	9	62
Estómago	6	7	70
Páncreas	5	6	76
Intestino	5	6	82
Recto	3	4	85
Ovario	3	4	89
Próstata	3	4	93
Colon	2	2	95
Hígado	2	2	98
Esófago	2	2	100

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al tratamiento médico, la mayor parte de los participantes recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía (71%,  $n = 58$ ). En la tabla 2 se

muestran la frecuencia y el porcentaje por tipo de tratamiento.

Tabla 2

Frecuencia de los tipos de tratamiento para el cáncer en la población

Tratamiento	f	%	% acumulado
Quimioterapia, radioterapia, cirugía y fármacos	4	5	5
Quimioterapia, radioterapia y cirugía	58	71	76
Quimioterapia y radioterapia	12	14	90
Quimioterapia y cirugía	4	5	95
Quimioterapia y fármacos	3	4	99
Radioterapia y cirugía	1	1	100

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al tiempo de diagnóstico, este osciló entre 3 y 24 meses, con un promedio de 9.28 meses ( $DE = 5.6$ ). El mayor porcentaje de participantes tenían entre 7 y 12 meses de diagnóstico (39%;  $n = 32$ ), seguido por 3 a 6 meses (32%;  $n = 26$ ), 13 a 18 meses (23%;  $n = 19$ ) y 19 a 24 meses (6%;  $n = 5$ ).

### Instrumentos

Se emplearon tres medidas: la ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario MOS para Apoyo Social (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M).

La ficha de datos sociodemográficos fue construida para la investigación, a fin de recolectar datos relativos a las variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el estado civil. Se incluyeron variables médicas como el diagnóstico, el tipo de cáncer, el tiempo transcurrido y los tratamientos recibidos.

El Cuestionario MOS para Apoyo Social fue desarrollado inicialmente para medir el apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas (Sherbourne y Stewart, 1991). Está compuesto por 20 ítems, el primero de ellos indaga el tamaño de la red social y el resto están dirigidos a evaluar cuatro dimensiones: (a) emocional/informacional, (b) instrumental, (c) interacción social positiva y (d) apoyo afectivo. Las opciones de respuesta en escala Likert van desde 1 (*nunca*) hasta 5 (*siempre*). La puntuación máxima es de 94 y la mínima de 19, con una media de 57. El cuestionario ofrece puntos de corte para cada dimensión: (a) emocional/

informacional (bajo: 8-23, medio: 24-29, alto: 30-40); (b) instrumental (bajo: 4-11, medio: 12-15, alto: 16-20); (c) interacción social positiva (bajo: 4-11, medio: 12-15, alto: 16-20); y (d) apoyo afectivo (bajo: 3-8, medio: 9-12, alto: 13-15). En Colombia, Londoño et al. (2012) revisaron la fiabilidad de la consistencia interna del cuestionario en población saludable, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.92 entre los componentes, lo cual indicó que el instrumento es altamente confiable.

La Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) fue desarrollada inicialmente por Chorot y Sandín (1993). La primera versión incluía nueve escalas dirigidas a evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés. A partir de este instrumento, Londoño et al. (2006) llevaron a cabo la validación de la escala para la población colombiana. Durante este proceso se añadieron cinco escalas al instrumento original, por lo que en total quedaron las siguientes estrategias: (a) búsqueda de alternativas, (b) conformismo, (c) control emocional, (d) evitación emocional, (e) evitación comportamental, (f) evitación cognitiva, (g) reacción agresiva, (h) expresión emocional abierta, (i) reevaluación positiva, (j) búsqueda de apoyo social, (k) búsqueda de apoyo profesional, (l) religión, (m) refrenar afrontamiento y (n) espera. De este modo, el instrumento final incluye 98 ítems, siete por cada escala. La validación de la prueba se realizó en población saludable. El análisis estadístico incluyó un análisis factorial exploratorio, el cual mostró una agrupación de los ítems en 12 factores, que representaron el 58% de la varianza total explicada. El factor que mostró un mayor nivel de explicación de la varianza fue solución

de problemas (12.5%). El alfa de Cronbach de la prueba definitiva fue de 0.85 (Londoño et al., 2006). La escala fue construida tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6, desde *nunca* hasta *siempre*, con tres rangos para interpretación: alto (33-42), medio (14-32) y bajo (1-13), que son iguales para todas las dimensiones evaluadas.

### Procedimiento

La primera parte de la investigación consistió en llevar a cabo las diligencias protocolarias en la institución prestadora de salud a la cual asistían los pacientes. Una vez aprobado el estudio, se hizo la recolección de la muestra. A continuación, se aplicaron los instrumentos de forma individual, en una única sesión de aproximadamente una hora de duración. Se inició por la firma del consentimiento informado, momento en el cual se explicaron los objetivos y los alcances de la investigación, así como la voluntariedad de participar y la confidencialidad de los datos personales y de identificación. Seguidamente, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y médicos, luego se administró el Cuestionario MOS para Apoyo Social y finalmente la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M). Los cuestionarios fueron aplicados por una psicóloga entrenada para ello.

Una vez recolectados los datos, se procedió con la calificación de las pruebas y el análisis de resultados. Por último, se redactaron informes individuales para los participantes del estudio, los cuales fueron elaborados por la psicóloga que realizó las evaluaciones.

La investigación estuvo guiada por los lineamientos estipulados en la Ley 1090 de 2006, artículo 2 numeral 9, en los que se especifican las condiciones para la investigación con humanos, entre las cuales se incluyen el respeto de la dignidad y el bienestar de las personas participantes, el consentimiento informado y la confidencialidad. Del mismo modo, se tuvo en cuenta el artículo 50, el cual señala que las investigaciones realizadas por los profesionales de la psicología deben estar basadas en los principios éticos de respeto y dignidad, y salvaguardar el bienestar de los derechos de los participantes. Además, la propuesta de investigación fue sometida a revisión y aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, Colombia.

### Análisis de datos

Para este proceso se utilizó el *software* estadístico R versión 2.15.1. A fin de reducir la dimensionalidad de los datos, se empleó el análisis de correspondencias múltiples. Como lo señala Díaz (2002), esta técnica de análisis multivariado es aplicada a estructuras de datos que poseen filas y columnas asociadas con modalidades de variables categóricas. En la matriz de datos, las filas representan los objetos o individuos y las columnas las modalidades de las variables categóricas en el estudio. Con esta técnica se obtiene un pequeño número de dimensiones. La primera dimensión explica la mayor parte de la relación entre filas y columnas; la segunda, la mayor parte del residuo de la relación no explicada por la primera, y así de manera sucesiva con el resto de las dimensiones. Uno de los métodos más destacados es la estimación a partir de la tabla disyuntiva completa (C) o de la tabla de Burt (B). Adicionalmente, la incorporación de las variables suplementarias mejora y facilita la interpretación de los ejes, al analizarlas en relación con el resto de las variables, llamadas activas. Estas variables no intervienen en la formación de las dimensiones, aunque su proyección en el espacio corresponde a los centroides del grupo de los individuos definidos por las dimensiones. Para efectos de los análisis, los datos de los resultados de las pruebas fueron agrupados en categorías, utilizando los intervalos de alto (3), medio (2) y bajo (1).

La edad fue distribuida en cuatro grupos: (a) de 20 a 40, (b) de 41 a 50, (c) de 51 a 60 y (d) de 60 o más años. El tiempo de diagnóstico también fue agrupado en meses, de la siguiente forma: (a) de 3 a 6, (b) de 7 a 12, (c) de 13 a 18 y (d) de 19 a 24.

### Resultados

En primer lugar, se presentan los resultados de los análisis descriptivos realizados a las puntuaciones del Cuestionario MOS y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M). A continuación, se muestran los resultados de los análisis de correspondencias múltiples, los cuales permitieron describir las asociaciones entre las variables sociodemográficas, médicas y psicológicas.

Con respecto a los datos descriptivos de la escala MOS, se halló que 63 de los participantes

(76.8%) alcanzaron un puntaje medio para apoyo emocional/informacional y solo 19 (23.2%) obtuvieron un puntaje alto. No hubo ningún caso para la categoría con intervalo bajo en esta variable. Para esta variable, todos los pacientes fueron

mujeres, la mayoría con edades comprendidas entre 41 y 50 años. En la tabla 3 se presentan mayores detalles sobre los datos recogidos con la escala MOS.

Tabla 3  
Porcentaje de participantes por edad y sexo, según las variables de la escala MOS

		EM			IN <sup>a</sup>			IS			AF	
		Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Medio	Alto	
Edad	< 40	7 (8.5)	3 (3.7)	2 (2.4)	5 (6.0)	3 (3.6)	2 (2.4)	5 (6.1)	3 (3.7)	2 (2.4)	8 (9.8)	
	41-50	20 (24.4)	9 (11.0)	5 (6.0)	23 (28.5)	1 (1.2)	5 (6.1)	21 (25.6)	3 (3.7)	5 (6.1%)	24 (29.2)	
	51-60	14 (17.1)	5 (6.1)	7 (8.5)	12 (14.6)	0 (0.0)	7 (8.5)	11 (13.4)	1 (1.2)	6 (7.3)	13 (15.9)	
	> 60	22 (26.8)	2 (2.4)	9 (10.9)	15 (18.3)	0 (0.0)	9 (11.0)	15 (18.3)	0 (0.0)	10 (12.2)	14 (17.0)	
Sexo	F	55 (67.1)	19 (23.1)	19 (23.2)	51 (62.1)	4 (4.9)	19 (23.1)	48 (58.5)	7 (8.5)	19 (23.1)	55 (67.1)	
	M	8 (9.8)	0 (0.0)	4 (4.9)	4 (4.9)	0 (0.0)	4 (4.8)	4 (4.8)	0 (0.0)	4 (4.9)	4 (4.9)	

Nota. Los porcentajes corresponden al total para cada par de variables, filas y columnas. <sup>a</sup> Independencia al 5% con la variable edad; EM = apoyo emocional; IN = apoyo instrumental; IS = interacción social positiva; AF = apoyo afectivo.  
Fuente: elaboración propia.

Para el apoyo instrumental, la mayoría de los pacientes ( $n = 55$ ) puntuaron en el nivel medio, de los cuales, 23 (28.5%) tenían entre 41 y 50 años de edad. Cabe mencionar que en el nivel alto se ubicaron los adultos menores de 40 años. Para la dimensión de interacción social positiva, 52 (63.4%) participantes puntuaron medio, 23 (28%) bajo y 7 (8.5%) alto. De estos, 48 pacientes (58.5%) fueron mujeres con puntuaciones en el nivel medio, mientras que 15 (18.3%) tenían más de 60 años. Por último, para apoyo afectivo, 59 (72%) pacientes puntuaron alto y 23 (28%) medio; no hubo casos para puntaje bajo en esta variable.

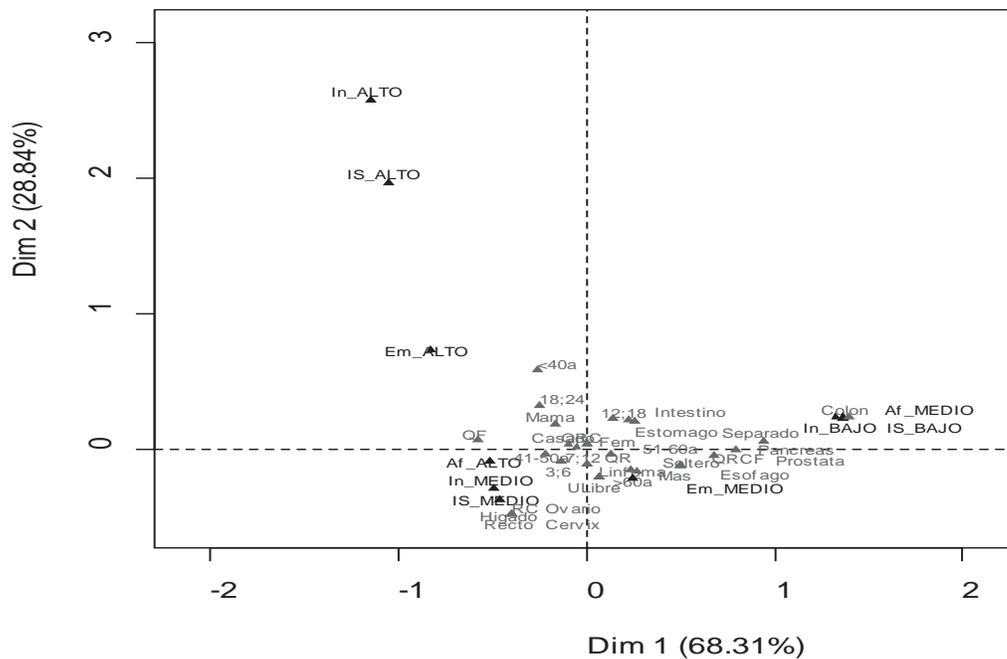
Con el fin de presentar la correlación observada entre los resultados del Cuestionario MOS y las variables sociodemográficas y médicas, se definieron las escalas de apoyo emocional (EM), interacción social positiva (IS), apoyo instrumental (IN) y apoyo afectivo (AF) como variables activas.

Entre tanto, las variables de edad, sexo, estado civil (EDC), diagnóstico (Dx), tratamiento (TT) y tiempo de diagnóstico (TDx) se definieron como variables suplementarias. Los detalles de la frecuencia y el porcentaje de los puntajes de las escalas del MOS por grupos etarios y por género se presentan en la tabla 4. Este análisis se realizó a partir de la tabla de Burt, con la que se obtiene una variabilidad total explicada por la primera dimensión de 68.31% y 28.84% de la segunda dimensión; de modo que las dos primeras dimensiones explicaron el 97.15% de la variabilidad total.

Las disposiciones de las modalidades de las variables incluidas en esta investigación se presentan en la figura 1, allí se observan dos claras tipologías, los pacientes con valores medio a bajo y los que tienen valores altos o medios. Al lado derecho superior, sobre la dimensión 1, se encuentran aquellos con apoyo afectivo medio,

apoyo instrumental e interacción social positiva bajos, quienes tienen las mayores contribuciones a la formación de esta dimensión con 20.60, 21.90 y 21.90, respectivamente. Estos pacientes

se caracterizan por presentar diagnóstico de cáncer de estómago, colon, intestino, con tiempos de diagnóstico entre 12 y 18 meses, separados o divorciados y edades entre los 51 y los 60 años.



Nota. Tratamiento (TT); quimioterapia, radioterapia, cirugía y fármacos (QRCF); quimioterapia, radioterapia, cirugía (QRC); quimioterapia y radioterapia (QR); quimioterapia y cirugía (QC); quimioterapia y fármacos (QF); radioterapia y cirugía (RC).  
Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Biplot de variables activas y suplementarias para la prueba MOS.

En contraposición a este grupo de pacientes, se encuentran aquellos que viven en unión libre, con edades entre 41 y 50 años, tiempos de diagnóstico entre 3 y 12 meses, con diagnóstico de cáncer de ovario, recto, cervix e hígado, que habían recibido tratamiento de radioterapia y cirugía y presentaron apoyo afectivo alto (contribuye en 8.03 a la formación de la dimensión 1), apoyo instrumental medio (contribuye en 6.69 a la formación de la dimensión 1 y 5.40 a la formación de la dimensión 2) e interacción social positiva media (contribuye en 5.68 a la formación de la dimensión 1 y 8.52 a la formación de la dimensión 2).

Por otro lado, los pacientes con apoyo emocional medio tienen la particularidad de

ser hombres solteros mayores de 60 años, cuyo diagnóstico fue cáncer de esófago, páncreas, próstata o linfoma; a quienes se les aplicaron tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cirugía y fármacos o solo quimioterapia y radioterapia. Contrariamente, aquellos pacientes que presentaron un apoyo emocional alto son mujeres casadas con menos de 40 años, que tuvieron tiempos de diagnóstico entre 18 y 24 meses, que tenían cáncer de mama y cuyo tratamiento fue quimioterapia, radioterapia y cirugía.

Finalmente, la dimensión 2 quedó definida claramente por las dimensiones de apoyo instrumental e interacción social positiva, de nivel alto, con contribuciones de 32.19 y 32.82,

respectivamente. Estos pacientes están muy alejados del centroide, debido a que su frecuencia es muy baja en relación con el resto de los resultados de las pruebas.

En la tabla 4 se presentan las frecuencias de las escalas de la EEC-M por puntuaciones distribuidas en las categorías de alto, medio y bajo. De allí se destaca que más de la mitad (57.3%) del total de pacientes se ubican en el nivel medio en la escala búsqueda alternativa. Este mismo resultado se observa en las escalas de conformismo (64.6%), control emocional (46.3%), evitación emocional

(64.6%), reacción agresiva (69.5%), reevaluación positiva (54.9%), búsqueda de apoyo social (69.5%) y espera (70.7%). Por otra parte, las escalas en las que se presentó un mayor porcentaje de participantes con un nivel alto fueron las de evitación comportamental (52.4%), evitación cognitiva (48.8%), religión (56.1%) y refrenar el afrontamiento (69.5%). Finalmente, en el nivel bajo los participantes tuvieron un porcentaje mayor en las escalas de expresión emocional abierta (65.9%) y búsqueda de apoyo profesional (58.5%).

Tabla 4  
Frecuencias por escalas de la EEC-M

Escala	Frecuencia por categoría (%)		
	Bajo	Medio	Alto
Búsqueda de alternativa	28 (34.2)	47 (57.3)	7 (8.5)
Conformismo	21 (25.6)	53 (64.6)	8 (9.8)
Control emocional	24 (29.3)	38 (46.3)	20 (24.4)
Evitación emocional	22 (26.8)	53 (64.6)	7 (8.6)
Evitación comportamental	24 (29.3)	15 (18.3)	43 (52.4)
Evitación cognitiva	28 (34.1)	14 (17.1)	40 (48.8)
Reacción agresiva	16 (19.5)	57 (69.5)	9 (11)
Expresión emocional abierta	54 (65.9)	25 (30.5)	3 (3.6)
Reevaluación positiva	31 (37.8)	45 (54.9)	6 (7.3)
Búsqueda de apoyo social	6 (7.3)	57 (69.5)	19 (23.2)
Búsqueda de apoyo profesional	48 (58.5)	24 (29.3)	10 (12.2)
Religión	11 (13.4)	25 (30.5)	46 (56.1)
Refrenar el afrontamiento	6 (7.3)	19 (23.2)	57 (69.5)
Espera	5 (6.1)	58 (70.7)	19 (23.2)

Fuente: elaboración propia.

Para presentar la correlación entre los resultados de las escalas y las variables sociodemográficas y médicas, se definieron como variables activas: búsqueda de alternativa (BA), conformismo (C), control emocional (CE) evitación comportamental (EC), evitación cognitiva (Ecog), reacción agresiva (RA), expresión emocional abierta (EEA), reevaluación positiva (RP), búsqueda de apoyo social (BAS), búsqueda de apoyo profesional (BAP),

religión (R), refrenar el afrontamiento (RFA) y espera (E); y como variables suplementarias: edad, sexo, estado civil (EDC), diagnóstico (Dx), tratamiento (TT) y tiempo de diagnóstico (TDx).

La variabilidad total explicada en la primera dimensión fue de 53.24%, la segunda dimensión explicó el 21.72% del total de la varianza. Entre las dos primeras dimensiones se explica el 74.96% de la variabilidad total.



Para el nivel medio se encuentra que la mayoría de las variables se relacionan fuertemente con gran parte de las variables sociodemográficas, de las cuales destacan las variables búsqueda de apoyo profesional, expresión emocional abierta y evitación cognitiva. Todas estas variables están asociadas a pacientes femeninas, solteras o separadas, entre 41 y 50 años, con diagnóstico de cáncer de mama con tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cirugía, y tiempos de diagnóstico entre 12-18 meses y 18-24 meses.

### Discusión

El objetivo de esta investigación consistió en describir las asociaciones entre las variables de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas y médicas de un grupo de pacientes con cáncer. En primer lugar, cabe señalar que al igual que en otros estudios (Nausheen, Gidron, Peveler y Moss-Morris, 2009), la mayoría de los participantes percibieron que el apoyo social es eficaz. No obstante, a diferencia de otros resultados (Andrés, Remesal y Torrico, 2009), el presente trabajo halló que los participantes puntuaron más alto en el apoyo afectivo que en las otras dimensiones del apoyo social.

En cuanto a los resultados de las estrategias de afrontamiento, se encontró que la mayoría de los participantes tienden a utilizar estrategias de evitación comportamental, evitación cognitiva, religión y refrenar el afrontamiento. Por otra parte, las escalas de expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo profesional obtuvieron menor frecuencia. Estos resultados son contrarios a lo hallado por Llull, Zanier y García (2003), quienes en su estudio observaron que la mayoría de los pacientes optaban por estrategias de afrontamiento activas como la reevaluación positiva. La religión es otra estrategia con alta frecuencia entre los pacientes con cáncer, y es un resultado común en varias investigaciones, entre ellas la de Ortiz et al. (2014).

Referente a las asociaciones, los resultados permitieron concluir que existen grupos claramente diferenciados de acuerdo con las variables sociodemográficas y médicas en cada uno de los niveles de puntuación para ambas escalas. Para el apoyo social, se diferenciaron cuatro grupos; en uno de ellos, el nivel de apoyo social instrumental y de interacción social positiva se percibió bajo

y el de apoyo afectivo medio. Las características sociodemográficas de dicho grupo consistían en ser personas de ambos sexos, separados o divorciados y con edades entre 51 y 60 años.

En este sentido, la falta de pareja estable ha sido señalada en otros estudios como una variable importante en el momento de calificar el apoyo social percibido en pacientes con cáncer (Manne et al., 2014). Algunos autores afirman que muchas de las variables relacionadas con el apoyo social se refieren a actividades de cuidado y soporte en la vida diaria, por lo cual la presencia de una pareja estable puede facilitar la obtención efectiva de esta clase de apoyo (Gómez y Lagoueyte, 2012).

Haciendo referencia al grupo de pacientes mayores de 50 años que mostraron bajas puntuaciones en el apoyo social, algunas publicaciones han reportado que este es percibido como insuficiente de forma más frecuente que en personas de otros rangos de edad (Coyotl et al., 2015). No obstante, otros autores no han encontrado una relación significativa entre la edad y la percepción del apoyo social (Vinaccia et al., 2005). La diferencia de resultados puede deberse en parte a los modelos metodológicos con los que se ha estudiado dicha relación, así como a las poblaciones en las que ha sido evaluada. De allí la importancia de desarrollar enfoques metodológicos que permitan apreciar de forma más precisa la compleja relación entre las variables sociodemográficas y el apoyo social.

Las características médicas de este grupo en particular indican diagnósticos de cáncer de estómago, colon e intestino, con una evolución de entre 18 y 24 meses. En otros estudios no se ha encontrado una relación significativa entre el tipo de cáncer y la percepción del apoyo social (Fontibón, Acosta, Valdelamar, Valdelamar y Sánchez, 2015); sin embargo, sí han reportado que los pacientes con una evolución de la enfermedad mayor a un año tienen una percepción más pobre del apoyo social que aquellos con diagnósticos recientes (Costa-Requena et al., 2015).

Un segundo grupo caracterizado por tener niveles medios de apoyo instrumental e interacción positiva con apoyo afectivo alto incluía pacientes de ambos sexos, que vivían en unión libre, con edades comprendidas entre los 41 y los 50 años. Contrario al grupo anterior, estos pacientes contaban con una pareja estable y pertenecían a un grupo etario de personas más jóvenes. Estos resultados coinciden con los hallazgos de otros estudios en los que se

señala un mejor apoyo social en pacientes de menor edad y con parejas estables (You y Lu, 2014).

La misma situación ocurre para la variable tiempo de diagnóstico, pues son pacientes que llevan una evolución de la enfermedad de hasta un año, que es el periodo en que, por lo general, se percibe un mayor apoyo social (Nausheen et al., 2009).

Por último, cabe mencionar que el grupo que presentó puntuaciones más altas en apoyo emocional/informacional lo conformaban únicamente mujeres con cáncer de mama. Según el estudio de You y Lu (2014) existen diferencias en la forma como las mujeres y los hombres perciben el apoyo social, observándose que las mujeres tienden a percibir mayor apoyo emocional y afectivo que los hombres. No obstante, también hay investigaciones que no han hallado diferencias entre sexos (Fontibón et al., 2015). Para el caso de este estudio, es necesario considerar que la mayor parte de la muestra estuvo conformada por mujeres, lo cual pudo haber influenciado los resultados observados.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, se encontró que las variables médicas y sociodemográficas están fuertemente relacionadas con los puntajes del cuestionario. Los puntajes bajos de evitación comportamental, evitación emocional, evitación cognitiva, religión, reevaluación positiva, reacción agresiva, búsqueda de apoyo social, refrenar el afrontamiento y espera se observaron únicamente en hombres con diagnóstico de cáncer del aparato digestivo y reproductivo que recibían tratamiento de radioterapia e, incluso, cirugía. Del mismo modo, en los estudios de Scafarelli y García (2010) se halló que los hombres tienden a usar pocas estrategias de afrontamiento relacionadas con la evitación o la postergación.

Adicionalmente, se observó que en pacientes mujeres con cáncer de ovario se presentaron niveles altos de las estrategias de afrontamiento, reacción agresiva, expresión emocional abierta, evitación emocional, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, conformismo, búsqueda de apoyo profesional y espera. Este resultado coincide con los estudios que sugieren que las mujeres suelen utilizar estrategias de afrontamiento relacionadas con la expresión abierta (Martínez, Camarero, López y Moré, 2014).

Finalmente, los resultados de esta investigación aportaron información útil que puede ser usada en

el momento de diseñar programas de intervención psicosocial en pacientes con cáncer, indicando aquellas variables que están relacionadas con estrategias de afrontamiento. Lo anterior reviste importancia, teniendo en cuenta que los hallazgos de algunos estudios sugieren una relación entre los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptación, el bienestar psicológico y el éxito del tratamiento del cáncer. Otros estudios incluso han sugerido el papel de dichas variables en el estado del sistema inmune y la respuesta a los tratamientos médicos.

En cuanto a las limitaciones, cabe señalar que esta fue una investigación con una alternativa metodológica diferente a lo que generalmente es utilizado para describir la relación entre variables. Por otro lado, la posibilidad del contraste con otros estudios se vio limitada, a pesar de que se obtuvieron resultados similares para la mayoría de las variables analizadas individualmente. Otra limitación se refiere a que las conclusiones del estudio deben ser interpretadas teniendo en consideración que se utilizó un muestreo a conveniencia, no probabilístico, con una muestra pequeña y heterogénea. En este sentido, es recomendable realizar investigaciones posteriores con este enfoque, abarcando además otras poblaciones y muestras, en las que todas las posibles relaciones entre variables y dimensiones puedan ser consideradas y analizadas, con el propósito de producir resultados complejos que precisen asertivamente el tipo de tratamiento psicológico que debe ser usado en pacientes oncológicos.

## Referencias

- Alvarado, S., Ochoa, F., Guerra, H., Mulier, Y., Galindo, O. y Zapata, M. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores (perspectiva del oncólogo). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 136-142.
- Andrés, M., Remesal, R. y Torrico, E. (2009). Apoyo social percibido en hombres operados de cáncer de laringe. *Psicooncología*, 6(1), 227-241.
- Antoni, M. (2013). Psychosocial Intervention Effects on Adaptation, Disease Course and Biobehavioral Processes in Cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, 88-98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009

- Barez, M., Blasco, T. y Fernández, C. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cantú, R. y Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 19(1), 21-32.
- Checton, M., Greene, K., Magsamen-Conrad, K. & Venetis, M. (2012). Patients' and Partners' Perspectives of Chronic Illness and Its Management. *Families, Systems & Health*, 30(2), 114-29. doi: 10.1037/a0028598
- Chorot, P. y Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. Madrid: UNED.
- Cieślak, K., Pawlukiewicz, M., Golab, D., Konys, M., Kuśnierkiewicz, M. & Kleka, P. (2013). Styles of Coping With Stress of Cancer in Patients Treated with Radiotherapy and Expectations towards Medical Staff - Practical Implications. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 18(2), 61-66. doi: 10.1016/j.rpor.2012.10.006
- Costa-Requena, G., Ballester, A. & Gil, F. (2015). The Influence of Demographic and Clinical Variables on Perceived Social Support in Cancer Patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 25-32. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14404
- Coyotl, E., Morales, F., Xicali, N., Torres, A., Villegas, M., Tenahua, I., ... Arrijoja, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 39-49. doi: 10.1989/ejhr.v1i2.5
- De Haro-Rodríguez, M., Gallardo-Vidal, L., Martínez-Martínez, M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes-Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44919
- Díaz, L. (2002). *Estadística multivariada: inferencia y métodos*. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J. & Hamovitch, M. (1992). Social Relations, Social Support and Survival among Patients with Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531-541.
- Fontibón, L. F., Acosta, L., Valdelamar, J., Valdelamar, A. y Sánchez, R. (2015). Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 387-395. doi: 10.12804/apl33.03.2015.02
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gómez, M. y Lagoueyte, M. (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances en Enfermería*, 30(1), 32-41. doi: 10.15446/av.enferm
- Kim, J., Han, J. Y., Shaw, B., McTavish, F. & Gustafson, D. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-Being. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 543-552. doi: 10.1177/1359105309355338
- Kolankiewicz, A., Souza, M., Magnago, T. & De Domenico, E. (2014). Social Support Perceived by Cancer Patients and Its Relation with Social and Demographic Characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.4249
- Llull, D., Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Revista PSICO-USF*, 6(2), 55-64.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., ... Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International*

- Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. doi: 10.1007/s11136-012-0140-8
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6(2-3), 281-284.
- Manne, S., Kashy, D., Siegel, S., Myers, S., Heckman, C. & Ryan, D. (2014). Unsupportive Partner Behaviors, Social-Cognitive Processing, and Psychological Outcomes in Couples Coping with Early Stage Breast Cancer. *Journal of Family Psychology*, 28(2), 214-224. doi: 10.1037/a0036053
- Martínez, O., Camarero, O., López, I. y Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Ciencias Médicas*, 20(3), 390-400.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología, ESE.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R. & Moss-Morris, R. (2009). Social Support and Cancer Progression: A Systematic Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 403-415. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.12.012
- Nisa, S. U. & Rizvi, T. (2016). Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality Traits with Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *International Journal of Research in Economics and Social Science*, 6(4), 105-114.
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 19-29.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G. y Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 8(1), 77-83. doi: 10.21500/19002386.1216
- Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J., Olivares, M., Jamal, I. y Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2012.v9.n1.39140
- Scafarelli, L. y García, R. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 1-13.
- Schmidt, S., Blank, T., Bellizzi, K. & Park, C. (2012). The Relationship of Coping Strategies, Social Support, and Attachment Style with Posttraumatic Growth in Cancer Survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033-1040. doi: 10.1177/1359105311429203
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social, Science & Medicine*, 32(6), 705-714. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-B
- Ticona, S., Santos, E. y Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.2
- Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.8.3569
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
- You, J. & Lu, Q. (2014). Sources of Social Support and Adjustment among Chinese Cancer Survivors: Gender and Age Differences. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 697-704. doi: 10.1007/s00520-013-2024-z

---

**Para citar este artículo / to cite this article / para citar este artigo:** Pérez, P., González, A., Mieles, I. y Uribe, A. F. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase