

**EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EN RELACIÓN  
CON LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS**

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**



**Trabajo fin de Máster**

**Autora: Avelina Concepción Rebolo Martín**

**Tutora: María del Carmen Neipp López**

### **Resumen**

**Objetivo:** Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y el estado emocional en pacientes oncológicos. En segundo lugar, se pretenden analizar las diferencias en los estilos de afrontamiento que utilizan pacientes con diferente diagnóstico (cáncer de pulmón, mama y colon) y las diferencias en los estilos de afrontamiento según estadio de la enfermedad. **Método:** Estudio descriptivo transversal, de correlación en 40 pacientes ambulatorios con diagnóstico de cáncer de pulmón, mama o colon. Los cuestionarios empleados fueron el EORTC QLQ-C30, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y el cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). **Resultado:** El Espíritu de Lucha correlacionó negativamente con diferentes áreas de estado emocional y de calidad de vida, lo cual indicaba que pacientes que utilizaban dicha estrategia presentaban menor malestar psicológico y una mejor calidad de vida. Por otro lado, el paciente diagnosticado con cáncer de pulmón presentó peor estado emocional y utilizó estrategias de afrontamiento menos adaptativas, en comparación con el resto de diagnósticos. **Conclusión:** Existen relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y el estado emocional en pacientes oncológicos. Se ha visto como el Espíritu de Lucha es la estrategia de afrontamiento que favorece un mejor estado de ánimo y una mejor calidad de vida.

Palabras clave: cáncer, ansiedad, depresión, afrontamiento, calidad de vida.

### **Abstract**

**Objective:** To assess the relationship between coping styles, quality of life and emotional state in cancer patients. Secondly, it aims to analyze differences in coping styles using different diagnosis patients (lung cancer, breast and colon) and differences in coping styles according to disease stage. **Method:** Crossectional design, descriptive study of correlation among 40 outpatients with a diagnosis of lung cancer, breast or colon. Patients filled the EORTC QLQ-C30 questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. **Result:** The Fighting Spirit negatively correlated with different areas of emotional state and quality of life, suggesting that patients using this strategy had less psychological distress and improved quality of life. Furthermore, the patient diagnosed with lung cancer have worse emotional state and uses coping styles, compared with other diagnoses. **Conclusions:** There are significant relationships between coping styles, quality of life and emotional state in cancer patients. It has been seen as fighting spirit coping strategy that promotes a better mood and a better quality of life.

Keywords: cancer, anxiety, depression, copings styles and quality of life.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2014), la prevalencia del cáncer es de un millón y medio de personas y se considera que actualmente es la segunda causa de muerte en España. La incidencia global de cáncer prevista para población española en 2015 es de 222.069 (136.961 varones y 85.108 mujeres). Las cinco localizaciones de cáncer más frecuentes en España para ambos sexos son: 1º Colorrectal, 2º Próstata, 3º Pulmón, 4º Mama, 5º Vejiga. El cáncer con mayor incidencia es el colorrectal (15%), el que produce una más alta mortalidad es el cáncer de pulmón (20,6%) y el que tiene una prevalencia a 5 años más alta es el cáncer de mama (17,9%).

La Psicooncología ejerce un papel clave dentro de la Oncología, tanto durante la sucesión de las distintas fases de la enfermedad, como en los diferentes campos de intervención a la misma (Arrarás, Martínez, Laínez y Manterota, 2004). Dicha disciplina abarca la enfermedad del cáncer desde una perspectiva multidisciplinar, ya que tiene en cuenta diversas disciplinas como pueden ser aquellas referidas a especialidades médicas clínicas (cirugía, medicina interna, ginecología, etc.), como a aquellas médicas no clínicas (epidemiología, inmunología, etc.), como a la Psicología (salud, clínica, social, etc.), obteniendo conocimientos de todas las especialidades (Holland, 1988). Por lo tanto, el abordaje al paciente oncológico se realiza desde la integración de todas estas disciplinas, tratando tanto los aspectos médicos, como aquellos psicológicos y sociales de la persona.

Es importante resaltar el hecho de que tanto la adaptación psicológica, como la experiencia del paciente respecto a su enfermedad, dependerán de diversos factores como son los referidos al paciente (habilidades de afrontamiento, momento vital del diagnóstico, etc.), a la enfermedad (localización, estadio, síntomas, tratamiento, manejo psicológico del personal sanitario, etc.), como a la sociedad (diagnóstico compartido abiertamente, información, creencias populares, etc.).

El estudio que nos compete a continuación se centra en diversas variables psicológicas, como son: las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente durante su enfermedad, así como su calidad de vida y estado emocional. Según la literatura científica, a continuación veremos la importancia de estas variables psicológicas y la relación que guardan durante el proceso de enfermedad en el paciente oncológico. Parece que el modo en el que el paciente viva y afronte el cáncer es determinante en el ajuste al mismo y en su estado emocional y calidad de vida y que en general, pacientes que emplean estrategias de lucha activa, presentan mayor calidad de vida (bienestar familiar, social y personal) y sufrirán menor sintomatología ansiosa y depresiva (Vallejo y Ortega, 2007).

Referente al término calidad de vida, podemos afirmar que dicho concepto se puede extrapolar a diferentes aspectos de la vida, pero en Oncología este concepto se centra en la salud del paciente y su relación con la enfermedad y tratamientos. Por lo tanto, se trata de un concepto que referencia diferentes dimensiones (Blanco, 1985; Chibnall y Tait, 1990; Haes, 1988), de ahí que su definición sea compleja. Debemos considerar, por tanto, que la calidad de vida es un constructo multidimensional, de evaluación subjetiva, temporal y que se relaciona con el estado de salud (Arrarás et al. 2004).

Una de las funciones principales por las cuales se evalúa la calidad de vida, es la de desarrollar intervenciones psicológicas más concretas y prósperas. Además de otras funciones como: evaluar el funcionamiento del paciente en las áreas psicológica, física y social; ayudar a decidir tratamiento, evaluar preferencias de los pacientes, profundizar en áreas para la mejora de la práctica clínica, orientar intervenciones, ayudar a predecir la evolución de la enfermedad y realizar una detección temprana de cambios en el estado físico y psíquico del paciente (Arrarás et al. 2004).

Aarson (1993) fue uno de los autores más destacados que se dedicó a estudiar el concepto de calidad de vida en población oncológica y propuso inicialmente para su evaluación, las siguientes dimensiones: estado funcional, síntomas físicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, función psicológica, función social y familiar. Seguidamente, añadió componentes a cada dimensión anterior como son, por ejemplo, en la actividad física: actividades de autocuidado, movimiento, etc. Para función social: interrupción de las actividades sociales normales. Además de otras dimensiones como la espiritual y la satisfacción con los cuidados médicos (Schag, Ganz, Wing, Sim y Lee, 1994).

Otro concepto importante a estudiar en este trabajo es el referente al estado emocional del paciente. En concreto en este estudio, serán las dimensiones de ansiedad y depresión las que se evaluarán. Diferentes investigaciones afirman que entre un 30% y un 50% de los pacientes oncológicos presentan alteraciones psicológicas y que además, son la depresión y la ansiedad las que prevalecen por encima de otras alteraciones (Fertig, 1997; Maguire, 2000). Además, según diversos estudios, se ha visto como la ansiedad y la depresión suponen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Carlsen, Jensen, Jacobsen, Krasnik y Johansen, 2005; Graves et al. 2007; Montazeri, Gillis y McEwen, 1998).

Además, se puede afirmar que el tipo de afrontamiento utilizado durante la enfermedad oncológica influirá en la morbilidad psicológica del paciente. En el presente estudio nos basamos en los trabajos de Moorey y Greer (1989), quienes desarrollan un “esquema de supervivencia ante el cáncer”. Dicho esquema relaciona el conocimiento del diagnóstico, cómo percibe el sujeto dicho diagnóstico, las reacciones emocionales que se producen y las estrategias de afrontamiento utilizadas. En conclusión, dicho esquema posee

tres elementos indispensables: evaluación cognitiva del cáncer, estilo de afrontamiento y reacciones emocionales. Como respuesta a la evaluación, son cinco estrategias de afrontamiento las que se desarrollan en pacientes oncológicos. Estas son: (1) *Espíritu de Lucha*. Actitud optimista, con percepción de control de la situación, donde el diagnóstico es visto como un reto y las respuestas emocionales características suelen ser: ligera ansiedad y positivismo. (2) *Negación*. La persona tiende a rechazar o minimizar el diagnóstico, éste no se percibe como una amenaza. La visión del pronóstico es optimista. El aspecto del control no se plantea. La respuesta emocional suele ser la serenidad. (3) *Fatalismo*. El diagnóstico es percibido como una amenaza o pérdida. No hay control. El pronóstico es visto con resignación. Las estrategias de afrontamiento están ausentes. La respuesta emocional característica es la serenidad. (4) *Desamparo/Desesperanza*. El diagnóstico se percibe como una amenaza o pérdida. No puede ejercer control. El pronóstico es percibido con pesimismo. Se suele afrontar con rendición. (5) *Preocupación ansiosa*. Se percibe el diagnóstico como una gran amenaza o como un posible error. El pronóstico es percibido con incertidumbre. Las estrategias de afrontamiento suelen ser: búsqueda compulsiva de información, rumiación excesiva, etc. Las respuestas emocionales típicas son la ansiedad y preocupación.

Centrándonos en las estrategias de afrontamiento a nivel general, son el Espíritu de Lucha y las estrategias basadas en el problema (Folkman y Greer, 2000), las consideradas más efectivas para controlar y evitar el malestar psicológico y obtener un mayor bienestar y calidad de vida. El Espíritu de Lucha se encuentra relacionado con variables como: la adaptación emocional y la calidad de vida (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Folkman y Greer, 2000; Grassi, Rosti, Lasalvia y Marangolo 1993;

López, Neipp, Pastor, Terol y Castejón, 1999; Scholl, Harlow, Brandt, Solbach, 1998; Schnoll, Mackinnon, Stolbach y Lorman, 1995; Watson et al. 1991).

Se ha demostrado que la Desesperanza y Preocupación Ansiosa como estrategias de afrontamiento presentan posteriormente una peor adaptación a la enfermedad, relacionado con mayores niveles de Ansiedad y Depresión y a su vez, con una peor calidad de vida (Schnoll et al. 1998).

Otro estudio como el de Camacho (2003), afirma que la Negación como estrategia de afrontamiento, puede tener un efecto protector en el paciente con cáncer pulmonar. Dicho estudio guarda relación con el de Vos, Putter, van Houwelingen, de Haes (2011), quienes afirman que la Negación como estrategia de afrontamiento en su uso moderado, se relaciona con un mejor funcionamiento social y un mejor estado de ánimo, en comparación con pacientes que no utilizan dicha estrategia. Siguiendo con la Negación como estrategia de afrontamiento, parece que no existe tanto consenso en la literatura científica, como en otras estrategias, ya que, estudios como los de Conde (2014); Walker, Zona y Fisher (2006), afirman que la Negación se suele relacionar con síntomas de ansiedad y depresión y con peor calidad de vida.

Además, se ha podido observar cómo, según el tipo de diagnóstico de cáncer que padezca el individuo, existen diferencias en el modo de afrontar dicha enfermedad. Por ejemplo, en el cáncer de mama, son el Espíritu de Lucha y la Preocupación Ansiosa las dos estrategias de afrontamiento más utilizadas. Por el contrario, sería el Fatalismo, la estrategia de afrontamiento menos utilizada (Sebastián, Bueno, Mateos y García, 1999). Otros estudios como el de Watson y Greer (1998), relacionan que pacientes diagnosticados con cáncer de colon utilizan en mayor medida, estrategias de afrontamiento como son, el Espíritu de Lucha y la Negación.

En cáncer de pulmón se ha podido observar como son el Fatalismo, seguido del Espíritu de Lucha, las dos estrategias de afrontamiento más utilizadas, al contrario que Desamparo y Preocupación Ansiosa, que se caracterizan por ser las menos utilizadas (Rodríguez et al. 2012). Se deduce que los pacientes con cáncer de pulmón presentan diferencias en las respuestas cognitivas en cuanto a otro tipo de pacientes, por el sentimiento de culpa que muchos poseen, lo cual les impide poner en marcha a tiempo estrategias de afrontamiento adecuadas (Vos et al. 2011).

El presente estudio es un diseño descriptivo de tipo transversal y correlacional de las siguientes variables psicológicas: estrategias de afrontamiento, calidad de vida y estado emocional.

El objetivo del estudio fue en primer lugar, analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y el estado emocional de los pacientes oncológicos. En segundo lugar, se pretendió analizar las diferencias en los estilos de afrontamiento que utilizan pacientes con diferente diagnóstico (cáncer de pulmón, mama y colon) y las diferencias en los estilos de afrontamiento según estadio de la enfermedad.

## **Método**

### **Participantes**

40 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, mama o colon, que pertenecen al Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche. Se incluyeron aquellos pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y que cumplían con los criterios de inclusión.

Los *criterios de inclusión* para el estudio fueron los siguientes: (a) mayor de 18 años, (b) cumplimentación del consentimiento informado, (c) diagnóstico de cáncer de pulmón, mama o colon, (d) fase inicial del tratamiento (inferior a un año), (e) tratamiento con

Quimioterapia o Quimioterapia combinada, (f) perteneciente al Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche, y (g) estadios I, II, III o IV de la enfermedad

Los *criterios de exclusión* para el estudio fueron los siguientes: (a) no cumplimentación del consentimiento informado o no voluntariedad de participación en el estudio, (b) diagnóstico oncológico diferente a pulmón, mama o colon, (c) duración del tratamiento mayor de un año, y (d) presencia de psicopatología severa o deterioro cognitivo que le incapacite responder a los cuestionarios.

La muestra la compuso finalmente un 65% de mujeres y un 35% de hombres, con una media de edad de 51 años (DT: 11.1). El estado civil que predominaba ha sido el de casado, conformando un 67.5% del total de los pacientes. El 52.5% de los pacientes se encontraban en situación de baja laboral. Prima el número de pacientes con un nivel de estudios primarios (42.5%), seguido de los que poseen estudios secundarios (32.5%) y por último, un 25% con estudios superiores. Casi la mitad de la muestra la compusieron pacientes diagnosticadas de cáncer de mama (45%), seguido de un 30% de pacientes diagnósticos con cáncer de colon y un 25% con diagnóstico con cáncer de pulmón. Referente a los estadios de la enfermedad, la muestra se reparte en su mayoría entre los estadios II (30%), III (37.5%) y IV (30%). Existe equilibrio entre los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia únicamente (45%) y los que reciben quimioterapia combinada con otro tratamiento (55%). Referente a la fase de la enfermedad, todos los pacientes se encuentran en fase de tratamiento y en su primer año. La mayoría de los pacientes de este estudio se encontraban en su segundo mes (22.5%) y en su cuarto mes (22.5%) de tratamiento. El resto se encuentra repartido entre el resto de meses del primer año.

## VARIABLES E INSTRUMENTOS

Estilos de Afrontamiento, medidos por el *Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer* (*Mental Adjustment to Cancer, MAC*). Es la escala más empleada para evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos. Fue desarrollada por Watson et al. en 1991. Traducida y validada al español por Ferrero, Barreto y Toledo (1994). Consta de 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert, que puntúa de 1 a 4 (1: Seguro que no. 2: Creo que no. 3: Creo que sí. 4: Seguro que sí). Las estrategias de afrontamiento que se evalúan son: Espíritu de Lucha, Desamparo/Desesperanza, Negación (representado únicamente por el ítem 38), Fatalismo y Preocupación Ansiosa. En la adaptación española del cuestionario se sustituye la palabra “cáncer” por “enfermedad” con la intención de no influir en la “Negación” como estilo de afrontamiento. En el estudio de validación española del MAC por Ferrero y cols. (1994), sugirió una estabilidad interna relativa para todos los factores. Además, la validación para las 5 dimensiones fue la siguiente: “Espíritu de lucha  $\alpha=.76$ ”, “Desesperanza  $\alpha=.87$ ”, “Preocupación ansiosa  $\alpha=.88$ ”, “Fatalismo  $\alpha=.62$ ”, y “Negación  $\alpha=.74$ ”.

Calidad de Vida, medida por el *Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993). Se trata de un cuestionario de 30 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta donde: (1: En absoluto, 2: Un poco, 3: Bastante y 4: Mucho), exceptuando los ítems 29 y 30 cuya escala de respuesta oscila de 1 a 7, entendiendo que 1 es “Pésimo” y 7 “Excelente”. Estos resultados se transforman en una puntuación estandarizada (0-100), que determina la afectación del paciente en cada una de las escalas, de tal modo que un valor elevado en las escalas de Funcionamiento Físico y de Síntomas reflejan un peor estado en esas áreas. Ocurre al contrario en la Escala Global de Salud,

donde una mayor puntuación, refleja un mejor estado de salud global. En este estudio el EORTC QLQ-C30 se estructuró en 3 áreas: Área de Estado de Salud Global, Área de Funcionamiento Físico y Área de Síntomas. En el estudio de validación con población española de Arrarás, Illaramendi y Valerdi (1995), la consistencia interna global fue de  $\alpha = .78$ .

Estado emocional, medido por *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) de Snaith, Zigmond, 1994. Es una escala formada por 14 ítems que se dividen en dos subescalas, Ansiedad y Depresión, cada una formada por 7 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que se puntúa de 0 a 3. En cada una de las escalas, valores totales entre 0 y 7 indican ausencia de caso clínico, entre 8 y 10 caso dudoso y de 11 a 21, caso clínico. La escala ha sido traducida y validada en población oncológica española por López et al. (2000). Las propiedades psicométricas de esta escala parecen ser adecuadas, mostrando una fiabilidad de .80 para cada una de las subescalas y una validez de .70 para ambas escalas.

Variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, tipo de diagnóstico, estadio, tratamiento y fase de tratamiento. Variables recogidas en la Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.

## **Procedimiento**

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital General Universitario de Elche (ver anexo I) y posteriormente, por el Comité Ético (ver anexo II). Tras dichas gestiones y una vez acordado el procedimiento a seguir con los oncólogos y enfermeros pertenecientes al Servicio de Oncología médica, en consulta, el especialista informó del estudio al paciente que cumplía con los criterios de inclusión del estudio. Tras

ser seleccionado e informado del estudio, una vez el paciente aceptaba participar, fue incluido como muestra para el presente estudio. A partir de ese momento, era el investigador principal del estudio quien se ponía en contacto con el paciente para concertar una cita. Dicha sesión se realizaba el día y hora que proponía el paciente, en base a su disponibilidad, en un despacho perteneciente a consultas externas de oncología en el Hospital General de Elche.

Los objetivos de esta sesión eran informar acerca del estudio, resolver dudas y asegurar la participación anónima y confidencialidad de los datos. Por otro lado, una vez comprendidos los aspectos anteriores se cumplimentaba el consentimiento informado (ver anexo III), los datos sociodemográficos y clínicos, además de los tres cuestionarios que evaluaban las variables psicológicas objeto de estudio. Además, a cada participante se le entregaba un documento donde aparecía toda la información acerca del estudio en el que iban a participar. Sólo se realizó una única sesión de aproximadamente 40 minutos de duración.

El proceso de recogida de datos tuvo una duración de cuatro meses, desde octubre del 2015 hasta enero del 2016. Sería en enero cuando finalizaría la inclusión de sujetos en el estudio.

### **Tipo de diseño**

El presente estudio es un diseño descriptivo de tipo transversal y correlacional de las siguientes variables psicológicas: estrategias de afrontamiento, calidad de vida y estado emocional.

### **Análisis de los datos**

Los datos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versión 22.0) para Windows. Se realizaron análisis estadísticos

descriptivos y correlacionales. Para el análisis de las diferencias entre diagnósticos y estadios utilizamos la comparación de medias utilizando ANOVA de 1 Factor y para el análisis de las correlaciones se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

### **Resultados**

#### *Relaciones entre estrategias de afrontamiento, estado emocional y calidad de vida*

A continuación, vamos a mostrar las correlaciones que fueron significativas entre las tres variables objeto de nuestro estudio: estrategias de afrontamiento, estado emocional y calidad de vida, entendiendo la relación entre las diferentes subescalas que componen cada variable.

En cuanto a las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el estado emocional (véase Tabla 1), observamos que Ansiedad y Espíritu de Lucha correlacionaron negativamente ( $r=-.575$ ;  $p=.000$ ), y Ansiedad con Preocupación Ansiosa positivamente ( $r=.564$ ;  $p=.000$ ). Por otro lado, siguiendo con las relaciones entre estrategias de afrontamiento y el resto de dimensiones, vimos como también guardaba relaciones significativas con áreas de la calidad de vida. De este modo, pudimos observar como Desamparo correlacionaba negativamente con la Escala Global de Salud ( $r=-.387$ ;  $p=.014$ ). Además, el Espíritu de Lucha, correlacionó negativamente con la escala de Funcionamiento Físico ( $r=-.634$ ;  $p=.000$ ). Por último, se vio como la estrategia de afrontamiento Preocupación Ansiosa guardaba una relación positiva con la escala de Funcionamiento Físico ( $r=.326$ ;  $p=.040$ ).

Finalmente, pudimos observar como existían algunas relaciones significativas entre el estado emocional y la calidad de vida (véase Tabla 1). Ésta hace referencia a la relación positiva que mantiene la dimensión Ansiedad, con la escala de Funcionamiento Físico ( $r=.596$ ;  $p=.000$ ). Además, dentro de la relación entre estas dos variables, también pudimos ver

como Ansiedad, al igual que con Funcionamiento Físico, mantiene una correlación positiva con la escala de Síntomas de calidad de vida ( $r=-.383$ ;  $p=.015$ ).

**Tabla 1**

*Correlaciones entre estrategias de afrontamiento, estado emocional y calidad de vida*

	<i>M</i>	<i>DT</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ansiedad	7.00	4.22										
2. Depresión	8.93	2.04	.140									
3. Espíritu de Lucha	49.75	7.31	-.575**	-.152								
4. Desamparo	11.17	3.78	.218	.022	-.314*							
5. P. Ansiosa	23.15	3.54	.564**	.218	-.532**	.396*						
6. Fatalismo	20.42	3.73	.010	.233	.031	.473**	-.020					
7. Negación	2.05	1.08	.095	.175	.144	.004	.065	.153				
8. Est. Glob. Sal	67.83	18.6	-.223	.214	.225	-.387*	-.144	.064	.099			
9. F. Físico	47.81	12.9	.596**	.036	-.634**	.049	.326*	-.146	-.246	-.524**		
10. Síntomas	46.65	12.8	.383*	-.001	-.182	.085	.007	.287	-.025	-.394*	.581**	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

\*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

#### *Diferencias de estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico*

Como podemos observar en la Tabla 2, se observaron diferencias significativas en la dimensión Espíritu de Lucha ( $F = 4.551$ ;  $p = .017$ ). Podemos ver dentro de la utilización de esta estrategia, como los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón presentaron un menor uso de la misma, respecto a aquellos con diagnóstico de cáncer de mama

Por otro lado, en la dimensión Preocupación Ansiosa, también se mostraron diferencias significativas en función del diagnóstico ( $F = 6.124$ ;  $p = .005$ ). Se puede observar como presentan mayor puntuación en esta dimensión, el diagnóstico de cáncer de mama ( $M = 23.05$ ;  $DT = 2.97$ ) y de pulmón ( $M = 25.80$ ;  $DT = 3.19$ ), destacando el cáncer de pulmón en la utilización de dicha estrategia en comparación con el resto de diagnósticos.

Por último, se hallaron diferencias significativas en la dimensión Fatalismo ( $F = 4.487$ ;  $p = .018$ ), donde los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón presentaron un mayor uso de esta estrategia para afrontar su enfermedad ( $M = 23.20$ ;  $DT = 1.81$ ), en comparación con el diagnóstico de cáncer de mama.

**Tabla 2**

*Diferencias entre las dimensiones de estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico*

		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Espíritu de Lucha	C.MAMA	51.78	5.72	4.551	.017
	C.COLON	51.33	4.37		
	C.PULMÓN	44.20	10.04		
	Total	49.75	7.31		
Desamparo	C.MAMA	10.22	3.97	2.559	.091
	C.COLON	10.75	3.62		
	C_PULMÓN	13.40	2.95		
	Total	11.17	3.78		
Preocupación Ansiosa	C.MAMA	23.05	2.97	6.124	.005
	C.COLON	21.08	3.37		
	C.PULMÓN	25.80	3.19		
	Total	23.15	3.54		
Fatalismo	C.MAMA	19.22	3.84	4.487	.018
	C.COLON	19.91	3.78		
	C.PULMÓN	23.20	1.81		
	Total	20.42	3.73		
Negación	C.MAMA	2.22	1.06	2.461	.099
	C.COLON	1.50	1.00		
	C.PULMÓN	2.40	1.07		
	Total	2.05	1.08		

*Diferencias de estrategias de afrontamiento en función del estadio*

Para la comparación de las estrategias de afrontamiento entre los diferentes estadios de la enfermedad (I, II, III y IV), no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

## Discusión

Este estudio tenía como objetivo analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes oncológicos, con el estado emocional y la calidad de vida. Además, pretendía analizar las posibles diferencias existentes entre las estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico que presentaba el paciente (cáncer de mama, colon y pulmón) y los estadios de la enfermedad (I, II, III y IV).

Como comentaba la literatura científica, el modo en el que el paciente afronte su enfermedad es determinante en el ajuste a la misma, en su estado emocional y en su calidad de vida (Vallejo y Ortega, 2007). De ahí que decidiéramos analizar la relación entre dichas variables en la muestra objeto de estudio. Además, otra de las afirmaciones que tuvimos presente fue el hecho de que pacientes que empleaban estrategias de lucha activa (Espíritu de Lucha), presentan mayor calidad de vida (bienestar familiar, social y personal) y sufrirían menor sintomatología ansiosa y depresiva (Vallejo y Ortega, 2007). Dicha afirmación, se relaciona con los resultados obtenidos en nuestro estudio, en los cuales pudimos observar que el Espíritu de Lucha como estrategia de afrontamiento se relacionaba con menor sintomatología ansiosa y con mejor calidad de vida, entendiéndola según los resultados, como mejor Funcionamiento Físico. Como podemos observar, los resultados obtenidos en este estudio se relacionaron con los obtenidos por otros autores y pudimos concluir que, sería el Espíritu de Lucha la estrategia de afrontamiento más efectiva para evitar y manejar el malestar psicológico y obtener un mayor bienestar y calidad de vida (Ferrero et al. 1994; Ferrero et al. 1995; Folkman y Greer, 2000; Grassi et al. 1993; López et al. 1999; Scholl et al. 1998; Schnoll et al. 1995; Watson et al. 1991).

Según diversos estudios, eran la Desesperanza y la Preocupación Ansiosa, las estrategias de afrontamiento que presentaban posteriormente una peor adaptación a la

enfermedad, relacionado a su vez con mayores niveles de Ansiedad y Depresión y con una peor calidad de vida (Schnoll et al. 1998). Atendiendo a nuestros resultados, encontramos que al igual que refleja la literatura, Preocupación Ansiosa se relacionaba de manera significativa con un peor estado emocional (Ansiedad) y con peor calidad de vida entendida como peor Funcionamiento Físico. Por otro lado, la Desesperanza, según nuestros resultados, guardaba una relación significativa con la escala: Estado Global de Salud, entendiendo que la Desesperanza no guarda relación con un buen Estado de Salud Global.

Para la estrategia de afrontamiento Negación, no encontramos relaciones significativas con estado emocional, ni con calidad de vida. Parece ser que, tal como comentaban otros autores, continúa sin existir consenso respecto a esta estrategia en la literatura, ya que estudios como el de Camacho (2003) y Vos et al. (2011), hablaban de la Negación como una estrategia protectora y que se relacionaba con una mejor calidad de vida y con un buen estado de ánimo. Dichos estudios contradecían a otros como los de Conde (2014); Walker et al. (2006), quienes afirmaban todo lo contrario, relacionando dicha estrategia con peor estado emocional y peor calidad de vida.

Como pudimos observar en otros estudios, la Ansiedad y la Depresión suponen un gran impacto en la calidad de vida del paciente oncológico (Carlsen et al. 2005; Graves et al. 2007; Montazeri et al. 1998), y esta relación la pudimos comprobar también en los resultados de nuestro estudio, donde observábamos que la Ansiedad se relacionaba de manera significativa con un peor Funcionamiento Físico y con mayor sintomatología (Escala de Síntomas).

En relación a las diferencias entre diagnósticos y estadios, pudimos comprobar que existen algunas diferencias en los estilos de afrontamiento utilizados, en función del diagnóstico. No ocurrió lo mismo con el estadio, donde no se hallaron diferencias

significativas entre las dimensiones de afrontamiento en relación al estadio de la enfermedad. En cuanto a los resultados obtenidos en función del diagnóstico, observamos como el paciente diagnosticado con cáncer de pulmón, suele utilizar estrategias de afrontamiento menos adaptativas como son, el Fatalismo y la Preocupación Ansiosa, en comparación con el resto de diagnósticos. Dichos resultados se relacionan con los estudios de Vos et al. (2011), quienes deducían que los pacientes con cáncer de pulmón presentaban diferencias en las respuestas cognitivas en cuanto a otro tipo de pacientes, y que este hecho podía deberse al sentimiento de culpa que muchos poseen, lo cual les impedía poner en marcha a tiempo estrategias de afrontamiento más adaptativas. Además, este resultado se relaciona con otros estudios como el de Rodríguez et al. (2012), donde se cumple la relación entre el diagnóstico de cáncer de pulmón con el uso del Fatalismo como estrategia de afrontamiento, pero no con la relación entre este diagnóstico y Preocupación Ansiosa, teniendo cuenta que dichos autores consideran que es una de las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por el paciente diagnosticado de cáncer de pulmón. Por otro lado, hemos podido comprobar cómo los diagnosticados de cáncer de mama y de colon utilizan en mayor medida el Espíritu de Lucha como estrategia de afrontamiento y dicho resultado refuerza otros estudios que afirmaban que para ambos diagnósticos, el Espíritu de Lucha se consideraba la estrategia de afrontamiento más utilizada (Sebastián et al. 1999; Watson y Greer, 1998).

Se concluye por tanto, que existen diferencias significativas en algunas de las dimensiones de estrategias de afrontamiento, en función del diagnóstico y que es el paciente diagnosticado con cáncer de pulmón el que suele utilizar estrategias de afrontamiento menos adaptativas en comparación con los pacientes diagnosticados con

cáncer de mama y colon. Por lo tanto, los resultados justifican la necesidad de consideración aislada de los pacientes con cáncer de pulmón.

El presente estudio sirve como propuesta para delimitar la extensión del concepto de afrontamiento que, aunque sea un concepto muy estudiado, no deja de ser un concepto amplio y confuso que tiene la necesidad de definirse. Es necesario además, no sólo conocer a grandes rasgos las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos sino también, indicar las estrategias de afrontamiento utilizadas según el tipo de paciente.

Es importante evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos ya que como hemos podido comprobar, se relacionan no sólo con el estado emocional, sino también con escalas funcionales y sintomáticas. Sería interesante que, a modo preventivo, cualquier paciente que inicie o se encuentre en un proceso oncológico, sea evaluado para poder analizar el modo de afrontamiento y fomentar en el caso de que sea necesario, la estrategia de afrontamiento que favorezca una mejor adaptación y ajuste a la enfermedad.

Con el aumento de la supervivencia en cáncer, la necesidad de intervenir sobre las variables que han sido analizadas en el estudio es más clave si cabe, ya que, por ejemplo, la calidad de vida será crucial durante el proceso crónico. Además, sería interesante para futuros estudios relacionar dichas variables con otras del tipo: rasgos de personalidad, variables médicas, efectos secundarios de los tratamientos, recaídas, etc.

Este estudio resalta la idea de que existen diversos perfiles de pacientes. La intervención, por lo tanto, debería ser lo más ajustada posible a dicho perfil. Conocer cuáles son las necesidades particulares del paciente fomentará una intervención integral que favorezca un mayor ajuste, e intervenga no sólo sobre variables psicológicas, sino también sobre síntomas de la propia enfermedad. En definitiva, no podemos moderar los efectos perjudiciales de determinados acontecimientos estresantes, pero sí los efectos perjudiciales

de estos estresores sobre la calidad de vida y curso de la enfermedad. Las intervenciones psicológicas que sería necesario implantar después del sistema de evaluación comentado anteriormente, irían encaminadas al entrenamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas. Con lo cual, como objetivo de intervención, hablaríamos de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, disminuyendo el distrés psicológico e induciendo el Espíritu de Lucha como estrategia de afrontamiento ante la enfermedad.

Durante el proceso de realización y elaboración del estudio, se encontraron diversas limitaciones que en primer lugar, estuvieron relacionadas con la muestra. El tamaño de la muestra (40 pacientes), impide alcanzar una potencia estadística óptima para establecer asociaciones significativas entre las variables de nuestro estudio. Los resultados de este estudio no se pueden generalizar a otros tipos de diagnóstico de cáncer. Por otro lado, existen variables clínicas que dificultan la generalización de resultados, como puede ser el tipo de tratamiento. Este estudio delimitó el tratamiento a Quimioterapia o Quimioterapia combinada. Debemos tener en cuenta que un tipo de tratamiento u otro determina un tipo de ajuste u otro a la enfermedad, además de poseer diferentes efectos secundarios tras el tratamiento. Otro tipo de variables que pueden influir y que no se han tenido en cuenta pueden ser: la situación sociofamiliar, el apoyo social, la edad del paciente, el género, rasgos de personalidad, etc.

A nivel procedimental, se puede considerar que la voluntariedad para participar en el estudio fue otra de las limitaciones, ya que, un total de 10 pacientes decidieron no participar en el estudio una vez fueron informados del mismo. Este hecho alargó el proceso de recogida de datos. El tiempo para este proceso era limitado, de ahí una de las razones por las cuales ajustamos el número de pacientes que se incluirían a un total de 40. Siguiendo con el procedimiento, el sistema de derivación de pacientes se considera fue complejo ya

que, dependía de que el oncólogo especialista estuviera atento en las citas con pacientes, a detectar posibles participantes para comentarles el estudio. Por último, el hecho de utilizar instrumentos de evaluación con un número de ítems considerable puede considerarse como un hecho limitante ya que, para muchos de los participantes les resultaba costoso contestar al total de ítems. Para futuros estudios o continuaciones del mismo, se puede valorar la posibilidad de utilizar instrumentos más breves, como podría ser la utilización del *Mini-MAC* (Escala de Ajuste Mental al Cáncer abreviada).



## Referencias

- Aaronson, N. K. (1993). Assessment of quality of life benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Recent Results in Cancer Research*, 127, 201-210.
- Aarosan, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A. y Duez, M. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials. *Journal National Cancer Institute*, 85, 365-376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
- Arrarás, L. I., Illaramendi, J. J. y Valerdi, J. J. (1995). El Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio Estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 13-33.
- Arrarás, L. I., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico: El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1, 87-98.
- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J. F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J. M. Fernández (Eds.), *Psicología Social Aplicada* (pp. 159-182). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Camacho, S. (2003). El Cáncer de Pulmón. En M. Die Trill (Eds.), *Psicooncología* (pp. 207-224). Madrid, España: Ades Ediciones.
- Carlsen, K., Jensen, A., Jacobsen, E., Krasnik, M., Johansen, C. (2005). Psychological aspects of lung cancer. *Lung Cancer Journal*, 47, 293-300. doi: 10.1016/j.lung-can.2004.08.002
- Chibnall, J. T. y Tait, R. C. (1990). The quality of life scale: A preliminary study with chronic pain patients. *Psychology and Health*, 4, 283-292.

- Conde, A. G. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Ferrero, J., Barreto, M. P. y Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232. doi:10.1002/pon.2960030309
- Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores de bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 87-102.
- Fertig, D. L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3, 292-302.
- Folkman, S. y Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*, 9(1), 11-9. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10668055>
- Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A. y Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.
- Graves, K., Arnold, S., Love, C., Kirsh, K., Moore, P. y Passik, S. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer Journal*, 55, 215-224. doi: 10.1016/j.lungcan.2006.10.001

- Haes, J. C. (1988). Quality of life: Conceptual and Theoretical Considerations. En M. Watson, S. Greer y C. Thomas (Eds.), *Psychosocial Oncology* (pp. 61-70). Oxford: Pergamon Press.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford Press University.
- López, S., Neipp, M. C., Pastor, M. A., Terol, M. C. y Castejón, J. (1999). Afrontamiento del cáncer: Una revisión empírica. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 141-176.
- López, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez, J. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12 (2), 127-155.
- Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. Oxford: Heinemann Medical Books.
- Montazeri, A., Gillis, C. R. y McEwen, J. (1998). Quality of life in patients with lung cancer: A review of literature from 1970 to 1995. *Chest*, 113, 467-81. doi: 10.1378/chest.113.2.467
- Rodríguez, R., Hernando, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., 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, 95-112.
- Schag, C. A., Ganz, P.A., Wing, D. S., Sim, M. S. y Lee, J. J. (1994). Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Quality Life Research Journal*, 3(2), 127-131. doi: 10.1007/BF00435256

- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Brandt, U. y Stolbach, L. L. (1988). Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale for assessing adaption to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 424-435.
- Schnoll, R. A., Mackinnon, J. R., Stolbach, L. y Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psycho-Oncology*, 4, 265-272.
- Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos, N. y García, P. (1999). Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 65, 53-73.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2014). *Las Cifras del Cáncer en España 2014*. Recuperado de: <http://www.seom.org>
- Snaith, R. P. y Zigmond, A. S. (1994). *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Vallejo, M. A. y Ortega, J. (2007). La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4 (1), 35-41.
- Vos, M. S., Putter, H., van Houwelingen, H. C. y de Haes, H. C. (2011). Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients: the protective effect of denial. *Lung Cancer Journal*, 72(1), 119-124. doi: 10.1016/j.lungcan.2010.07.007
- Walker, M. S., Zona, D. S. y Fisher, E. B. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology*, 15, 684-693. doi:10.1002/pon.997

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1991).

Development of a questionnaire of adjustment to cancer: The MAC Scale.

*Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Watson, M. y Greer, S., (1998). Personality and Coping. En J. Holland (Ed.), *Psycho-*

*oncology* (pp. 91-98). Nueva York, NY: Oxford University Press.



## Anexo I. Informe de aceptación del estudio por la Comisión de Investigación.



### INFORME DE LA COMISIÓ DE INVESTIGACIÓ

En relación con el proyecto de investigación, titulado: **“Evaluación de las estrategias de afrontamiento, en relación con la calidad de vida y estado emocional en pacientes oncológicos”** presentado por **Avelina Concepción Rebolo Martín**, como trabajo fin de máster universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad Miguel Hernández de Elche y cuyo responsable en el centro es la **Dra. Ana Beatriz Sánchez Heras** del Servicio de **Oncología Médica** del Hospital General Universitario de Elche.

Una vez evaluado por la Comisión de Investigación del Hospital de Elche, queremos resaltar los siguientes puntos:

- 1.- Desde el punto de vista científico, la Comisión considera los objetivos del proyecto como de gran interés y potencial utilidad.
- 2.- El diseño del estudio es correcto y adecuado para responder a los objetivos planteados.
- 3.- El equipo tiene una gran experiencia profesional y solvencia como para asegurar una adecuada ejecución del proyecto.

#### Comentarios:

Se trata de un estudio transversal en el que los investigadores proponen realizar una entrevista única a 40 pacientes con cáncer, atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital General Universitario de Elche, para determinar la estrategia de afrontamiento psicológico, la calidad de vida y el estado emocional.

El objetivo es investigar si existe relación entre estas tres variables.

La documentación presentada es adecuada y suficiente, incluyendo la hoja de información al paciente y el formulario de consentimiento informado.

Desde el punto de vista metodológico la propuesta es correcta. Se sugiere que, si es posible, justifiquen el tamaño muestral elegido y que consideren describir en la propuesta las variables relacionadas con la enfermedad oncológica que pretenden recoger. Podría ser también conveniente que añadieran en el

**Anexo I. Informe de aceptación del estudio por la Comisión de Investigación (continuación).**

apartado correspondiente cómo van a tener en cuenta en el análisis estadístico dichas variables, ya que pueden actuar como confusores.

Por todo ello, esta Comisión informa *favorablemente* este proyecto.

Elche, a 29 de octubre de 2015



Fdo: Dr. Andrés Navarro Ruiz  
Secretario de la Comisión de Investigación  
del Hospital General Universitario de Elche



Biblioteca  
UNIVERSITAT Miguel Hernández

## Anexo II. Informe de aceptación del estudio por parte del Comité Ético.



### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

En relación con el Proyecto de Investigación titulado **“Evaluación de las estrategias de afrontamiento, en relación con la calidad de vida y estado emocional en pacientes oncológicos”**, cuya Investigadora Principal es **Dña. Avelina Concepción Rebolo Martín**, proyecto presentado como trabajo fin de máster universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad Miguel Hernández de Elche, y cuyo responsable en el Hospital General Universitario de Elche es la Dra. Ana Beatriz Sánchez Heras del Servicio de Oncología Médica.

Los miembros del CEIC, en su reunión del 30 de noviembre tras la lectura y evaluación del proyecto, acuerdan emitir *Informe Favorable* para la realización del mismo en el Centro.

Elche, 03 de diciembre de 2015



Fdo.: D. Alberto Martín Hidalgo  
Secretario del CEIC  
Hospital General Universitario de Elche

**Anexo III. Consentimiento informado.****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente documento se encuentra dirigido a pacientes oncológicos en fase inicial de su tratamiento, que deciden participar en el estudio descrito en la “Hoja de Información al paciente”.

La información sobre sus datos personales y de salud será incorporada y tratada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 y la legislación sanitaria. Asimismo, usted tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Por tanto, entiendo que mi participación en este proyecto es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en la calidad de mis cuidados sanitarios.

De este modo, otorgo mi consentimiento para que Avelina Concepción Rebolo Martín, Licenciada en Psicología por la Universidad Miguel Hernández de Elche y actualmente cursando el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria, utilice información personal derivada de los datos correspondientes a mi persona, únicamente con fines de investigación, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos, con el objetivo de realizar una memoria final del Máster en Psicología General Sanitaria.

La información y el presente documento, se me ha facilitado con suficiente antelación para reflexionar y tomar mi decisión de forma libre y responsable.

He comprendido las explicaciones que el profesional sanitario me ha ofrecido y se me ha permitido realizar todas las observaciones que he creído convenientes.

Por ello,

D/Dña.....con

DNI.....

Manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y consiento colaborar en este estudio en la forma en la que se me ha explicado.

En ....., a..... de ..... de 20.....

Fdo.