

# Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia

## RESUMEN

**Objetivo:** verificar si existen diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento; identificar las estrategias de afrontamiento y las variables clínicas y sociodemográficas que influyen sobre el estrés de pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia. **Materiales y métodos:** estudio transversal con abordaje cuantitativo. Conformaron la muestra 100 pacientes, 47 mujeres y 53 hombres, de la unidad ambulatoria de quimioterapia del AC *Camargo Cancer Center*, Brasil. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) e Inventario de Estrategias de Coping. El análisis estadístico fue mediante el test-t, correlación de Pearson y regresión lineal con 95% de intervalo de confianza. **Resultados:** Las mujeres tuvieron más altos niveles de estrés ( $p = 0,029$ ), y no hubo diferencia de género en las estrategias de afrontamiento. Adicionalmente, identificamos influencia positiva al estrés percibido en pacientes comprometidos con otras enfermedades ( $\beta = 3,50$ ,  $p = 0,00$ ), género femenino ( $\beta = 3,15$ ,  $p = 0,04$ ), viudos ( $\beta = 9,19$ ,  $p = 0,00$ ), tratamiento con fluorouracil ( $\beta = 6,36$ ,  $p = 0,00$ ), que usan estrategias de dominio del afrontamiento ( $\beta = 0,70$ ,  $p = 0,00$ ), aceptación de responsabilidad ( $\beta = 0,45$ ,  $p = 0,01$ ) y estadio del tumor III ( $\beta = 4,03$ ,  $p = 0,05$ ). **Conclusiones:** el equipo de enfermería oncológica, por estar en estrecho y prolongado contacto con los pacientes, debe considerar el género y las características clínicas y sociodemográficas de cada paciente durante su cuidado.

## PALABRAS CLAVE

Estrés psicológico, adaptación psicológica, neoplasias, pacientes, identidad de género, neoplasias colorrectales (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.2

### Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Ticona Benavente SB, Santos Monteiro EM, Siqueira Costa AL. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*. 2015;15(1):9-20. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.2

1 Universidad de São Paulo. Brasil. sonibenavente@usp.br

2 AC Camargo Cancer Center. Brasil. erikammsantos@gmail.com

3 Universidad de São Paulo. Brasil. anascosta@usp.br

Recibido: 03 de marzo de 2013

Enviado a pares: 12 de mayo de 2013

Aceptado por pares: 12 de diciembre de 2014

Aprobado: 19 enero de 2015

# *Gender Differences in Perceived Stress and Coping Strategies among Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy*

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of the study was to verify whether or not there are gender differences in the perception of stress and in coping strategies. It also was designed to identify coping strategies and clinical and socio-demographic variables that influence colorectal cancer patient stress in chemotherapy. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach. The sample was comprised of 100 patients: 47 women and 53 men, from the outpatient chemotherapy unit at the AC Camargo Cancer Center in Brazil. The Perceived Stress Scale (PSS-10) and the Coping Strategies Inventory were used. Statistical analysis was done using the t-test, Pearson correlation and linear regression with 95 % confidence interval. **Findings:** Women had higher stress levels ( $p = 0.029$ ), and there was no gender difference in coping strategies. In addition, a positive influence on perceived stress was identified in patients compromised by other diseases ( $\beta = 3.50, p = 0.00$ ), females ( $\beta = 3.15, p = 0.04$ ), widowers ( $\beta = 9, 19, p = 0.00$ ), treatment with fluorouracil ( $\beta = 6.36, p = 0.00$ ), patients using coping strategies ( $\beta = 0.70, p = 0.00$ ), acceptance of responsibility ( $\beta = 0.45, p = 0.01$ ) and stage III tumor ( $\beta = 4.03, p = 0.05$ ). **Conclusions:** Because the oncology nursing team is in close and prolonged contact with patients, it should take into account each patient's gender and clinical and socio-demographic characteristics when providing care.

## KEYWORDS

Psychological stress, psychological adjustment, neoplasias, patients, gender identity, colorectal neoplasms (Source: MeSH, Bireme).

# *Diferenças de gênero na percepção de estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer colorretal que fazem quimioterapia*

## RESUMO

Objetivo: verificar se existem diferenças de gênero na percepção de estresse e estratégias de enfrentamento; identificar as estratégias de enfrentamento e as variáveis clínicas e sociodemográficas que influenciam no estresse de pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. Materiais e métodos: estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra está formada por 100 pacientes (47 mulheres e 53 homens), da unidade ambulatoria de quimioterapia do AC *Camargo Cancer Center*, Brasil. Utilizaram-se Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e Inventário de Estratégias de Coping. A análise estatística se deu mediante o teste-t, correlação de Pearson e regressão linear com 95% de intervalo de confiança. Resultados: as mulheres tiveram mais altos níveis de estresse ( $p = 0,029$ ) e não houve diferença de gênero nas estratégias de enfrentamento. Além disso, identificamos influência positiva no estresse percebido em pacientes comprometidos com outras doenças ( $\beta = 3,50$ ,  $p = 0,00$ ), gênero feminino ( $\beta = 3,15$ ,  $p = 0,04$ ), viúvos ( $\beta = 9,19$ ,  $p = 0,00$ ), tratamento com fluorouracil ( $\beta = 6,36$ ,  $p = 0,00$ ), que usam estratégias de domínio do enfrentamento ( $\beta = 0,70$ ,  $p = 0,00$ ), aceitação de responsabilidade ( $\beta = 0,45$ ,  $p = 0,01$ ) e estágio do tumor III ( $\beta = 4,03$ ,  $p = 0,05$ ). Conclusões: a equipe de enfermagem oncológica, por estar em contato direto e prolongado com os pacientes, deve considerar o gênero e as características clínicas e sociodemográficas de cada paciente durante seu cuidado.

## PALAVRAS-CHAVE

Estresse psicológico, adaptação psicológica, neoplasia, pacientes, identidade de gênero, neoplasias colorretais (Fonte: DeCS, Bireme).

## Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 hubo 14,1 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial, 8,2 millones de muertes y 32,6 millones de individuos con hasta cinco años de prevalencia (1). Se observa que la mayoría de los casos nuevos fueron en la regiones de África, Asia, Centroamérica y Sudamérica, representando el 60% (1). El cáncer colorrectal representa el 9,7% de los casos nuevos de todos los tipos de cáncer, siendo el tercero más frecuente en el mundo entre hombres y mujeres (2). En Brasil, el cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más frecuente entre hombres y mujeres, sin considerar los tumores de piel no melanoma (3). De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para 2014, esta enfermedad representará el 5,0% (15.070) de casos nuevos entre hombres, y 6,4% (17.530) en mujeres.

Adicionalmente, el estado de São Paulo tiene uno de los índices más altos de este tipo de cáncer, donde en 2014 fueron estimados 11.560 casos nuevos (3). En este sentido, la ciudad de São Paulo, con sus características metropolitanas en constante actividad, favorece que las personas adquieran hábitos alimenticios nocivos para la salud (4), como consumo de carnes grasas, alcohol, alimentos bajos en fibras, vida sedentaria, descanso reducido y estrés laboral, hábitos que contribuyen con el surgimiento y desarrollo de esta enfermedad.

La presente investigación está basada en el Modelo Interaccionista del Estrés de Folkman y Lazarus que explora la relación del individuo con el ambiente (5). Los autores indican que el estrés surge a partir de una serie de fenómenos subjetivos que el individuo experimenta cuando las exigencias de un evento superan sus recursos de adaptación y ponen en peligro su bienestar personal. Una vez que un evento es percibido como estresante se inicia el proceso del uso de estrategias de afrontamiento, definidas como las acciones o los recursos personales que tienen como objetivo de afrontar demandas internas o externas. Asimismo, las estrategias de afrontamiento al estrés —también llamadas estrategias de *coping*— se agrupan en dos grandes áreas: el problema, que se refiere a acciones orientadas a resolver el evento estresor alterándolo directamente; y la emoción, que se refiere a las acciones dirigidas a regular la respuesta emocional para disminuir los aspectos negativos del estrés (5).

El cáncer, más allá de ser definido como un conjunto de más de cien enfermedades, es sinónimo de una patología devastadora que genera un enorme sufrimiento. Estudios muestran que una enfermedad crónica con la magnitud del cáncer, está relacionada con diversos estresores como los emocionales (6), físicos, sociales, existenciales (7) y financieros (8), ocasionando cambios significativos en el estilo de vida del individuo (6), y en su calidad de vida (7).

Lo anterior se observa particularmente en el cáncer colorrectal, ya que debido a la localización del tumor existe la posibilidad terapéutica de desvío del tracto intestinal originando una colostomía, lo que contribuye a preocupaciones sobre el cuidado con la dieta, restricciones al escoger la vestimenta, el cuidado con la bolsa colectora y su autocuidado (9), así como cambios en las actividades sociales, sexuales y diarias, lo que provoca un comportamiento de aislamiento (7), vivencias que pueden contribuir a la percepción del estrés.

La literatura verifica la presencia del estrés psicológico en la experiencia de todo paciente oncológico. En ese sentido, una investigación afirma que durante todo el tratamiento de la enfermedad, el individuo experimenta diferentes situaciones de estrés, no solo en el momento de la confirmación del diagnóstico sino también antes del tratamiento antineoplásico, y, especialmente, entre pacientes que reciben quimioterapia (10, 11), por ser este un tratamiento sistémico y agresivo debido a los efectos secundarios.

Adicionalmente, la literatura muestra que la percepción de estrés varía entre hombres y mujeres; así, la presencia de un estresor en particular puede tener un fuerte efecto en mujeres pero no en hombres. Un estudio realizado en sobrevivientes de melanoma identificó que las mujeres presentan más estrés que los hombres (12). Otra investigación, al comparar la percepción de estrés entre hombres y mujeres, en una muestra de 400 pacientes con cáncer colorrectal, verificó altos niveles de estrés en el género femenino (13).

De igual forma, las diferencias de género en relación con la preferencia de uso de estrategias de afrontamiento se muestran relevantes. Un estudio en sobrevivientes de melanoma encontró que las mujeres utilizan con menor frecuencia la evaluación cognitiva para escoger las estrategias de afrontamiento y se orientan más al apoyo social, al contrario de los hombres, que prefieren estrategias orientadas a la resolución de problemas (12). Otro

estudio en pacientes con cáncer colorrectal identificó que las mujeres se muestran más dispuestas a discutir sobre sus preocupaciones que los hombres (14). En consecuencia, deberían ser consideradas las diferencias de género en la percepción del estrés y en la utilización de las estrategias de afrontamiento.

En una revisión de la literatura se analizaron las diferencias de género en la percepción de estrés en individuos saludables (15) y en pacientes con enfermedades crónicas, como el trastorno por estrés postraumático (16), cáncer (12, 14) y enfermedad pulmonar obstructiva (17). La necesidad de realizar esta investigación surgió porque se identificó una escasez de estudios que consideren las diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y, en menor número, estudios dirigidos a pacientes con cáncer colorrectal. Adicionalmente, debido a la importancia de estudiar al paciente como un individuo, se identificaron estudios que analizan el género basados en enfermedades que lo caracterizan, como el cáncer de mama o el cáncer ginecológico en mujeres, y el cáncer de próstata en hombres, inhibiendo la comparación entre géneros.

Este estudio pretende encontrar resultados relevantes de manera que el entendimiento sobre las diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento entre pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia sea ampliado, con la propuesta de que las diferencias e individualidades sean consideradas e incorporadas en la evaluación y definición del abordaje del paciente por el equipo de enfermería oncológica y otros profesionales que hacen parte del equipo de salud.

## Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos: 1) analizar las diferencias de género en la percepción de estrés y el uso de estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia; 2) investigar si el género, las estrategias de afrontamiento y las variables sociodemográficas están asociadas con la intensidad del estrés entre estos pacientes, 3) evaluar la confiabilidad de los instrumentos utilizados.

## Materiales y métodos

Este es un estudio transversal, con enfoque cuantitativo. El proyecto fue sometido al Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (proce-

so número 1055/2011) y al Comité de Ética e Investigación del Centro de Cáncer Antonio Cândido Camargo en el estado de São Paulo (proceso número 1601/11), el cual fue aprobado por ambas instituciones.

La muestra fue seleccionada de la unidad ambulatoria de quimioterapia del AC Camargo Cancer Center, localizado en São Paulo (Brasil). Los datos fueron colectados entre diciembre de 2011 y febrero de 2012. Se escogieron los pacientes con cáncer que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: 1) diagnosticados con cáncer de colon o de recto, 2) que estuvieran recibiendo quimioterapia, 3) mayores de 21 años de edad, y 4) sin limitación cognitiva aparente que pueda comprometer su participación. De esta forma, la muestra estuvo compuesta por 100 pacientes con cáncer colorrectal, 47 mujeres y 53 hombres.

La enfermera investigadora abordó a los participantes durante el tratamiento en la unidad ambulatoria de quimioterapia a través de una invitación formal e individual. Se informó a los participantes sobre la investigación, los objetivos, la relevancia y el contenido del Formulario de Consentimiento Informado. No se ofreció ninguna remuneración. Los pacientes manifestaron su consentimiento a participar en la investigación mediante la firma de este Formulario. Después de esto, se dio inicio a la recolección de datos.

Para estandarizar la recolección de datos, la investigadora leyó cada instrucción del cuestionario y registró las respuestas expresadas por los pacientes. La secuencia en la que fueron aplicados los instrumentos fue, primero, el cuestionario sociodemográfico, seguido por la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), y finalmente el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, versión brasileña. La aplicación de los instrumentos duró entre 40-50 minutos.

### *Escala de Estrés Percibido (PSS-10)*

La PSS-10 fue originalmente desarrollada en Estados Unidos por Cohen, Kamarck y Mermelstein con el fin de medir el grado en el cual las situaciones de la vida son percibidas como estresantes. Fue traducida y validada en Brasil por Reis, Hino y Añez, con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,87 (18). Este instrumento está compuesto de diez preguntas con opciones de respuesta que varían de "nunca" a "siempre", en una escala tipo Likert de 1 a 5. Las preguntas evalúan situaciones estresantes relativas al mes anterior al día de la entrevista, por ejemplo, ¿con qué frecuencia usted se siente incapaz de controlar las cosas importantes en

su vida? ¿Con qué frecuencia usted se siente capaz de controlar las irritaciones en su vida? Después de seguir las instrucciones del instrumento para consolidar los resultados, la suma total de las respuestas puede variar de 0 a 40; un índice más alto indica que el individuo tiene más estrés. En esta investigación, el alfa de Cronbach fue 0,81.

### ***Inventario de Estrategias de Afrontamiento***

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento fue originalmente desarrollado en Estados Unidos por Folkman y Lazarus con el objetivo de consolidar pensamientos y acciones que las personas usan para lidiar con las demandas internas y externas de un evento estresante específico. En Brasil, fue traducido y validado por Savóia, Santana y Mejías, obteniendo valores de consistencia interna entre 0,42 y 0,68 (19). Este instrumento tiene respuestas de tipo Likert y está compuesto de 46 estrategias, con puntuación de 0 a 3, agrupadas en ocho factores descritos en el manual del instrumento: *Afrontamiento*, intento de modificar la situación, incluso mostrando hostilidad y tomando riesgos, con 6 estrategias que varían de 0 a 18; *Planificación*, pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema, con 4 estrategias, que varían de 0 a 12; *Distanciamiento*, intentos cognitivos de desapegarse de la situación, intentando minimizar su significancia, con 7 estrategias, con una variación de 0 a 21; *Autocontrol*, buscar diversos tipos de apoyo, como información, ayuda efectiva y emocional, con 5 estrategias, que varían de 0 a 15; *Búsqueda de apoyo social*, acudir a otras personas como amigos, familiares, etc., para buscar ayuda, o información, comprensión y apoyo emocional, con 6 estrategias, variando de 0 a 18; *Aceptación de responsabilidad*, reconocer la participación propia en el problema, y, a la vez, intentar arreglar las cosas, con 7 estrategias, con una variación de 0 a 21; *Escape-Evitación*, huir del problema con pensamiento y comportamiento positivos, con 2 estrategias, variando de 0 a 6; *Revaluación positiva*, focalizada en el crecimiento personal para crear un significado positivo de la situación, con 9 estrategias, que varían de 0 a 27. En esta investigación el coeficiente de alfa de Cronbach total fue de 0,75 y la variación por factor fue de 0,20 a 0,73.

### ***Análisis estadístico***

Las variables cualitativas fueron descritas por medio de medidas de frecuencias relativas y absolutas, y para las variables cuantitativas fueron usadas medidas de dispersión y tendencia

central. La percepción de estrés y las estrategias de afrontamiento entre géneros fueron comparadas utilizando el test-T.

Por último, se elaboró un modelo para predecir la puntuación de estrés, utilizando como predictores las estrategias de afrontamiento, el género y otras variables clínicas y sociodemográficas. Para las variables cuantitativas adoptamos un modelo de regresión lineal múltiple, así como los dominios de Coping Afrontamiento, Aceptación de Responsabilidad y Revaluación positiva, y el ciclo de quimioterapia. Las variables cualitativas fueron representadas con valores de 0 y 1 para los géneros masculino y femenino respectivamente; valores del 0 al 3 en el estado civil, y de 0 y 1 para el lugar de nacimiento; en el caso de las drogas se adoptó 0 y 1 para indicar la ausencia o presencia, respectivamente; para educación, con valores de 0 a 2, representando primaria, secundaria y superior, respectivamente; estadio del tumor con el intervalo de 0 a 2, para estadios II, III y IV respectivamente.

La consistencia interna del PSS-10 y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, versión brasileña, fueron evaluados con el alfa de Cronbach. Para todo el análisis estadístico se utilizó el intervalo de confianza bilateral de 95% y nivel de significancia estadística  $p$  menor o igual a 0,05. El procesamiento de los datos fue realizado mediante el software estadístico R, versión 3,0.

## **Resultados**

### ***Características sociodemográficas y clínicas***

Del total de 100 pacientes, 47% fueron mujeres y 53% hombres; el 86% de ellos tenía entre 40 y 79 años (promedio = 56,4 años, DS = 13,8), y 42% con nivel de educación superior (tabla 1). En relación con las características clínicas, el tipo predominante de cáncer fue el de colon, con 66%; en este grupo, el 50% de los pacientes tuvieron tumores en estadio IV, y 54% presentaron metástasis.

### ***Percepción de estrés***

La tabla 2 muestra que el valor promedio del estrés fue de 12,1 puntos, con valor máximo de 36. Una diferencia estadísticamente significativa fue identificada en la percepción de estrés entre hombres y mujeres ( $p = 0,029$ ), con valores mayores para las mujeres.

**Tabla 1.** Distribución de individuos de acuerdo con las características sociodemográficas y clínicas (n = 100)

	Total	
	N	%
<b>Características sociodemográficas</b>		
Sexo		
Femenino	47	47,0
Masculino	53	53,0
Edad (años)		
20-39	12	12,0
40-59	44	44,0
60-79	42	42,0
80 o más	2	2,0
Estado civil		
Casado	69	69,0
Separado	7	7,0
Soltero	15	15,0
Viudo	9	9,0
Educación		
Analfabeto	1	1,0
Primaria	25	25,0
Secundaria	32	32,0
Superior	42	42,0
<b>Características clínicas</b>		
Diagnóstico médico		
Cáncer de colon	66	66,0
Cáncer de recto	34	34,0
Estadio del tumor		
II	13	13,0
III	37	37,0
IV	50	50,0
Metástasis		
No	46	46,0
Sí	54	54,0

Datos presentados en frecuencias absolutas (N) y relativas (%).

## ***Estrategias de afrontamiento***

La tabla 3 muestra que a pesar de que los hombres tienen valores medios más altos en las estrategias de afrontamiento que las mujeres, no hay diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,57$ ).

## ***Percepción de estrés, estrategias de afrontamiento y otras variables***

Los resultados de la tabla 4 revelan el mejor modelo para esa muestra, con  $R^2 = 0,538$  y  $R^2$  ajustado =  $0,421$ , con  $p < 0,0001$ . Así, las siguientes variables tienen contribución positiva para la variación del estrés: utilización de estrategias de los dominios Afrontamiento y Aceptación de responsabilidad, sexo femenino, estadio del tumor III, tratamiento con fluorouracil y tener otra enfermedad.

## **Discusión**

Esta investigación exploró las diferencias de género en la percepción de estrés y el uso de estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. Corroborando resultados de otras investigaciones, encontramos que las mujeres presentaron niveles más altos de estrés que los hombres; en diferentes países se obtuvieron resultados semejantes, tanto para el cáncer como para otras enfermedades: en Holanda, pacientes con cáncer colorrectal (13); en Israel, para sobrevivientes de melanoma (12), y en Corea, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (17).

Vale la pena notar que se encontró un puntaje medio de percepción de estrés de 12,1, esta es una puntuación baja comparada con una población de ancianos que utilizaron el mismo instrumento en la versión brasileña, teniendo como puntuación 15,1 (20). Otro estudio realizado por el autor de la escala en Estados Unidos con individuos saludables encontró puntuaciones de estrés entre 15,5 y 16,1 (21). En otra investigación desarrollada con pacientes en el periodo de preparación precolonoscópica, utilizando el mismo instrumento, se obtuvo puntuación media de 22,2 para el estrés (22).

En una revisión de la literatura para buscar el motivo de este valor bajo, se encontró un estudio longitudinal el cual reporta que el nivel de estrés puede variar a lo largo del curso del tratamiento;



**Tabla 2.** Distribución de pacientes según el género y la percepción de estrés

Género	N	Min	Max	Media	Desv. estánd.	Mediana	1º cuartil	3º cuartil	CI <sup>a</sup> 95 %	Valor p <sup>b</sup>
Femenino	47	0	36	13,8	8,144	14	8	18,5	11,4-16	0,029
Masculino	53	0	30	10,5	6,621	9	6	14	8,7-12	
Total	100	0	36	12,1	7,524	11,5	6	16	10,6-14	

<sup>a</sup> Intervalo de confianza.

<sup>b</sup> Test t.

**Tabla 3.** Diferencia de medias de dominios de estrategias de afrontamiento por género

	Media hombres	Media mujeres	95 % CI <sup>a</sup>	Valor t	Valor p <sup>b</sup>
Afrontamiento	5,00	5,87	-1,95 – 0,21	-1,59	0,11
Distanciamiento	8,60	9,46	-2,14 – 0,41	-1,33	0,18
Autocontrol	8,41	7,65	-0,13 – 1,65	1,67	0,09
Búsqueda de apoyo social	13,81	12,95	-0,39 – 2,10	1,35	0,17
Aceptación de la responsabilidad	8,50	9,12	-2,12 – 0,88	-0,81	0,41
Escape-Evitación	4,05	3,65	-0,31 – 1,10	1,11	0,26
Planificación	9,94	9,17	-0,04 – 1,59	1,86	0,06
Revaluación positiva	19,64	18,57	-0,98 – 3,12	1,03	0,30
Coping total	77,98	76,48	-3,71 – 6,69	0,56	0,57

<sup>a</sup> Intervalo de confianza.

<sup>b</sup> Test t.

así, un estudio encontró que los pacientes experimentaron altos niveles de estrés inmediatamente después del diagnóstico (13); no obstante, seis y doce meses después del mismo, los niveles de estrés se redujeron (13, 23). Adicionalmente, la literatura muestra que la disminución de los niveles de estrés está asociada a diversos factores, como recibir consejos, resultados positivos de la quimioterapia o mejor aceptación del diagnóstico y el tratamiento (24).

En relación con el uso de estrategias de afrontamiento, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres. Este resultado sugiere que el uso de estrategias de afrontamiento no depende del género en el grupo de pacientes de esta investigación. Sin embargo, este no es un resultado concluyente, pues se encontraron resultados divergentes en una revisión sistemática (25).

En este estudio se identificaron predictores potenciales que pueden aumentar la percepción de estrés, tales como las estrategias del dominio Afrontamiento, en que los pacientes intentan modificar su situación; y el dominio Aceptación de responsabilidad, en el que los pacientes se sienten culpables por su enfermedad. Este resultado indica que existen estrategias no adecuadas para afrontar enfermedades de gran impacto, como el cáncer. En este sentido, se puede afirmar que el uso de las estrategias que se encuadran dentro de estos dominios contribuye con el aumento del nivel de estrés.

Por otro lado, encontramos que el uso de estrategias del dominio Revaluación positiva, en el que los pacientes se enfocan en el crecimiento personal, dándole un significado positivo a su situación, contribuye a la disminución de la percepción de estrés.



**Tabla 4.** Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple para el estrés, comparando estrategias de afrontamiento, género y otras variables

Variable	$\beta$	Error estándar	t-Valor	p-Valor
Intercepto	10,08	7,67	1,31	0,19
<b>Dominios de Coping</b>				
Afrontamiento	0,70	0,24	2,94	0,00
Aceptación de la responsabilidad	0,45	0,17	2,59	0,01
Revaluación positiva	-0,35	0,13	-2,70	0,00
<b>Género</b>				
Masculino	Referencia			
Femenino	3,15	1,55	2,02	0,04
<b>Estado civil</b>				
Separado	Referencia			
Casado	4,81	2,69	1,78	0,07
Soltero	0,91	2,74	0,33	0,73
Viudo	9,19	3,30	2,77	0,00
<b>Educación</b>				
Primaria	Referencia			
Secundaria	-3,04	1,62	-1,87	0,06
Superior	0,70	1,59	0,44	0,66
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Estado de São Paulo	Referencia			
Otros estados	-4,37	1,61	-2,71	0,00
<b>Estadio del tumor</b>				
II	Referencia			
III	4,03	2,06	1,95	0,05
IV	3,29	2,28	1,44	0,15
<b>Drogas quimioterápicas</b>				
Avastin				
No	Referencia			
Sí	-1,88	1,57	-1,19	0,23
Xeloda				
No	Referencia			
Sí	7,94	4,99	1,59	0,11
Fluorouracil				
No	Referencia			
Sí	6,36	2,38	2,67	0,00
Ciclo de quimioterapia <sup>a</sup>	-0,44	0,15	-2,80	0,00

Variable	$\beta$	Error estándar	t-Valor	p-Valor
Metástasis				
No	Referencia			
Sí	2,69	1,63	1,64	0,10
Historia familiar				
No	Referencia			
Sí	2,08	1,47	1,41	0,16
Otras enfermedades <sup>b</sup>				
No	Referencia			
Sí	3,50	1,31	2,66	0,00

a Se refiere al ciclo de quimioterapia en el que se encuentra el paciente en el día de la entrevista.

b Señala si el paciente presenta otras enfermedades además del cáncer, entre ellas hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, artritis, etc.

Este resultado permite precisar que así como existen estrategias que aumentan los niveles de estrés, hay otras que los disminuyen, hecho que puede contribuir a la experiencia del paciente con cáncer en la quimioterapia. El profesional de enfermería debería considerar dentro de la práctica clínica este resultado para incentivar en los pacientes el uso de estrategias que sean contempladas dentro de este dominio.

Así, un estudio afirma que los pacientes con cáncer necesitan adaptarse a los cambios relacionados con las limitaciones de capacidad funcional, implicaciones médicas y reacciones psicológicas (26) para afrontar de forma efectiva todo el proceso de la enfermedad y el tratamiento.

Otro predictor potencial del nivel de estrés identificado en esta investigación es el estado civil, donde la viudez aumenta los niveles de percepción de estrés. Este resultado sugiere la importancia del apoyo social proveniente de la pareja a lo largo del proceso de la enfermedad. Otra investigación resalta el beneficio relacionado con el apoyo social proveniente del cónyuge (27).

Finalmente, encontramos otros predictores potenciales como el estadio del tumor III, el tratamiento con fluorouracil y tener otras enfermedades; se considera que estas variables deben ser estudiadas en el futuro. En relación con la presencia de comorbilidad como factor predictor del estrés, la literatura apoya este resultado; así, un estudio conducido en 118 pacientes recientemente diagnosticados con cáncer de pulmón obtuvo resultados similares (9).

## Conclusión

En conclusión, nuestros resultados amplían el conocimiento sobre la percepción de estrés bajo la perspectiva del género, concluyendo que las mujeres perciben mayores niveles de estrés. En relación con el afrontamiento del estrés, no se verificó la diferencia de género en el uso de estrategias para afrontarlo; sin embargo, se identificó la influencia de algunos factores que contribuyen al aumento del nivel de estrés así como a su reducción, y se observó la posible intervención de otros factores que modifican la percepción del estrés de los pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia. Sin duda, son necesarios más estudios para entender mejor estas diferencias considerando el contexto sociocultural, ya que este estudio provee resultados recientes sobre diferencias de género en un contexto brasileño.

Finalmente, el profesional de enfermería oncológica, por ser el que interactúa de forma más estrecha y prolongada con los pacientes, debería considerar e incorporar en sus intervenciones clínicas las diferencias de género de cada individuo en la percepción de estrés psicológico relacionado con la enfermedad y el tratamiento con quimioterapia, a fin de ofrecer un cuidado holístico durante el proceso de salud-enfermedad. Así, estos resultados también favorecen la creación e implementación de programas de intervención con el objetivo de apoyar emocionalmente a los pacientes con cáncer colorrectal.

## Referencias

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence worldwide in 2012, Cancer Facts Stats: Cancer [Internet]; 2012. (Citado 2013 ene 10). Disponible em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
2. International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence worldwide in 2012, Cancer Facts Stats: Population [Internet]; 2012. (Citado 2013 ene 10). Disponible em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
3. Instituto Nacional do Câncer, Estimativa 2014. Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
4. De Melo MM, Nunes LC, Leite ICG. Relação entre fatores alimentares e antropométricos e neoplasias do trato gastrointestinal: Investigações conduzidas no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(1):85-95.
5. Lazarus S, Folkman R. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
6. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology*. 2014.
7. Sun V, Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, et al. Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(1):61-72.
8. van Hoose L, Black LL, Doty K, Sabata D, Twumasi-Ankrah P, Taylor S, Johnson R. An analysis of the distress thermometer problem list and distress in patients with cancer. *Support Care Cancer*. 2014.
9. Sharpe L, Patel D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *J Psychosom Res*. 2011;70:395-402.
10. Brant JM, Beck SL, Dudley WN, Cobb P, Pepper G, Miaskowski C. Symptom trajectories during chemotherapy in outpatients with lung cancer colorectal cancer, or lymphoma. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(5):470-7.
11. Pereira MG, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: a study with Portuguese patients and their partners. *EJON*. 2012;16:227-232.
12. Hamama-Raz Y. Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psychooncology*. 2012;21(3):255-263.
13. Landsbergen KM, Prins JB, Brunner HG, van Duijvendijk P, Nagengast FM, van Krieken JH, et al. Psychological distress in newly diagnosed colorectal cancer patients following microsatellite instability testing for Lynch syndrome on the pathologist's initiative. *Familial Cancer*. 2012;11:259-267.
14. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, Wendel CS, Baldwin CM, Krouse RS. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(5):587-96.
15. Lipinska-Grobelny A. Effects of gender role on personal resources and coping with stress. *Int J Occup Med Environ Health*. 2011;24(1):18-28.
16. Felmingham KL, Bryant RA. Gender differences in the maintenance of response to cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(2):196-200.
17. Kim J, Kim K. Gender Differences in Health-Related Quality of Life of Korean Patients with Chronic Obstructive Lung Disease. *Public Health Nurs*. 2014;23.
18. Reis RS, Hino AAF, Añez CRR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol*. 2010;15(1):107-114.
19. Savóia MG, Santana, PR, Mejias NP. Adaptação do inventário estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP*. 1996;7(1/2):183-201.
20. Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the perceived stress scale: translation and validation for the elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.

21. Cohen S, Janicki-Deverts D. Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *J Appl Soc Psychol*. 2012;42(6):1320-34.
22. Antonietti CC. Percepção do estresse e estilo de coping dos pacientes no período pré-procedimento colonoscópico [tesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
23. Hyphantisa T, Paikaa V, Almyroudia A, Kampletsasb EO, Pavlidisb N. Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;70(5):411-421.
24. Singh H, Kaur K, Banipal RP, Singh S, Bala R. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in malwa region of Punjab. *Indian J Palliat Care*. 2014;20(2):116-22.
25. Robles PG, Brooks D, Goldstein R, Salbach N, Mathur S. Gender-associated differences in pulmonary rehabilitation outcomes in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2014;34(2):87-97.
26. Antoni MH. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2013;30(15):S88-S98.
27. Duggleby W, Bally J, Cooper D, Doell H, Thomas R. Engaging Hope: The experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(4):400-406.