

Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides

Mónica M. Novoa Gómez*, Rochy M. Vargas Gutiérrez, Shirley A. Obispo Castellanos, Máryori Pertuz Vergara y Yady K. Rivera Pradilla

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ABSTRACT

Evaluation of Quality of Life and Psychological Welfare in Patients with Postquirurgical Condition and Thyroid Cancer. The main goal of this study was to assess the quality of life and psychological well-being of 75 patients with postsurgical treatment for thyroid cancer. Quality of life was evaluated with the Quality of Life Health Questionnaire SF-36, and psychological well-being with the The Psychological Well-Being Index. Each patient was interviewed in a single session. The results obtained showed high correlations ($p < 0.01$) among the two instruments, as well as a directly proportional positive correlation between time from thyroidectomy and the degree of psychological well-being and quality of life reported by patients.

Key words: quality of life, psychological well-being, cancer, thyroidectomy.

RESUMEN

Se pretende evaluar la calidad de vida y bienestar psicológico en 75 pacientes posquirúrgicos y con tratamiento para el cáncer de tiroides. Se siguió una metodología descriptiva correlacional. La calidad de vida se evaluó con el Cuestionario de Calidad de Vida en Salud -SF36-, y el bienestar psicológico con el Índice del Bienestar psicológico -IBP-. Cada paciente se entrevistó personalmente en una sola sesión, en la cual se le aplicaron los dos instrumentos, que posteriormente fueron analizados con los estadísticos descriptivos necesarios y con los estadístico correlacionales pertinentes para cada caso, se encontró una alta correlación ($p < 0.01$) entre los dos instrumentos, así como, una correlación positiva y directamente proporcional entre el tiempo después de la tiroidectomía y el grado de bienestar psicológico y calidad de vida que reportan los pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, bienestar psicológico, cáncer, tiroidectomía.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados y es un problema de salud de trascendencia incuestionable. En algunos tipos de cáncer suelen presentarse deformaciones evidentes en la fisonomía de las personas afectadas, tanto en su funcionalidad como en su estética, ya sea por el tumor mismo o por los procesos quirúrgicos empleados como tratamiento (para un análisis más detallado remitirse a Goepp y Hammond, 1977), ya que afecta una de las áreas más visibles del organismo

* La correspondencia sobre este artículo puede ser dirigida a las dos primeras autoras: Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 5 No. 39-00, Edificio 95, Manuel Briceño S.J., oficina 207, Bogotá, Colombia. Email: mmnova@javeriana.edu.co r.vargas@javeriana.edu.co

y cualquier modificación en ella estará igualmente a la vista de todos, lo que aumenta el estigma social y en algunos casos, la vergüenza por la enfermedad.

Granell y Puig (2004) señalaban que en España, el cáncer de cabeza y cuello origina aproximadamente el 5% de las muertes por cáncer y representa entre el 5-10% de todos los procesos oncológicos malignos. En pacientes con patologías en la glándula tiroides (Tiroxina T4, y Triyodotironina o T3) (Sociedad Americana del Cáncer, 2004), suelen presentarse, además de los cambios estéticos, los endocrinológicos y problemas psicológicos derivados de las deficiencias hormonales que produce la cirugía de tiroides, tales como cambios en el estado de ánimo, mayor irritabilidad, etc., por lo que el paciente tendrá la necesidad de recurrir a diversos tratamientos para suplir las funciones de dichas glándulas; tratamientos que le producen al paciente grandes niveles de estrés, tensión y preocupación por la incertidumbre de su tratamiento y los resultados y, en tanto la enfermedad -como la salud- no sólo se componen de las dolencias físicas del enfermo, sino que involucran elementos de tipo biológico, social, psicológico, afectivo, etc., que intervienen en la evaluación realizada al paciente frente a su situación, y que da como resultado la percepción de la calidad de vida (Novoa, 2004; Grau y Pórtero, 1987) se hace más evidente la necesidad de estudios sobre este tipo de temáticas (Barreda, 2005).

En las últimas dos décadas la incidencia de problemáticas relacionadas con el cáncer se ha incrementado notoriamente en Latinoamérica y el Caribe, a tal punto que en países como Colombia es la segunda causa de muerte (Robles y Galanis, 2002). Con respecto al cáncer de tiroides, si bien la incidencia de casos no es una de las más altas entre los tipos de cáncer existentes, sí es la más frecuente en los casos de cáncer de la glándulas endocrinas (Rada, Garrido, Osorio y Murillo, 2004).

Algunos tipos de cáncer tiroideo crecen mucho más rápido que otros, por esto, la probabilidad de recuperarse (pronóstico) depende del tipo de cáncer tiroideo y si se encuentra en la tiroides o si se ha diseminado a otras partes del cuerpo (estadio), de la edad del paciente y de su estado general de salud. El pronóstico es mejor para aquellos pacientes menores de 40 años de edad que tienen cáncer que no se ha diseminado más allá de la tiroides.

Una desventaja que presenta el cáncer frente a otras enfermedades que también suponen un riesgo elevado, es el estigma social para los pacientes. Por lo cual, no sólo la presencia del cáncer puede afectar la calidad de vida del paciente y la de sus allegados, sino además, puede afectar la percepción sobre las limitaciones y consecuencias negativas que representan algunos de sus tratamientos (quimioterapia, cirugía, etc.), hasta el punto de que en algunas ocasiones se llega al aislamiento del enfermo y a una pérdida de apoyo en el proceso de la enfermedad (Goepp y Hammond, 1977).

En términos globales la calidad de vida representa condiciones generales de salud pública, pero cuando se trata de personas que sufren de una enfermedad o se encuentran en tratamiento, se emplean indicadores de disfuncionalidad o discapacidad relacionadas con el proceso en el que se encuentra el individuo, definido en el ámbito de la salud como la capacidad que tienen los pacientes para manejar y llevar sus vidas de acuerdo a como ellos evalúan su funcionamiento (López y Torres, 2001).

El concepto de calidad de vida, implica en su definición dimensiones objetivas y subjetivas tales como la alimentación, la vivienda, la posibilidad de estudio, la salud

y sus percepciones (Carpio, Pachecho, Flores y Canales, 2000). Diversos autores han confluído en definirla en función del juicio sobre el grado en el que las personas informan haber alcanzado la felicidad y la satisfacción, siendo percibida y referida como un sentimiento de bienestar personal estrechamente relacionado con determinados indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales (Diener, 1984; Garavito, 2001; Gómez, Villegas de Posada, Barrera y Cruz, 2007; OMS, 2005; Rodríguez, 1998).

El bienestar sería un resultado dinámico y por tanto cambiante (Ballesteros, Botero, Caycedo, Gutiérrez, Hermida, Medina, Montaña y Otero, 2003), establecido en la evaluación de las relaciones funcionales o contingenciales del individuo, sus condiciones de vida y su ambiente y comprendería una evaluación positiva de la vida, tanto en el presente como históricamente (en Ballesteros y Caycedo, 2002). Estas valoraciones abarcan las reacciones emocionales de las personas ante los eventos, los estados de ánimo y los juicios que forman frente a la satisfacción que tienen con sus vidas (López y Torres, 2001; Diener 1984; Diener, Oishi y Lucas, 2003).

En consideración de lo anterior, las dimensiones relevantes en la evaluación de la calidad de vida y del bienestar psicológico han sido agrupadas en tres, siendo la primera la dimensión física concebida como la percepción del estado físico o la salud, igualmente entendida como la ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la misma y los efectos adversos del tratamiento; la segunda, es la dimensión psicológica entendida como el estado cognitivo y afectivo del individuo que incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento; y la tercera es la dimensión social, que señala el comportamiento del individuo frente a las relaciones interpersonales, los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral (Diener, Oishi y Lucas, 2003). Adicional a estas dimensiones, Rodríguez (1998) resaltó la importancia de considerar el estatus o capacidad funcional que tienen las personas con enfermedades crónicas, para desarrollar una serie de actividades en un estado de autonomía que permita el auto-cuidado, la movilidad y las actividades físicas.

Por otro lado, los síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento de enfermedades como el cáncer, son diferentes dependiendo del tipo de enfermedad, su estadio y otros muchos factores, por lo que debe realizarse una evaluación detallada de las alteraciones funcionales debidas al dolor, la fatiga, el malestar relacionado con miedo o discapacidades, los sentimientos de incomodidad y el temor al contagio (Malagón, Galán y Potón, 1999).

Es así como la investigación en cáncer ha considerado que la calidad de vida en los pacientes crónicos, debe recoger e integrar la manera en que cada individuo se adapta a cada patología oncológica, e igualmente debe detallar la presencia de síntomas dolorosos o capacidades y la forma en que se manejan psicológicamente en el ámbito cognitivo, emocional y conductual, y las alteraciones sociales y laborales que el propio enfermo valora de manera global, por cuanto el diagnóstico de cáncer cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, así como los planes que ha desarrollado con respecto a la misma (p.ej., Tomich y Helgeson, 2002).

El presente estudio explora el informe sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas que se encuentran en tratamiento para cáncer de tiroides, detallando

las dimensiones de la calidad de vida percibida y el bienestar psicológico en función de la misma (Badía, Salamero y Alonso, 2002). Todos los pacientes con cáncer de tiroides que participaron en el estudio habían sido tratados quirúrgicamente con tiroidectomía.

MÉTODO

Diseño y participantes

Se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo correlacional para evaluar la calidad de vida y el bienestar psicológico en pacientes posquirúrgicos con cáncer de tiroides.

Un procedimiento de muestreo intencional permitió seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos (Polit, 2002). La participación fue voluntaria quedando registrada en el consentimiento informado tanto para el paciente como para la institución hospitalaria a través de la cual fueron contactados.

Los participantes de esta investigación fueron setenta y cinco adultos que recibieron tratamiento quirúrgico para el cáncer de tiroides durante los últimos tres años. Los participantes fueron contactados con la mediación de los médicos endocrinólogos y oncólogos de 3 instituciones hospitalarias de tercer nivel en Bogotá, Colombia. La selección inicial de los posibles candidatos se hizo tras revisar las historias clínicas remitidas y seleccionar posibles participantes que cumplieran con los siguientes criterios: tener diagnóstico de cualquiera de los tipos de cáncer de cabeza y cuello descritos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) y estar en tratamiento para ello, ser mayor de edad, no tener diagnóstico ni estar en tratamiento por trastornos psiquiátricos, no tener enfermedades neurológicas degenerativas ni otro tipo de dolencia de salud que repercutiera de forma importante en su condición médica.

Variables e instrumentos

Las variables de análisis consideradas en este estudio fueron las siguientes: la calidad de vida, entendida como el juicio o percepción personal del grado en el que se ha alcanzado la felicidad y la satisfacción, así como los sentimientos de bienestar personal, estrechamente relacionados con determinados indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales; y el bienestar psicológico, que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social (García Viniegras y González, 2000).

Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), validado en el contexto cultural de interés en este estudio en instituciones de salud de Medellín (Colombia) (García y Lugo, 2002). Presenta un coeficiente de consistencia interna que supera el valor mínimo recomendado para comparaciones de grupos (α de Cronbach= 0,7). Este es un instrumento genérico del estado de salud, que integra ocho conceptos resumidos en medidas físicas y mentales e incluye una auto evaluación del

cambio de salud en el último año. En treinta y seis ítems desarrolla ocho escalas que comprenden entre dos y diez ítems y dos medidas de resumen que involucran cinco dimensiones:

1. Función Física (FF): Se asocia con actividades tales como caminar, correr o levantar o mover objetos pesados. Agacharse, arrodillarse, ponerse de cuclillas, bañarse o vestirse. FF1) Actividades intensas tales como correr o levantar objetos pesados; FF2) Actividades moderadas tales como mover una mesa, trapear, lavar; FF3) Levantar o llevar bolsas de compras; FF4) Subir varios pisos por una escalera; FF5) Subir un piso por escalera; FF6) Agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas; FF7) Caminar más de un kilómetro; FF8) Caminar medio kilómetro; FF9) Caminar cien metros; FF10) Bañarse o vestirse.
2. Desempeño Físico (DF): Mide la limitación o dificultad para realizar algún tipo de trabajo u otras actividades. DF1) Menor tiempo dedicado al trabajo u otras actividades; DF2) Hacer menos actividades de las que hubiera querido hacer; DF3) Limitación en el tipo de trabajo o actividades; DF4) Dificultades para hacer trabajo u otras actividades.
3. Dolor Físico (DL): En esta variable se examina la intensidad del dolor físico, y al mismo tiempo la interferencia de este dolor para ejercer el trabajo. DL1) Intensidad del dolor físico; DL2) Interferencia del dolor físico para el trabajo.
4. Salud General (SG): Se mide la salud en: excelente, muy buena, regular, mala. SG1) Su salud es: excelente, muy buena, regular, mala; SG2) Me parece que me enfermo más fácil que otras personas; SG3) Estoy tan sano como cualquiera; SG4) Creo que mi salud va a empeorar; SG5) Mi salud es excelente.
5. Vitalidad (VT): Se asocia con la vitalidad y la energía que tiene la persona que padece la enfermedad. VT1) Sentirse lleno de vitalidad; VT2) Tener mucha energía; VT3) Sentirse agotado; VT4) Sentirse cansado.
6. Función Social (FS): En esta variable se considera la frecuencia y el tiempo donde los problemas de salud han interferido con la realización de diversas actividades sociales. FS1) Frecuencia con que los problemas de salud interfieren con actividades sociales; FS2) Tiempo que problemas de salud interfieren con actividades sociales.
7. Desempeño Emocional (DE): Se asocia con la realización de menos actividades por problemas emocionales debidos a la enfermedad. DE1) Menor tiempo para actividades por problemas emocionales; DE2) Hacer menos actividades por problemas emocionales; DE3) Menor cuidado en actividades por problemas emocionales.
8. Salud Mental (SM): Se consideran aspectos importantes como el estado de ánimo y el estado nervioso del paciente. SM1) Ha estado muy nervioso; SM2) Sentirse con el ánimo decaído; SM3) Sentirse tranquilo y sereno; SM4) Sentirse demasiado triste; SM5) Sentirse feliz.
9. Cambio de Salud en el Tiempo (CT): Se califica el estado de salud comparado con el de hace un año.

Índice de Bienestar Subjetivo (The Psychological Well-Being Index) (Dupuy, 1984), contiene 22 ítems distribuidos en seis dimensiones (ansiedad, depresión, estado de ánimo positivo, vitalidad, autocontrol y salud general). Su consistencia interna es de 0,9 y para cada dimensión de entre 0,56 y 0,88. Los resultados de la escala oscilan desde 22 puntos -que representa un grave malestar- a 132 puntos que señalarían bienestar positivo. De igual manera ofrece una puntuación por cada dimensión desde 0 a 60 -que representa un malestar grave-, 61 a 72 -malestar moderado-, y 73 a 110 que

indicaría bienestar positivo. Las preguntas están diseñadas para ser respondidas en tipo Likert conteniendo seis categorías de respuesta distribuidas de acuerdo con el grado, intensidad o frecuencia del indicador en la última semana (Badía, Salamero y Alonso, 2002). Su grado de confiabilidad estimado por medio del coeficiente α de Cronbach es de 0,904, y las correlaciones inter-escala evaluadas por medio del coeficiente de Pearson, oscilan entre 0,396 y 0,760, la mínima correspondiente a la categoría de salud general y la máxima a rol físico.

Registro de datos socio demográfico. Es un instrumento de recolección de información construido específicamente para el proyecto Bienestar Psicológico y Salud de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana y adaptado a las características propias de la población del estudio que recoge información sobre edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de diagnóstico, tipo de cáncer de cabeza y cuello, tipos de tratamientos recibidos, efectos secundarios de los tratamientos y otras condiciones de salud relevantes.

Procedimiento

Inicialmente se efectuó la revisión de las diferentes bases de datos a fin de ubicar por medio de las historias clínicas, aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para el presente estudio. Tras ello los pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión y aceptaron participar en ella firmaron un consentimiento informado. Una vez contactados, en entrevista personal de cuarenta y cinco minutos en promedio, respondieron las escalas mencionadas. Tras ellos se procedió a la depuración y análisis de la información.

RESULTADOS

La muestra de 75 participantes estuvo formada por un 93,3% de mujeres y un 6,7% de hombres. La distribución por edad presenta un promedio de 27 años, con un rango de 27-76, y un rango central entre los 45 y 61 años. El 50% de los participantes estaban casados y el 18,9% solteros. El 36% tenían entre 2 y 3 hijos, y el 25,3% entre 4 y 5 hijos. Adicionalmente cabe anotar que las edades promedio de los hijos oscilan entre los 28 y 29 años. El 32% tenía formación técnico-universitaria, un 25,3% secundaria completa, y el 21,3% secundaria incompleta. Las dos ocupaciones con mayor representación fueron labores del hogar (50,7%) y en segunda instancia los empleados con un 33,3%.

El 30,7% había sido diagnosticado hace 49 meses o más, seguido por un 26,7% con diagnósticos emitidos entre 25 y 36 meses. Los resultados muestran como primer síntoma la presencia de una masa en el cuello, tratada quirúrgicamente y con yodoterapia como tratamiento complementario (70,7%), que se acompañó de decaimiento, cansancio y resequedad como principales síntomas producidos por los tratamientos y el cáncer de tiroides, mientras que un 45% afirmó que estos tratamientos no les generaron efectos secundarios significativos.

La tabla 1, permite identificar las diferentes combinaciones de síntomas que llevaron a los participantes a consultar a su médico y por medio de los cuales se le diagnosticó el cáncer de tiroides. Esta tabla permite evidenciar que la mayoría de los pacientes notó su afección debido a la presencia de una masa en la zona del cuello. La tabla 1 también permite evidenciar que la mayor parte de los pacientes recibió como tratamiento adicional Yodoterapia, el 25,3% no recibió ningún tratamiento adicional y sólo dos personas recibieron tratamientos diferentes (Hormonoterapia y tratamiento psiquiátrico). Se puede evidenciar que un 45% de los pacientes, como aparece en la tabla 1, no presentó ningún síntoma adicional como consecuencia de los tratamientos, un 10% informó sentir decaimiento y cansancio, mientras que la gran mayoría de los pacientes restantes mostraron una combinación de estos con otros síntomas menos frecuentes.

El 53,3% informa antecedentes de enfermedades, mientras que el 46,7% restante no lo hace. Las enfermedades reportada con mayor prevalencia (8%) es la hipertensión, las demás enfermedades como miomas, anemia, hemorroidectomía, cáncer de seno y diabetes, hernia hiatal, gastritis, histerectomía total, migraña, triglicéridos y colesterol altos, vértigo, tendinitis y varices, osteoporosis, endometriosis, apendicitis, artritis, cálculos renales, operación de vesícula, hipocondritis, entre otras, solo es representado por el 1,3% cada una, constituyéndose la sumatoria de estos valores individuales en el 53,3% de reporte de antecedentes de enfermedad.

El 90,7% de los participantes fue clasificado en el rango de Bienestar Positivo, lo cual permite identificar que existe una tendencia favorable frente a la percepción psicológica que tienen los participantes, mientras que el 5,3% informa sentir malestar moderado y sólo se encuentra un 4% que refiere malestar grave.

En el Índice de Bienestar Psicológico, los promedios de los ítems oscilan entre 4 y 5 puntos, excepto para el ítem 1 *-En general ¿Qué tal se ha sentido? (Durante la última semana)-* con un promedio de 3,5. Los resultados muestran un 90% de pacientes que perciben bienestar positivo, en contraste con el 5,3% que reporta bienestar moderado y el 4% que refiere malestar grave. El análisis de los resultados del IBP categoría por categoría, evidencia cómo la mayor parte de los participantes refiere sentirse bien, y el resto se encuentra en los matices centrales y deja sólo un pequeño porcentaje en condiciones críticas o negativas en cada dimensión. Por ejemplo, en cuanto a la ansiedad, el

Tabla 1. Datos sobre síntomas, tratamientos posteriores a la cirugía y efectos del tratamiento que presentaron los participantes.

Síntoma	N	Tratamiento posterior a cirugía	n	Efectos del Tratamiento	n
Masa	34 (45,3%)	Yodoterapia	54 (72%)	Ninguno	34 (45,3%)
Ninguno	11 (14,7%)	Ninguno	19 (25,3%)	Decaimiento y Cansancio	8 (10,7%)
Otros	3 (4,0%)	Hormonoterapia	1 (1,3%)	Decaimiento	6 (8%)
Parálisis del VI par craneal	3 (4,0%)	Psiquiátrico	1 (1,3%)	Sequedad piel y cansancio	4 (5,3%)
Otras interacciones de síntomas	8 (10,8%)			Cansancio	2 (2,7%)

2,7% de los pacientes informa sentirse muy ansioso, mientras que alrededor del 40% no manifiesta sentir ningún tipo de ansiedad o tensión relacionada con su condición de salud.

Las correlaciones bivariadas entre las Subescalas del Cuestionario de Salud SF36 permiten identificar que todas las correlaciones son altamente significativas en todos los casos (.000). Teniendo en cuenta los índices de correlación se resaltan principalmente las correlaciones entre: salud mental y vitalidad (.845); rol físico y funcionamiento físico (.753); vitalidad y rol físico (.652); funcionamiento social y rol corporal (.651); salud mental y vitalidad (.645); y vitalidad y funcionamiento físico (.635) (ver Tabla 2).

La tabla 3 presenta el análisis descriptivo con valores mínimos, máximos, promedios y desviaciones para cada una de las 8 subescalas y las dos escalas estándar calculadas con los componentes físico y mental del Cuestionario de salud SF36. Cabe anotar que todas las subescalas presentaron valores máximos de (100) puntos y solamente las subescalas de rol físico y rol emocional presentan valores mínimos de (0) puntos. En el análisis de los promedios la subescala de mayor puntaje fue funcionamiento físico ($M= 80,46$) y la de menor promedio fue vitalidad ($M= 63,26$). De otra parte las dos

Tabla 2. Correlaciones Pearson entre las 8 Subescalas del Cuestionario SF36.

	Funcion. físico	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Funcion. social
Rol físico	.753**					
Dolor corporal	.417**	.578**				
Salud general	.604**	.464**	.434**			
Vitalidad	.635**	.652**	.600**	.645**		
Funcionamiento social	.476**	.523**	.651**	.347**	.573**	
Salud mental	.587**	.611**	.531**	.609**	.845**	.603**

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 3. Análisis Descriptivo para las Subescalas y Escalas Estándar del SF36.

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DT</i>
Funcionamiento físico (0-100)	5	100	80,4667	24,71696
Rol físico (0-100)	0	100	67,0000	41,74407
Dolor corporal (0-100)	21	100	71,8667	25,14785
Salud general (0-100)	300	100	65,9333	19,08893
Vitalidad (0-100)	5	100	63,2667	23,32921
Funcionamiento social (0-100)	12,50	100	76,8333	29,32902
Rol emocional (0-100)	0	100	72,0000	41,02296
Salud mental (0-100)	16	100	67,4667	21,99099
Escala estandar: comp. físico	25,90	60,27	48,2273	8,16159
Escala estandar: comp. mental	17,96	62,87	45,1905	12,00712

últimas filas de la tabla presentan las Escalas Estándar para los componentes físico y mental; en tal sentido los valores oscilan entre 25 y 60 puntos para el componente físico y entre 17 y 62 puntos para el componente mental, adicionalmente el componente físico presenta un promedio ($M= 48,22$) ligeramente superior al obtenido en el componente mental ($M= 45,19$).

La tabla 4 presenta las correlaciones entre el IBP y las Escalas SF36, calculadas con el Coeficiente Pearson dado que están medidas en nivel intervalar. En primera instancia se observa que las tres correlaciones son altamente significativas y positivas lo cual indica que existen correlaciones directamente proporcionales y significativas entre el Índice de Bienestar Psicológico y los componentes físico y mental del SF36, resaltándose principalmente la correlación entre el IBP y el componente mental (.815).

Finalmente la tabla 5 presenta las correlaciones entre el tiempo de diagnóstico medido en escala ordinal y los puntajes del IBP, el componente físico y el componente mental del SF36. Las correlaciones fueron calculadas por medio del coeficiente de Spearman, dado que se cuenta con una variable ordinal frente a las demás variables que son intervalares. A partir de los resultados que presenta la tabla, se observa que la correlación más fuerte está entre el IBP y el tiempo de diagnóstico, siendo significativa aunque con una magnitud baja de (.311) lo cual indica que entre mayor sea el tiempo de diagnóstico existe una mayor tendencia a presentar mayores niveles de bienestar psicológico. En segunda instancia también se observa una correlación positiva y significativa al 95% con una menor magnitud entre el tiempo de diagnóstico y el componente físico del SF36 (.253). De otra parte, la correlación entre el tiempo de diagnóstico y el componente mental del SF36 no fue significativa.

Tabla 4. Correlaciones Pearson entre Índice de Bienestar Psicológico y Escalas Estándar SF36.

	IBP	SF36 comp. físico
Indice de bienestar psicológico		
SF36 componente físico	.591**	
SF36 componente mental	.815**	.473**

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5. Correlaciones Pearson entre Tiempo de Diagnóstico, Índice de Bienestar Psicológico y Escalas Estándar SF36.

	Tiempo diagnóstico
Indice de bienestar psicológico	.311**
SF36 componente físico	.253*
SF36 componente mental	.219

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

Los hallazgos permiten retomar las consideraciones hechas en la definición de bienestar psicológico descrita por García Viniegras y González (2000), como un constructo subjetivo, vivencial y cambiante que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo en el momento presente; así como lo expresado por Ballesteros *et al.* (2003), y Diener, Oishi y Lucas (2003) cuando plantean que los seres humanos se enfrentan a problemas en diferentes momentos en la vida y por esto el bienestar psicológico puede cambiar con el paso del tiempo debido no sólo a la intensidad de tales problemas sino a la duración de los mismos.

El análisis IBP (Dupuy *et al.*, 1984) mostró el 90% de pacientes informando percibir bienestar positivo, en contraste con el 5,3% que informa bienestar moderado y el 4% que refiere malestar grave. El análisis de los resultados del IBP, categoría por categoría, indicó que la mayor parte de los participantes informa sentirse bien, y el resto se encuentra en los matices centrales y deja sólo un pequeño porcentaje en condiciones críticas o negativas en cada dimensión. Sólo el 2,7% de los pacientes informó sentirse muy ansioso y el 40% no manifiesta sentir ningún tipo de ansiedad o tensión relacionada con su condición de salud. Al respecto, Klee, King, Machin y Hansen (2000) indicaron que existen variables entre las personas con cáncer que afectan sus reacciones frente a la enfermedad y, por tanto, su percepción de bienestar en un momento determinado, tales como los diferentes estados de la enfermedad, la presencia de síntomas y el nivel de alteración del funcionamiento individual, además del hecho de haber experimentado enfermedades previas, el momento de la vida en el que se presenta el padecimiento, la flexibilidad del individuo para adaptarse a la situación y la conciencia y, el impacto del evento en la familia o grupo social primario.

Lo mismo ocurre en la segunda categoría, referente a la depresión, con el 33% expresando no sentirse deprimido y estar triste sólo en algunas ocasiones, y sólo el 4% refiriendo sentirse muy deprimido. Esto contrasta con los datos sobre tasas de prevalencia de problemas psicológicos y psiquiátricos en este grupo de pacientes que varían del 1 al 49%, con un promedio del 24% de pacientes con cáncer que experimenta síntomas de depresión y más de la mitad con sintomatología para un diagnóstico clínico de depresión (Manne y Schnoll, 2001).

En la categoría de estado de ánimo positivo se evidencia cómo el 4% reporta tener un estado de ánimo negativo, en contraste con un 25% de la población que afirma sentir un estado de ánimo muy positivo; así mismo, en cuanto a la vitalidad puede verse cómo el 2% de los pacientes expresa sentirse totalmente desanimado, bajo de energía y de vitalidad, mientras que el 19,3% refiere sentirse muy lleno de vitalidad, y dejan un porcentaje que se distribuye en los diferentes matices con una tendencia a la sensación de vitalidad más que a la apatía y desgana.

Se ha encontrado evidencia en este estudio de lo propuesto por Evans, Burnell, Hopwood y Howell (1993) cuando señalaron que existen características propias de los individuos que les permiten acceder a mecanismos de afrontamiento más adecuados y adecuados niveles de bienestar psicológico, tales como la paciencia, energía y perseverancia con respecto a su condición de salud. Son pacientes que se muestran amigables,

evitan la ambigüedad, son autónomos, independientes y autosuficientes. Características que se relacionan con el espíritu de lucha propuesto por Greer (1988) como actitud optimista acompañada de búsqueda de la mayor cantidad de información posible con el objetivo de luchar contra él, y el estilo de “afrontamiento positivo/confrontativo”, como conceptos asociados al bienestar psicológico y a la longevidad en los pacientes con cáncer (Evans, Burnell, Hopwood y Howell, 1993).

En la quinta categoría, relacionada con el autocontrol se observa que se mantiene la misma distribución, sólo que se inclina un poco hacia la percepción total de autocontrol con un porcentaje del 50,6% y tan sólo un 2,2% dice no tener nada de control sobre sí mismos.

De otro lado, en cuanto a la percepción de la salud general, los pacientes refieren encontrarse más en el punto medio que en los extremos, y expresan que si bien se sienten bien de salud, podrían estar mejor, y tan sólo un 4% comentó sentirse mal en este aspecto. Esto puede deberse a que a pesar de que los tratamientos funcionan bastante bien, las posibilidades de sufrir nuevamente alguna patología relacionada con el cáncer o de tener una recaída siempre están presentes, además de otras enfermedades diferentes que pueden presentarse con mayor frecuencia en ciertos rangos de edad.

Es importante hacer énfasis en aquellos ítems que informaron mayor bienestar fueron específicamente los relacionados con las categorías de depresión, autocontrol y salud general. Por el contrario, el ítem con menor puntaje se refiere al estado de ánimo positivo, aunque no se observe una tendencia evidente hacia ninguno de los extremos.

Cuando se habla de la calidad de vida en los pacientes que han recibido una tiroidectomía como tratamiento al cáncer, se pregunta también por su estatus funcional, es decir, en qué medida se adapta a la presencia de síntomas dolorosos o incapacidades, cómo se maneja psicológicamente en los ámbitos cognitivo, emocional y conductual, y cuál es su grado de adaptación social y laboral, todo ello valorado de modo global por el propio enfermo, ya que el diagnóstico de cáncer puede cambiar la forma en que la persona se ve a sí misma y ve su vida, afectando profundamente su autoconcepto.

En el análisis descriptivo con valores mínimos, máximos, promedios y desviaciones para cada una de las ocho subescalas y las dos escalas estándar calculadas con los componentes físico y mental del SF-36 se encontró que todas las subescalas presentaron valores máximos de (100) puntos y solamente las subescalas de rol físico y rol emocional presentan valores mínimos de 0 puntos. En el análisis de los promedios la subescala de mayor puntaje fue funcionamiento físico ($M= 80,46$) y la de menor promedio fue vitalidad ($M= 63,26$). Específicamente en la sub-escala de funcionamiento físico, se evidenció la media en 80,4667, lo que indica que la mayoría de los pacientes informaron no tener ninguna limitación para hacer actividades físicas.

En relación con el rol físico o grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluidos rendimiento menor que el deseado, la media fue de 67 lo que indica que la interferencia de la enfermedad en la cotidianidad de los pacientes no es muy alta. Se encontró también, que los pacientes marcaron un puntaje mínimo de 0 lo que muestra problemas para realizar sus actividades cotidianas y un puntaje máximo de 100 que indica que el cáncer de tiroides y el tratamiento no han limitado estas actividades.

De igual manera sucede con el dolor corporal, en el cual una media de 71,86 manifiesta que la mayoría de los pacientes no se ven afectados por dolores físicos que impidan su desempeño diario o sus actividades cotidianas, destacando que la puntuación mínima fue de 21, lo que indica que algunos pacientes tienen dolor y se ven afectados, por éste pero no llega a limitarlos por completo.

La función mental es un constructo relacionado con el sentir, el pensar y el actuar del ser humano, definido por su naturaleza subjetiva y vivencial. Como los pacientes con cáncer manejan un grado elevado de estrés y de incertidumbre por su enfermedad y su recuperación, áreas como el rol emocional, la salud mental y la vitalidad pueden verse afectadas (Goepf y Hammond, 1977). En cuanto a la salud mental se encontró que la puntuación media fue de 67,46 lo que muestra que la mayoría de los pacientes se encontraba bien en cuanto a su función psicológica, y así mismo en el rol emocional se evidenció una media de 72 que indica que los problemas emocionales relacionados con su enfermedad no interfieren en el trabajo ni en otras actividades diarias.

Dado que la mayoría de los pacientes evaluados llevaban más de un año de operados es posible evidenciar, tal como lo plantean Ballesteros y Caycedo (2002), cómo en el tiempo transcurrido a partir de su cirugía hasta ahora, han tenido la oportunidad de reconocer los efectos de su conducta sobre su funcionamiento fisiológico y de igual manera identificar posibilidades de acción frente a hechos sobre los que aparentemente no tenían control, lo que constituyó una herramienta para reducir el malestar, incrementar el equilibrio del organismo, y afectar positivamente el bienestar psicológico; factores decisivos para el manejo de la enfermedad. En lo referente a la vitalidad se puede observar que la media fue de 63,26 dato que muestra que la mayoría de los pacientes informan sentirse con energía y vitalidad la mayor parte del tiempo.

La tercera dimensión de funcionamiento social se refiere a las interacciones entre la familia, los amigos, la comunidad y el trabajo; es decir, es la adaptación social del individuo y se manifiesta en los pacientes con trastorno como resultado de limitaciones funcionales debidas a dolor, fatiga o miedo al diagnóstico, tratamiento y sus consecuencias. En cuanto a este aspecto, es importante resaltar que la media fue de 76,83 indicando que los problemas de salud física y emocional no interfieren en sus actividades sociales habituales.

Finalmente, los seis ítems que evalúan la percepción general de salud mostraron una media de 65,93 que muestra que los participantes tienen una percepción positiva frente a su salud en el momento actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

En cuanto al objetivo general de analizar la relación entre la calidad de vida y el bienestar psicológico en pacientes posquirúrgicos y con tratamiento para el cáncer de tiroides, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre el IBP y las escalas estándar del SF-36, resaltando principalmente la correlación entre el IBP y el componente mental (0,815). Se observa que la correlación más fuerte se produce entre el IBP y el tiempo de diagnóstico, siendo altamente significativa aunque con una magnitud baja, lo cual indica que entre mayor sea el tiempo de diagnóstico existe una mayor tendencia a presentar mayores niveles de bienestar psicológico. En segunda instancia también se observa una correlación positiva y significativa con una menor magnitud entre el tiempo de diagnóstico y el componente físico del SF36 (0,253).

En conclusión, es importante considerar que además de las concepciones asociadas al cáncer y los prejuicios que se tengan acerca del mismo, un factor que involucra y afecta directamente la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes es el tratamiento y sus implicaciones, ya que su complejidad afecta al paciente y al contexto en el que interactúa y se desenvuelve. No obstante, con el paso del tiempo el paciente utiliza y crea nuevos recursos para tener mayor predicción y control que le permitan afrontar de una manera diferente su problemática de salud a fin de reestablecer el equilibrio y continuar su vida incrementando los niveles tanto de calidad de vida como de bienestar psicológico (Ballesteros y Caycedo, 2002).

En el caso particular de los pacientes con cáncer la posibilidad que tienen de sentir control sobre su bienestar psicológico es un factor importante en la visión general de calidad de vida. A partir de esto las estrategias que se empleen efectivamente, permitirán mejorar la percepción de la condición de salud (Diener, Oishi y Lucas, 2003) y por tanto se contribuirá a modificar positivamente los niveles de Bienestar.

Resulta llamativo que los informes de diversos estudios en torno a la medición del concepto de bienestar psicológico y calidad de vida en población oncológica dista muy poco del de la población sana, informando ambos grupos buenos niveles, especialmente en estudios analizados a través del tiempo (Van der Zee *et al.*, 1996), lo que resulta llamativo en tanto parece discutir sustancialmente la asociación directa entre condiciones de malestar fisiológico e incluso alteraciones en funcionalidad, con la propia percepción de bienestar.

Por ello, de acuerdo con los resultados expuestos en este estudio, una de las grandes metas del análisis en términos del bienestar psicológico y la calidad de vida es detallar los factores implicados en las variaciones paramétricas de dicho informe, y sin duda, el diseño de programas dirigidos hacia la prevención. Para especificar el grado en que las alteraciones propias del cáncer de tiroides y su tratamiento están en función de las dimensiones psicológicas, sociales y afectivas, es posible que se combinen diseños prospectivos con metodológica mixta, que integren niveles de análisis descriptivos y funcionales, para que puedan identificarse las variaciones del bienestar como procesos y su relación con la calidad de vida reportada.

Es importante, en el mismo sentido, que la investigación se acompañe de seguimiento psicológico en el proceso de diagnóstico y tratamiento y durante el primer año posterior a la cirugía, pues permitirá acceder a las relaciones de contingencias existentes en la vida del paciente, de tal manera que pueda establecer nuevas relaciones funcionales entre su conducta y sus consecuencias, permitiendo una mayor predicción y control de su comportamiento por medio de reglas más flexibles y acordes con las diferentes situaciones que se presenten debido a su condición de salud.

REFERENCIAS

- Alonso J, Prieto L y Antó J (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Badia X, Salamero M y Alonso J (2002). *La Medida De La Salud: Guía de Escalas de Medición en Español*. Barcelona: Fundación Lilly.

- Ballesteros de Valderrama BP, Botero C, Caycedo C, Gutiérrez M, Hermida G, Medina A, Montaña P y Otero M (2003). *Revisión del concepto de Bienestar Psicológico*. Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Documento inédito.
- Ballesteros, B., y Caycedo, C. (2002). *El Bienestar Psicológico en el marco del análisis del comportamiento*. Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana. Documento inédito.
- Barreda P (2005). *Trastorno de la tiroides: un mal encubierto*. Disponible en: www.pediatraldia.cl/pb/tiroides.htm.
- Carpio C, Pacheco V, Flores C y Canales C (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14, 3-15.
- Diener E, Oishi S y Lucas RE (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Evans G, Burnell L, Hopwood P y Howell A (1993). Perception of Risk in Women with a Family History of Breast Cancer. *British Journal of Cancer*, 67, 612-614.
- Garavito L (2001). *Calidad de vida y toma de decisiones médicas*. Tesis no publicada. Pontificia Universidad Javeriana.
- García H y Lugo H (2002). *Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF36 en instituciones de Medellín*. Tesis de Maestría. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.
- García Viniegras C y González I (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16, 586-592.
- Goepf C y Hammond W (1977). *Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Gómez V, Villegas de Posada C, Barrera F y Cruz JE (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 311-325.
- Granell Navarro J y Puig Rullan A (2004). Registro de cáncer de cabeza y cuello: estudio prospectivo de incidencia a dos años. *Oncología (Barc.)* 27, 33-39.
- Grau J y Pórtero D (1987). Perspectivas del estudio del cuadro interno de las enfermedades. En *Memoorias del Congreso Colombiano de Psicología Clínica*. Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria de Manizales, Colombia.
- Klee M, King M, Machin D y Hansen H (2000). A Clinical Model for Quality of Life Assessment in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Annals of Oncology*, 9, 293-301.
- López M y Torres G (2001). *Estudios sobre calidad de vida en pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia*. Tesis de pregrado en Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana.
- Malagón G, Galán R y Potón G (1999). *Garantía de calidad en salud*. Bogotá: Ed. Médica Panamericana.
- Manne S y Schnoll R (2001). Measuring cancer patient's psychological distress and well-being: A factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychological Assessment*, 13, 99-109.
- Novoa M (2004). Pertinencia de las interacciones entre la ciencia médica y la psicología. En: L Oblitas Guadalupe (Comp.) *Manual de la psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Versión electrónica en www.psicologiainvestigacion.com. PSICOM Editores, Bogotá.
- OMS (2005). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/publications/es/>
- Pineros M y Murillo R (2004). Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de cifras estimativas. *Revista Colombiana de Cancerología*, 8, 5-14.
- Polit H (2002). *Investigación científica en ciencias de la salud*, 5ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rada V, Garrido A, Osorio M y Murillo R (2004). *Anuario estadístico 2003: por el control del cáncer*. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología.
- Robles S y Galanis E (2002). Breast Cancer in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 178-185.
- Rodríguez Marín J (1998). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Sociedad Americana del Cáncer (2004). *Recursos contra el cáncer laríngeo e hipofaríngeo: detección y síntomas*. Disponible en: <http://www2.mdanderson.org/depts/oncolog/sp/articles/04/10-oct/10-04-1.html>
- Tomich PL y Helgeson VS (2002). Five Years Later: A Cross-sectional Comparison of Breast Cancer Survivors with Healthy Women. *Psycho-Oncology*, *11*, 154-169.
- Van der Zee K, Buunk B, De Ruiter J, Tempelaar R, Van Sonderen E y Sanderman R (1996). Social Comparison and the Subjective Well-being of Cancer Patients. *Basic and Applied Social Psychology*, *18*, 453-468.
- Ware JE y Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, *30*, 473-483.

Recibido, 4 Marzo, 2008
Aceptación, 28 Diciembre, 2009