

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA**

---

“Ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021”

---

**Área de Investigación:**

Ciencias Médicas – Psicología positiva y bienestar psicológico

**Autor(es):**

Br. Laura Giuliani Minchola Álvarez

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Borrego Rosas, Carlos Esteban

**Secretario:** Caro Vela, Jorge Miguel

**Vocal:** Isla Ordinola, Luis Felipe

**Asesor:**

Izquierdo Marín, Sandra Sofía

**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-0651-6230>

**Trujillo – Perú**

**2022**

**Fecha de sustentación:**

2022/11/29

“Ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021”

- Presentación

Señores miembros del jurado calificador.

Cumpliendo con las disposiciones vigentes emanadas por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Psicología, someto a vuestro criterio profesional la evaluación del presente trabajo de investigación titulado “Ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021”, elaborado con el propósito de obtener el título profesional de Licenciado en Psicología.

El presente estudio tuvo como objetivo establecer las diferencias del ajuste mental al cáncer, según género en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de la ciudad de Trujillo.

Con la convicción de que se le otorgara el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, le agradezco por anticipado las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación.

Trujillo, Noviembre 2022

Bch. Minchola Alvarez, Laura Giulianna

- Dedicatoria

A Dios, por iluminar y bendecir mi camino cada día y mantenerse siempre a mi lado, ya que con él todo se puede.

A mis padres, por darme el apoyo incondicional y la motivación para alcanzar mis metas, enseñándome a hacer fuerte ante cualquier adversidad que se presente, no rendirme y seguir luchando hasta conseguir la culminación de mis estudios.

A mis hermanas, por brindarme palabras de aliento cada vez que se presentaban adversidades y brindarme las enseñanzas necesarias para poder superarlas.

- Agradecimientos

A mi asesora, por sus enseñanzas, apoyo, confianza y su capacidad para guiar mis ideas en la realización de la presente investigación.

Gracias al personal administrativo y asistencial del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo, por permitirme el libre acceso sus instalaciones.

Por último, agradecer a la pieza fundamental para que este estudio se llevara a cabo, a los pacientes de la clínica que me brindaron su tiempo y su comprensión para la ejecución del proyecto.

## Índice de contenido

|  |           |
|--|-----------|
| • Carátula   | i         |
| • Contra carátula                                    | ii        |
| • Presentación                                       | iii       |
| • Dedicatoria (Opcional)                             | iv        |
| • Agradecimientos                                    | v         |
| • Índice de contenido                                | vi        |
| • Índice de tablas                                   | vii       |
| • Resumen  | viii      |
| • Abstract   | ix        |
| <b>CAPITULO I</b>                                    |           |
| <b>MARCO METODOLÓGICO</b>                            |           |
| 1.1. EL PROBLEMA                                     | 10        |
| 1.1.1. Delimitación del problema                     | 10        |
| 1.1.2. Formulación del problema                      | 13        |
| 1.1.3. Justificación del estudio                     | 13        |
| 1.1.4. Limitaciones                                  | 14        |
| 1.2. OBJETIVOS                                       | 14        |
| 1.2.1. Objetivos generales                           | 14        |
| 1.2.2. Objetivos específicos                         | 14        |
| 1.3. HIPÓTESIS                                       | 15        |
| 1.3.1. Hipótesis generales                           | 15        |
| 1.3.2. Hipótesis específicas                         | 15        |
| 1.4. VARIABLES E INDICADORES                         | 15        |
| 1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN                             | 15        |
| 1.5.1. Tipo de investigación                         | 15        |
| 1.5.2. Diseño de investigación                       | 15        |
| 1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA                             | 16        |
| 1.6.1. Población                                     | 16        |
| 1.6.2. Muestra                                       | 16        |
| 1.6.2. Muestreo                                      | 16        |
| 1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 17        |
| 1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS           | 19        |
| 1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO                            | 20        |
| <b>CAPITULO II</b>                                   |           |
| <b>MARCO REFERENCIAL TEÓRICO</b>                     | <b>21</b> |
| 2.1. Antecedentes                                    | 21        |
| 2.2. Marco teórico                                   | 24        |
| 2.3. Marco conceptual                                | 46        |
| <b>CAPITULO III</b>                                  |           |
| <b>RESULTADOS</b>                                    | <b>47</b> |
| <b>CAPITULO IV</b>                                   |           |
| <b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>                        | <b>55</b> |
| <b>CAPITULO V</b>                                    |           |
| <b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>                | <b>59</b> |
| <b>CAPITULO VI</b>                                   |           |
| <b>REFERENCIAS Y ANEXOS</b>                          | <b>61</b> |

## Índice de tablas

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 01:</b> <i>Nivel de ajuste mental al cáncer en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.</i>   | 47 |
| <b>Tabla 2:</b> <i>Nivel de Espíritu de lucha en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.</i>  | 48 |
| <b>Tabla 03:</b> <i>Nivel de Desamparo en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.</i>   | 49 |
| <b>Tabla 04:</b> <i>Nivel de Preocupación Ansiosa en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.</i>  | 50 |
| <b>Table 05:</b> <i>Nivel de Fatalismo/Aceptación estoica en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.</i>  | 51 |
| <b>Tabla 06:</b> <i>Prueba de normalidad.</i>  | 52 |
| <b>Tabla 07:</b> <i>Diferencias del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021</i>   | 53 |
| <b>Tabla 08:</b> <i>Diferencia en los indicadores (espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/aceptación), según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021</i> | 54 |

## Resumen

Este estudio tuvo como objetivo establecer la diferencia del Ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021. Se utilizó un diseño descriptivo – comparativo, con una muestra de 200 pacientes que padecen distintos tipos de cáncer, varones y mujeres, entre 25 - 50 años de edad, durante el periodo 2021, utilizando para su evaluación el Cuestionario del Ajuste Mental al Cáncer (MAC)

Los resultados sobre el Ajuste Mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud indican una predominancia de los niveles alto y medio a escala general, en ambos sexos, pero siendo el femenino quien obtuvo un mayor porcentaje en el nivel alto representado por el 54% de la muestra.

Lo cual indica que el sexo femenino tiene una mejor adaptación frente a su enfermedad. Tiene más estrategias para afrontarla y mantener un estado adecuado en diversos ámbitos de su vida como son el cognitivo, emocional y conductual.

*Palabras Claves: Ajuste mental, Cáncer, Pacientes oncológicos.*

## **Abstract**

The objective of this study was to establish the difference in Mental Adjustment, according to gender, in patients with cancer from a health facility in the city of Trujillo, 2021. A descriptive-comparative design was used, with a sample of 200 patients suffering from different types of cancer, men and women, between 25 - 50 years of age, during the period 2021, using for their evaluation the Mental Adjustment to Cancer Questionnaire (MAC)

The results on Mental Adjustment, according to gender, in patients with cancer from a health facility indicate a predominance of high and medium levels on a general scale, in both sexes, but with the female being the one who obtained a higher percentage in the high level represented. by 54% of the sample.

This indicates that the female sex has a better adaptation to their disease. He has more strategies to deal with it and maintain an adequate state in various areas of his life such as cognitive, emotional and behavioral.

Keywords: Mental adjustment, Cancer, Oncological patients.

## CAPITULO I MARCO METODOLÓGICO

### 1.1. EL PROBLEMA

#### 1.1.1. Delimitación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) al hablar de cáncer, se hace referencia a una variedad de enfermedades no transmisibles que afectan a diversas partes del cuerpo.

El cáncer se produce debido a un mal proceso de muerte y división celular, las células nuevas se multiplican sin control y sin que el cuerpo las necesite, a su vez, las células viejas no mueren. Este aumento en la cantidad de células formará masas, denominadas **tumores** o **neoplasias**, que destruyen y reemplazan los tejidos normales cuando se expanden, originando el cáncer, el nombre del cáncer dependerá del órgano afectado (Puente & Velasco, 2019).

Una de las propiedades que definen al cáncer es la inmediata reproducción de células anómalas, las cuales se esparcen más allá de sus parámetros habituales e irrumpen partes adyacentes del cuerpo o se extienden a otros órganos. Este proceso se llama “metástasis”, la primordial causa de muerte por cáncer (OMS, 2018).

La agencia internacional para la investigación del cáncer (IARC, 2018) estimó que la carga mundial de cáncer aumentó a 18,1 millones de nuevos casos anuales y 9,6 millones de muertes en 2018. Así mismo, una quinta parte de los hombres y una sexta parte de las mujeres en el mundo sufrirán de cáncer durante su vida. Además, uno de cada 8 hombres y una de cada 11 mujeres mueren a causa de esta enfermedad. Por otro lado, se estima que el número total de personas que sobreviven dentro de los 5 años posteriores al diagnóstico de cáncer es de 43,8 millones. Debido al crecimiento de la población y los cambios por envejecimiento, la OMS (2018) estima que para el 2030, habrá más de 20 millones de casos nuevos cada año.

La IARC (2018) estimó que la tasa estandarizada de incidencia de cáncer en el Perú era de 192,6 casos nuevos anuales por 100 000 habitantes lo que representa, el diagnóstico de 66 627 casos nuevos para ese año. Además, más de 25 000 peruanos mueren a causa de la patología, según la Liga Contra el Cáncer (2016). Asimismo, en el país, el 85% de los casos de cáncer se

encuentran en estadios avanzados, lo que genera menores probabilidades de curación, una menor calidad de vida, un elevado costo de tratamientos y una gran tasa mortalidad.

Según el informe de Yache (2019) realizado en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, en La Libertad, entre los años 2007 hasta el 2018, se registró un total de 15435 casos de cáncer. De los casos procedentes de La Libertad, el 72.4% de los casos proceden de Trujillo.

La respuesta inicial que tiene el paciente tras recibir las noticias acerca de la enfermedad de cáncer suele consistir, tras un primer momento de choque o bloqueo, en intensas respuestas emocionales inmediatas que incluye enojo, tristeza, ansiedad, sentimientos de indefensión y depresión. Son frecuentes las alteraciones del sueño y del apetito, así como las dificultades de concentración y atención. La mayoría de los pacientes experimentan una ruptura temporal en su capacidad para funcionar en la vida cotidiana (Labrador, 2004).

El cáncer irrumpe en todos los aspectos de la vida de los pacientes y sus familias, engendra miedo, produce incertidumbre y crea significativas demandas para todos. A pesar de que esta enfermedad hoy en día es más tratable y que el número de sobrevivientes se ha incrementado, existe todavía un intenso temor que acompaña a su diagnóstico; miedo a la muerte, al dolor, a la pérdida de la independencia o del atractivo, y al sufrimiento asociado con el progreso de la enfermedad (Rosenfeld, 2004)

Las reacciones emocionales tras el diagnóstico de cáncer son variables y están influenciadas por muchos factores. El apoyo familiar, de pareja, social y laboral, así como la vulnerabilidad psicológica previa y la historia de cáncer familiar son determinantes fundamentales del afrontamiento del diagnóstico (Cruzado, 2010).

En este ámbito, las alteraciones psicológicas más frecuentes en enfermos oncológicos son la depresión y la ansiedad (Llorca-Ramón et al., 1999). Los enfermos de cáncer pueden adoptar dos posturas: les tranquiliza que se les informe de que su estado emocional es común al de la mayoría de los enfermos, o, tienen miedo de que el estado depresivo pueda afectar a los resultados del tratamiento. En esos momentos, el paciente es lo suficientemente vulnerable y por ello, la labor del psicólogo resulta esencial para lograr el enganche de este

a las posibilidades de intervención, pues uno de los aspectos claves en el tratamiento contra la enfermedad es propiciar un adecuado ajuste mental al cáncer.

El término ajuste mental de la enfermedad se emplea, para hacer referencia a la ausencia de morbilidad psiquiátrica y a la recuperación del funcionamiento previo a la enfermedad, mientras el individuo se adapta a los múltiples cambios producidos por la enfermedad y su tratamiento. Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1984) el ajuste es el proceso por el cual el individuo maneja las demandas o presiones del exterior en relación con sus recursos personales.

De esta manera hace referencia a como el paciente percibe la enfermedad del cáncer y las respuestas que genera a nivel cognitivo, emocional y conductual. Así mismo revela una determinada manera de afrontar la situación actual en la que se encuentran, formándose así cinco estilos de ajuste mental al cáncer (Moorey & Greer, 1989). Cada uno de estos contiene un tipo de esquema cognitivo relacionado a la percepción que el sujeto tiene del diagnóstico, del control sobre el cáncer, y del pronóstico de dicha enfermedad (Watson, et al, 1988).

La importancia de un adecuado ajuste mental al cáncer radica en los beneficios que otorga a los pacientes oncológico, pues contribuye a tener una mejor adaptación posible a la enfermedad, esto ayudará a enfrentar de forma satisfactoria a los diferentes desafíos que provoca el cáncer, también disminuirá el nivel de malestar psicológico, recuperando en la medida de lo posible la actividad normal y promoviendo actitudes y comportamientos que favorezcan el sentimiento de autoeficacia y autocontrol. Para Greer, et. al (1992), el tiempo de supervivencia puede tener un valor pronóstico en la evolución de la enfermedad, debido a que si se tiene un adecuado ajuste mental al cáncer el paciente tendrá cambios positivos, mejorará su calidad de vida, aumenta el humor y podrá disminuir su tiempo de mejora en el tratamiento.

Según Oliveros (2006, citado por Sairitupac, 2015) menciona que existe una falta de Ajuste Mental en lo que respecta al cáncer; lo cual causa un aspecto negativo en los pacientes oncológicos, puesto que se encuentran con conflictos

con los que lidiar causadas por dicha enfermedad, dentro de ello se encuentran los síntomas y efectos secundarios del mismo tratamiento, que han causado cambios en los diferentes ámbitos de su vida, así como también, se manifiesta un deterioro en su desarrollo biopsicosocial. Por consiguiente, si el paciente no posee ajuste mental, tendrá un inadecuado manejo de afrontamiento hacia su misma enfermedad, ocasionando que el tratamiento se deteriore y genere una mayor percepción frente al dolor, así como, desordenes psicológicos asociados, como la depresión y la ansiedad (Trigoso, 2012).

Tomando en cuenta los factores antes mencionados, la realidad problemática en la ciudad de Trujillo evidencia un incremento en los casos nuevos de cáncer, así como muertes; esto es debido al fuerte impacto que produce en la vida del paciente la enfermedad, al no recibir la ayuda adecuada, el cáncer causa una sensación de desequilibrio, desesperanza y una ruptura emocional que conlleva a la muerte, por lo tanto, es necesario e importante trabajar el ajuste mental al cáncer en los pacientes de la ciudad de Trujillo (Revilla, 2021).

Con lo expuesto se pretende establecer las diferencias de ajuste mental al cáncer en varones y mujeres, debido a que se puede evidenciar que, al poseer un adecuado ajuste mental al cáncer, el paciente va a lograr una mejora en su calidad de vida, mejores relaciones y cambios positivos frente a la enfermedad, de esta forma, va a tener una mayor adaptación, y va a generar los afrontamientos necesarios para luchar contra la enfermedad; motivo principal que propicia la presente investigación.

#### 1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las diferencias existentes del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021?

#### 1.1.3. Justificación del estudio

- En el aspecto social, radica en la actitud de los agentes externos, ya sean familiares, amigos o los mismos profesionales de la salud, frente a la enfermedad; creando la ocasión a que reflexionen sobre el comportamiento

que implique perder el miedo a afrontar la enfermedad y motivándolos a ser parte de la red de apoyo que estos pacientes necesitan con urgencia.

- En el aspecto teórico esta investigación es importante porque permitirá mostrar conocimientos actualizados y confiables de la variable estudiada, asimismo incrementará el conocimiento teórico sobre el ajuste mental al cáncer y sus diferentes dimensiones, y permitirá ser un referente para futuras investigaciones.
- En el aspecto práctico, los resultados de la investigación servirán para plantear estrategias de solución frente a la problemática de ajuste mental al cáncer, como el desarrollo de programas y charlas psicológicas, donde se resalte la importancia de poseer un adecuado ajuste mental al cáncer, y consecuentemente, disminuir los miedos y ansiedades que presentan los pacientes frente a la enfermedad.
- Finalmente, es conveniente ya que favorece a los psicólogos y cuidadores de la salud a obtener un conocimiento profundo sobre la problemática de estudio, contribuyendo así con datos estadísticos.

#### 1.1.4. Limitaciones

La presente investigación se limita a la teoría del ajuste mental al cáncer de Moorey y Greer (1989).

Además, los resultados de la investigación solo podrán ser generalizados a poblaciones similares a la estudiada.

## 1.2. OBJETIVOS

### 1.2.1. Objetivos generales

Establecer las diferencias del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ajuste mental en pacientes con cáncer de sexo masculino de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

- Identificar los niveles de ajuste mental en pacientes con cáncer de sexo femenino de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.
- Establecer la diferencia en los indicadores (espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/aceptación estoica) del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

### 1.3. HIPÓTESIS

#### 1.3.1. Hipótesis generales

**H<sub>i</sub>:** Existen diferencias de ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

#### 1.3.2. Hipótesis específicas

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencia en los indicadores (espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/aceptación estoica) del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

### 1.4. VARIABLES E INDICADORES

#### **Variable de estudio:**

Ajuste mental al cáncer

#### **Indicadores:**

- Espíritu de lucha
- Desamparo/desesperanza
- Preocupación ansiosa
- Fatalismo/aceptación estoica

### 1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN

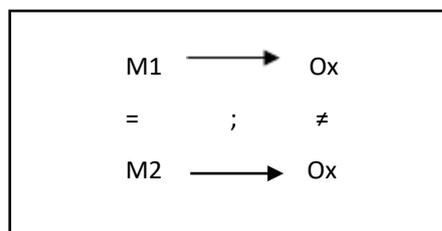
#### 1.5.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica, según su finalidad es de tipo sustantiva; según Sánchez y Reyes (2006) es aquella que está orientada a describir, explicar,

predecir la realidad, con lo cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permita organizar una teoría científica. En este sentido podemos afirmar que la investigación sustantiva al perseguir la verdad nos encamina hacia la investigación básica o pura.

### 1.5.2. Diseño de investigación

Descriptivas comparativa, este diseño busca recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos (Sánchez y Reyes, 2006)



M1 = Hombres

M2 = Mujeres

Ox = Ajuste mental

## 1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 1.6.1. Población

En la investigación se trabajará con 295 pacientes de sexo femenino y masculino que oscilan entre los 25 y 50 años, pacientes de algún tipo de cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo.

### 1.6.2. Muestra

Para hallar el tamaño de muestra se trabajará con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * PQ}$$

PQ: Proporción de estudiantes con las características de interés

Z: Nivel de confianza

E: Error de muestreo

N: Población total

n: Tamaño de muestra

El tamaño de muestra está a un nivel de confianza del 95% ( $Z=1,96$ ), error de muestreo al 5% ( $E=0.05$ ), varianza ( $pq=0.25$ ) para garantizar un adecuado tamaño muestral con respecto a la población total de 295. Por lo tanto, la muestra quedará conformada por 200 pacientes de sexo femenino y masculino que oscilan entre los 25 y 50 años de la ciudad de Trujillo.

|                      | Género    |          | Total |
|----------------------|-----------|----------|-------|
|                      | Masculino | Femenino |       |
| Pacientes con Cáncer | 99        | 101      | 200   |

### **Criterios inclusión**

- Pacientes hospitalizados por al menos 2 meses.
- Cuestionarios que fueron completados en su totalidad.
- Pacientes que cumplían con el rango de edad de 25 a 50 años.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente del estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que hayan requerido de traslado a otros establecimientos.
- Pacientes que no logren culminar la evaluación debido a los efectos del tratamiento oncológico.

## **1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Técnicas:**

Se utilizará la evaluación psicométrica, según Tovar (2007), son herramientas estandarizadas, diseñadas para obtener respuestas observables del individuo. Así mismo, ayudan a evaluar las variables psicológicas, y confirmar las hipótesis de la investigación.

Desde Tovar (2007) la psicometría es entendida como una disciplina de la psicología cuya finalidad intrínseca es la de aportar soluciones al problema de la medida en cualquier proceso de investigación psicológica. También es un campo metodológico que incluye teorías, métodos y usos de la medición psicológica, en que se circunscriben aspectos meramente teóricos y otros de carácter más práctico. La psicometría se distingue por el uso del lenguaje formal y estructurado de las matemáticas. Existen muchas definiciones para la psicometría, pero su esencia es siempre la misma, su importancia reside en el conocimiento e investigación de fenómenos conductuales, cognitivos, afectivos y actitudinales

### **Instrumento**

#### **Ficha técnica:**

#### **Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)**

Fue creado en Inglaterra por Watson y sus colaboradores en el año de 1988, cuyo objetivo fue mostrar las respuestas psicológicas de los pacientes con cáncer en el proceso de adaptación al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. La primera versión constaba de 58 ítems, sin embargo luego de los estudios estadísticos correspondientes, quedó compuesta por 40 ítems, identificando 5 dimensiones: Espíritu de lucha (16 ítems), Desamparo/ desesperanza (6 ítems), Preocupación ansiosa (9 ítems) y Fatalismo/ Aceptación estoica (8 ítems) y en la dimensión Evitación/Negación (1 ítem), cada uno se puntúa con 4 puntos que van desde “Definitivamente no se aplica a mí”, siendo el mínimo, hasta “Definitivamente se aplica a mí”, siendo el máximo.

Trigoso (2011) en Lima, quien comparó los ítems de la escala original con los traducidos a la versión española (Ferrero, Bareto, y Toledo, 1995), finalmente se quedó con 31 ítems, los cuales están agrupados en 4 dimensiones: espíritu de lucha, desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/ aceptación

estoica. El cuestionario se cuantifica mediante una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, en donde 1 es “totalmente falso” y 4 es “totalmente verdadero”. Para la investigación se hará uso del instrumento ajustado según la versión en español.

### **Propiedades psicométricas**

Con referencia al último análisis psicométrico en Lima, Sierralta (2015) realizó la validez por medio del análisis factorial exploratorio, en donde se obtuvieron 9 factores que explicaban el 69.87% de la varianza, lo cual no concordaba con la literatura. Por tal motivo se decidió realizar un ajuste y establecer los factores a 4 (como en la adaptación de Trigos, 2009), obteniendo de puntaje 0.69 en el test de KMO, un Chi cuadrado de 1214.47 y una significancia de 0.00 en la prueba de esfericidad de Bartlett. De esta manera, los 4 factores explicaban el 48.62% de la varianza total. En el mismo estudio se halló la confiabilidad, a través del análisis por consistencia interna, utilizando el estadístico Alpha de Cronbach, en donde el espíritu de lucha obtuvo una alta confiabilidad (0.81), mientras que, la dimensión que presentó la confiabilidad más baja fue el fatalismo/aceptación estoica con 0.57, considerándose un valor moderado

### **Fuentes e informantes:**

Autoevaluación de la población estudiada. Se utilizó documentos, revistas, libros.

## **1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la aplicación de cuestionario en la investigación, primero se solicitará el permiso mediante una carta de presentación al director del establecimiento de salud del ministerio de salud, una vez aceptado el permiso, se procederá a coordinar con el personal para establecer las fechas y horarios de la evaluación. Al llegar el día establecido y dentro del horario permitido, se ingresará a los ambientes tomando todas las medidas de bioseguridad para no exponer a los pacientes, donde se explicará el objetivo de la investigación, el consentimiento informado y la confidencialidad de esta, haciendo hincapié a que los datos serán netamente de uso científico. De igual manera se explicará el desarrollo y la forma correcta en la que se debe contestar el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer

(MAC), además de hacer mención que su participación será de carácter voluntario y tendrán que cumplir el rango de edad requerido entre 25 a 50 años. Posterior a esto se distribuirá el material de evaluación de forma simultánea, al terminar se seleccionarán únicamente los protocolos llenados adecuadamente, y se descartará los que respondieron con alguna incongruencia u presentaron otra dificultad en las respuestas, para así finalmente realizar una base de datos en Microsoft Excel para su análisis estadístico próximo.

## 1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se procedió a calificar y tabular los resultados en una base de datos Excel para su análisis respectivo, para luego fueron analizados por el programa SPSS. Siendo el primer análisis la prueba de Kolmogorov-Smirnov quien permitió determinar la no normalidad de los datos, permitiendo elegir el estadístico no paramétrico de la U de Mann-Whitney; siendo este el procedimiento que determinó la contrastación de la hipótesis y así los resultados fueron presentados en tablas descritas de acuerdo a las normas APA donde posteriormente fueron discutidas en función del marco teórico y los antecedentes y poder arribar a las conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO II

### MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### **A nivel Internacional**

Zayas (2015), en su trabajo de investigación, realizado en Sevilla, tuvo como objetivo analizar si existen diferencias en los factores psicoemocionales y en el ajuste mental, siendo su muestra dos grupos de 30 mujeres, unas detectadas con cáncer y las otras sin ninguna enfermedad oncológica; como instrumentos utilizó la entrevista semiestructurada, Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), Escala de Resiliencia, Escala COPE, Life Orientation Test Revised (LOT-R), Rosenberg Self Esteem Scale (RSES), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E, STAI-R), Inventario para la depresión (BECK-II), Escala reducida de Bienestar psicológico y Satisfaction With Life Scale (SWLS). Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias en los factores psicoemocionales y en el ajuste mental entre ambos grupos de mujeres, de esta forma se encontró un mejor ajuste mental en mujeres con cáncer, lo cual es debido a que estas pacientes necesitan activar mecanismos psicológicos que ayuden a regular sus emociones y mejorar su calidad de vida. El porcentaje en cuanto un adecuado ajuste mental en mujeres con cáncer ha sido del 73%, en contraste con las mujeres que no tienen cáncer quienes en la categoría adecuado ajuste mental han obtenido un 41%.

Longares et al. (2018), realizaron una investigación en la cual se buscó hallar los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y su ajuste mental a la enfermedad que padecen, su muestra fue de 114 pacientes que acudían a los servicios de Oncología de Centros Sanitarios de la ciudad de Valencia, comparándolos con un grupo de 106 personas no enfermas de cáncer. Utilizando como instrumentos la Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver y Scheier (1985), el Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) de Watson, Law, Dos Santos, Greer, Baruch y Bliss et al. (1994). En los

resultados se obtuvo un análisis correlacional entre la subescala espíritu de lucha y estilo de afrontamiento activo (conductual y cognitivo) y emocional. Asimismo, las subescalas preocupación ansiosa, desesperanza y evitación establecen relación con estilos de afrontamiento desadaptativos y/o de tipo emocional. En relación con las principales conclusiones, se ha logrado establecer que el 55% de la población utiliza los estilos de afrontamiento centradas en el problema, además se determinó que, en las estrategias centradas en el problema, los estilos más utilizados por la población es la Planificación con el 10% y el Afrontamiento activo con 11%, y en las estrategias centradas en la emoción los estilos más empleados es la Renuncia con 10% y la Negación con 10 %. Asimismo, la correlación entre las primeras variables favorece que el paciente tenga una mejor adaptación al cáncer, mientras que la correlación de las otras variables son generadores de desajuste, lo cual no ayuda en mejorar el bienestar del paciente.

### **A Nivel Nacional**

Trigoso (2012) en su investigación ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos, utilizo una muestra de 98 pacientes, estos oscilaban entre 30 y 70 años durante sus consultas ambulatorias en el INEN - Lima. Se utilizaron diferentes instrumentos como la versión adaptada de la escala de Ajuste Mental al Cáncer (Watson et al, 1988) (Trigoso, 2009); un cuestionario abierto sobre la percepción y el significado del cáncer en la vida del sujeto, y la versión española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. Dentro de los resultados se identifica correlaciones positivas medianas ( $r=.35$ ) entre Espíritu de lucha y Fatalismo/Aceptación estoica con Propósito de vida; y pequeñas entre Espíritu de Lucha y Relaciones positivas con otros ( $r=.21$ ). Adicionalmente se encontró correlaciones negativas medianas entre Bienestar psicológico y Desamparo/Desesperanza ( $r=-.13$ ); y pequeñas entre esta última y Preocupación ansiosa con Relaciones positivas con otros ( $r=-.15$ ); también fueron pequeñas las correlaciones entre Preocupación ansiosa con Propósito de vida y bienestar psicológico ( $r=.19$ ).

Sierralta (2015) en su investigación ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides, planteo como objetivo conocer la relación entre las dos variables, así mismo trabajo con una muestra de 80 pacientes, las edades de los pacientes comprendían entre 25 y 65 años. Se emplearon instrumentos como la escala de ajuste mental al cáncer MAC y el cuestionario de estudios de desenlaces médicos de apoyo social MOS. Los resultados de la investigación dan cuenta que existe una correlaciones significativas y directas entre el estilo espíritu de lucha y los tres tipos de apoyo social percibido: emocional/ informacional ( $r_s=.22$ ;  $p=.04$ ), afectivo ( $r_s=.29$ ;  $p=.01$ ) e instrumental ( $r_s=.29$ ;  $p=.01$ ), así como inversas entre el estilo desamparo/ desesperanza y también los tres tipos de apoyo mencionados: emocional/ instrumental ( $r_s=-.29$ ;  $p=.01$ ), afectivo ( $r_s=-.31$ ;  $p=.00$ ) e instrumental ( $r_s=-.32$ ;  $p=.00$ ).

Cesaro (2015) en su trabajo de investigación titulado “Resiliencia, estrategias de afrontamiento y ajuste mental en un grupo de pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, tuvo como objetivo determinar si la resiliencia y las estrategias de afrontamiento se encuentran asociadas al ajuste mental, trabajó con 238 mujeres con cáncer de mama que oscilaban entre los 30 a 75 años. Se utilizó como instrumento la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Carver, Scheier y Weintraub, y Cuestionario de Ajuste Mental al cáncer de Watson. En los resultados se encontró que la correlación entre las variables resiliencia y estrategias de afrontamiento eran moderadas y bajas ( $r=.19$ ); el estilo de ajuste mental más frecuente fue Espíritu de Lucha y el grado de resiliencia de las participantes equivalían a un nivel medio alto (52%), caracterizándose de tener autoconfianza y perseverancia.

Torres (2018), en su investigación titulada “Resiliencia y ajuste mental en mujeres con cáncer y quimioterapia del instituto nacional de enfermedades neoplásicas”,

tuvo como objetivo establecer la relación entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer, su muestra estuvo conformada por 135 mujeres con edades entre 30 a 70 años. Los instrumentos utilizados fueron Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptado por Del Águila (2003) y la Escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson et al. (1988), adaptado por Trigos (2009). Los resultados mostraron que las pacientes se caracterizaron por tener niveles altos de resiliencia y tendencias de respuesta semejantes a los cuatro estilos de ajuste mental. Además, ambos constructos obtuvieron una correlación estadísticamente significativa ( $r=.32$ ), además se ha registrado que la variable Resiliencia tiene una relación positiva con Espíritu de Lucha y con Fatalismo/Aceptación estoica ( $r=.27$ ); mientras que con Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa la relación es negativa o inversa ( $r= -.15$ ).

## 2.2. Marco teórico

### **Cáncer**

#### **Definición y descripción**

El cáncer aparece debido a una multiplicación rápida e incontrolable de células anormales las cuales se extienden a otras partes del cuerpo o se propagan a otros órganos; a este proceso se le conoce como metástasis.

Según la American Cancer Society (2015), cuando se altera el ADN de una célula normal, esta repara la alteración o muere; pero cuando el ADN es alterado en las células cancerosas, este no se repara y la célula no muere como debería, en vez de esto, la célula empieza a producir cada vez más de estas células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN alterado que tuvo la primera célula anormal.

Según el Ministerio de Salud (MINS, 2010), el cáncer es una de las patologías más temidas por la sociedad, puesto que tiene un carácter impredecible referente a su aparición y desarrollo. Además, pese a los adelantos de la ciencia, la mortalidad por cáncer continúa incrementándose, llegando a ser la primera causa de muerte en nuestro país. Esto lleva a que el solo elaborado hecho de pensar en el cáncer

nos remita a una secuencia de miedos y sensaciones intensas en la relación con el dolor y el deceso.

El Instituto Nacional del Cáncer (2015), señala al cáncer como el término que explica las patologías en las que hay células anómalas que se multiplican sin control e irrumpen los tejidos cercanos. Hay diversos tipos de cánceres como el carcinoma, sarcoma, la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple. El cáncer empieza en cualquier parte del cuerpo, debido a que el proceso en el que las células nuevas reemplazan a las viejas se descontrola, se crean nuevas células cuando no son necesarias y las dañadas o viejas sobreviven cuando deberían morir. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. Los tumores cancerosos son malignos, lo cual supone que tienen la posibilidad de alargarse a los tejidos cercanos, así mismo, al crecer dichos tumores, varias células cancerosas tienen la posibilidad de desprenderse y desplazarse a sitios distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y conformar nuevos tumores lejos del tumor original, en algunos casos si estos tumores son extirpados vuelven a crecer.

De acuerdo con la OMS (2018), el cáncer es un proceso de aumento y diseminación incontroladas de las células. El tumor frecuente irrumpe el tejido circundante y puede ocasionar metástasis en puntos de vista distantes del organismo. Diferentes tipos de cáncer se pueden prevenir evitando la exposición a componentes de peligros usuales como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

Nuestro organismo está constituido por unidades funcionales muy pequeñas que llamamos células, estas son necesarias para el correcto funcionamiento de diversos sistemas del cuerpo humano. Todas las células presentes en nuestro organismo se hallan perfectamente coordinadas, a la vez que se interrelacionan entre sí. La capacidad de división, y consecuentemente de multiplicación, es muy diversa entre los distintos tipos celulares. Cuando los procesos reguladores de la tasa de división celular se alteran, una determinada célula pierde el control de multiplicación y

empieza a dividirse de manera incontrolada y generalmente muy rápida. En tal caso, dicha célula transmitirá a su progenie la misma capacidad incontrolada de división, por lo que en el tejido donde se halle ubicada dicha célula aparecerá una masa celular que crecerá a una velocidad distinta a la del resto de las células presentes en el mismo. Cuando este proceso tiene lugar, hablamos del crecimiento anómalo o tumoral, que en algunos casos dará lugar a la aparición del cáncer. (Argilés & López, 1998).

Así mismo el cáncer es una patología que implica gran complejidad, puesto que tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la etapa de presentación, ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende (Oliveros et al., 2010).

El cáncer está determinado dentro de las patologías crónicas, como aparece en el CIE-10; por lo tanto, desde la psicológica se debe proporcionar un manejo adecuado para garantizar y aportar en la adaptación psicosocial a la enfermedad ya que las consecuencias y tratamientos implican un cambio sustancial en el estilo de vida, comprometiendo las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en la vida (Oliveros et al., 2010).

El cáncer es una enfermedad universal que afecta a todos los seres humanos sin tener en cuenta la edad, el sexo, la raza ni el estado socioeconómico, cultural o geográfico. Sin embargo, se observan diferencias con respecto a la evolución y la gravedad de determinados tipos de tumores que se ven influenciados directamente por estas características. Es considerada la segunda causa de muerte en los países desarrollados, tanto en adultos como en niños. Además, se han identificado más de 150 tipos de cáncer diferentes y en todos ellos las células cancerosas presentan alteraciones morfológicas y bioquímicas respecto a las células normales (Pfeifer, 1999).

El cáncer es una enfermedad que, como se ha constatado, ya existía hace miles de años, y aun hoy, en el siglo XXI, suscita temor entre la población a nivel mundial.

Y es que, con el paso de los años, se ha ido posicionando como la enfermedad más frecuente de la era moderna, contando con una mortalidad muy alta (Palacios & Castaño, 2013).

Ya Hipócrates (460-370 A.C.), prestigioso símbolo de la medicina y la profesión médica en la historia hacía referencia a enfermedades y tumores de piel, estomago, cérvix, mama y recto, siendo él quien estableció el término de “carcinoma” y el de “metástasis” (Camps, Sánchez & Sierra, 2006).

El término cáncer proviene de la palabra griega “Karkinos”, equivalente al término latino cáncer, cuyo significado es cangrejo. De acuerdo con Galeno, procede del parecido entre las venas hinchadas de un tumor exterior, y las patas de un cangrejo, y no como se cree a menudo porque la enfermedad metastásica se arrastre y desplace como un cangrejo de río. El cangrejo es un animal que se adhiere, caminando lentamente de un lado a otro de manera silenciosa y, aún en el siglo XXI, continúa siendo un símbolo de representaciones sociales (Palacios y Castaño, 2013). Son numerosas las definiciones que han ido aportando los diferentes autores sobre el cáncer. Una de las primeras, y más acertadas, es la de Ewing (1931), quien definía un tumor como un nuevo crecimiento autónomo de tejido.

## **Epidemiología**

La incidencia y la prevalencia del cáncer van aumentando de forma constante, es por lo que hoy en día esta enfermedad afecta a una parte importante de la población. Se calcula que una de cada tres personas, en los países industrializados, padecerá de algún tipo de cáncer a lo largo de su vida. En nuestro país la situación es similar, debido a que el cáncer se establece como la segunda causa de muerte, seguida de las enfermedades cardiovasculares. A pesar de los avances que se van experimentando en los últimos años, el cáncer sigue siendo una de las enfermedades más temida, así mismo es considerada una enfermedad incurable, la cual se asocia a la desfiguración, daño y muerte.

El cáncer es una de las principales causas de muerte, según la OMS (2017), a nivel mundial se ubica en el segundo lugar, como una de las enfermedades más

peligrosas en el mundo. Siendo la segunda causa de muerte en los países desarrollados y entre las tres principales causa muerte en los adultos en los países en vía de desarrollo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2018), el cáncer causó 1,3 millones de muertes, y 3,7 millones de nuevos casos. Se estima que el número de casos de cáncer aumentará un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030, debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe. Alrededor del 40% de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física. Los programas de vacunación y tamizaje son intervenciones efectivas para prevenir determinados tipos de cáncer susceptibles de prevención primaria y secundaria. Alrededor del 30% de los casos de cáncer pueden curarse si se detectan temprano y se tratan adecuadamente. Todos los pacientes de cáncer pueden beneficiarse del tratamiento paliativo.

Los cinco tipos de cáncer que son la causa de un mayor número de muertes son: pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario.

En el Perú, según el Análisis de la Situación de la Salud Nacional (ASIS, 2017) precisa que, entre 2015 y 2016, la tasa de mortalidad general en el Perú disminuyó de 7.1 personas a 5.7 por cada 1000 habitantes. Cuando se analiza por género, las mujeres y hombres comparten 12 de las primeras 15 causas de muerte. En el caso de las mujeres son el cáncer de útero, de mama, además de las enfermedades del sistema urinario; mientras que son particulares en los hombres los accidentes de transporte terrestre, el cáncer de próstata y la tuberculosis.

De acuerdo con información proporcionada por Willy Ramos, del CDC-Minsa, quien estuvo a cargo de presentar el Análisis de Situación de Salud del Cáncer en el Perú (ASIS Cáncer), en el Perú se presentaron 66,627 casos nuevos de cáncer en el 2018 y la mortandad se encuentra alrededor del 50%, similar al promedio global.

## **Causas**

Al hablar de causas del cáncer se hace referencia a factores genéticos y factores de riesgo. Según Amigo (2017), en su libro Manual de psicología de la salud, presenta la siguiente información acerca de estos factores:

**Factores hereditarios:** Se calcula que menos del 20% de los cánceres son de causa hereditaria. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias entre ellos se encuentran el cáncer de mama y colon.

**Sustancias químicas:** es sabido que algunos productos químicos industriales pueden tener un efecto nocivo sobre la salud, que se manifiesta con el paso del tiempo. La contaminación de las grandes ciudades por los compuestos de azufre que se desprenden de los medios de transporte y de las chimeneas puede incrementar el riesgo de muerte prematura por cáncer de pulmón.

**Sexualidad.** El comportamiento sexual parece estrechamente ligado al cáncer de útero, ya que éste tiene su origen, en un porcentaje muy importante de los casos, en una infección de tipo vírico cuyo desencadenante es el papilomavirus.

**Tabaco:** la relación tabaco-cáncer de pulmón parece particularmente estrecha. Se calcula que más de un 80 por 100 de este tipo de neoplasias se puede atribuir al hábito de fumar y que el riesgo de padecer cáncer de pulmón entre los fumadores es diez veces mayor que entre los no fumadores. Además, el tabaco también incrementa la probabilidad de sufrir cáncer de boca, laringe, páncreas y vejiga.

**Rayos UVA.** En la actualidad, este tipo de cáncer-cuya prevalencia en los últimos 50 años se ha incrementado en un 500 por 100 – se observa en aquellas personas que abusan de los baños de sol o lámparas de cuarzo y, así, se calcula que esta forma de culto al sol causa en Estados Unidos 400.000 nuevos casos de cáncer anualmente.

**Alcohol.** El alcohol ingerido en exceso tiene un potencial efecto cancerígeno que aumenta el riesgo de neoplasias en la boca, laringe, esófago e hígado. En este sentido, en aquellas regiones en las que el consumo es más elevado, la prevalencia de este tipo de cánceres es hasta cuatro veces mayor (Daufi, 1987)

**Dieta.** Una alimentación rica en grasas y proteínas y escasa en fibra, característica de los países desarrollados, condiciona la aparición de uno de los cánceres más comunes, el de colon. De ahí la necesidad de modificar el consumo de nutrientes antes citados.

**Variables de personalidad.** La idea de que determinados perfiles de personalidad estaban relacionados con el desarrollo del cáncer fue recogida por Galeno, quien afirmaba que las mujeres melancólicas eran más propensas a padecer cáncer que las mujeres que se mostraban activas y seguras de sí mismas (LeShan y Worthington, 1956). Desde entonces han sido muchos los autores que han postulado la relación entre el cáncer y distintos tipos psicológicos.

**Estrés.** Entre todos los factores psicológicos sospechosos de ejercer influencia en el desarrollo del cáncer, el estrés es el de mayor influencia, es el que tiene mayor probabilidad de producir cáncer por su demostrado efecto sobre el sistema inmunológico.

En este sentido, estudios con humanos han demostrado que las personas que sufren una mayor frecuencia de acontecimientos vitales estresantes (por ejemplo, pérdidas afectivas, ausencia de apoyo social, etc.) tienen una mayor probabilidad de padecer distintos tipos de enfermedades, incluido el cáncer. No obstante, tal y como se ha descrito, se ha de tener en cuenta que la mayor parte de esos resultados provienen de investigaciones retrospectivas y son menos los estudios prospectivos realizados que confirman esta visión.

No todos los tipos de estrés se han relacionado por igual con los procesos cancerígenos.

### **Consecuencias Psicológicas**

En la literatura se han reportado diversos correlatos psicológicos; entre los más estudiados encontramos los trastornos adaptativos, ansiedad, depresión, delirium.

#### **Trastorno adaptativo**

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 el trastorno adaptativo es otro de las afecciones que frecuentemente se manifiestan en los pacientes con cáncer, puesto que se siente sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Este se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios en la conducta), en respuesta a un factor estresante externo identificable (pérdida de empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas económicos, laborales, sociales, familiares, etc.). Es bien sabido que las reacciones agudas al stress se resolverán sin medicación: sin embargo, es fundamental no descartar la necesidad de tratamiento psicofarmacológico.

### **Ansiedad**

La ansiedad aparece cuando la capacidad de tolerar los estresantes de la vida supera nuestros recursos, provocando una respuesta desproporcionada a la que sería de esperar en condiciones normales. La ansiedad presenta síntomas físicos (se acelera el corazón, aumenta el pulso, sudan las manos, siente opresión en el pecho, etc.) y psicológicos.

En el caso de pacientes con cáncer, casi el 50% de ellos tienen ansiedad.

La ansiedad es un síntoma que se presenta en los pacientes al realizarse pruebas de detección, al esperar el diagnóstico, por reaparición del tumor, al presentar dolor, limitaciones funcionales, carencia de apoyo social, y el avance de la enfermedad, algunas afecciones e intervenciones médicas, incluyendo la diseminación del cáncer, o al recibir tratamientos con antiinflamatorios y otros medicamentos, la ansiedad puede aumentar el dolor y vomito. En pacientes con enfermedad avanzada es frecuente que sufra ansiedad por el dolor incontrolable, el aislamiento, el desamparo o la dependencia, si la causa no es el temor a la muerte.

### **Depresión**

El manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV-TR), considera a la depresión como la presencia de estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en todas las actividades por un periodo de al menos dos semanas, para realizar el diagnóstico de este trastorno, la persona debe presentar 4 síntomas cognitivos y

somáticos adicionales. Además de los síntomas mencionados, las personas deben presentar otros como son: la pérdida de peso, apetito, alteraciones en el sueño, agitación o retardo psicomotor observable, fatiga, culpa inapropiada, pobre concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Los pacientes con cáncer son más vulnerables a la depresión, porque su organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas provocadas por su enfermedad, además, el tratamiento tiende a ser debilitante, lo que modifica a las respuestas inmunitarias y al dolor

Si el equipo médico detecta una posible depresión en el paciente con cáncer se precisa la derivación a un especialista de salud mental para su valoración diagnóstica y posible tratamiento psicológico.

### **Delirium**

El delirium se define como una alteración transitoria del estado mental, caracterizada por la presencia de diferentes manifestantes clínicas, principalmente alteración del nivel de conciencia y atención, junto con otras alteraciones de esfera cognitiva.

Entre los tipos de cánceres que pueden provocar delirium están: el más frecuente es el cáncer pulmonar de células pequeñas y los menos frecuentes las neoplasias del timo, mama, testículo, ovario, colon, así como la enfermedad de Hodgkin. En la mayoría de los casos, las estructuras límbicas muestran pérdida neuronal, con infiltrados linfocitarios; distribución típicamente perivascular.

Estos cambios suelen ser más frecuentes en el lóbulo temporal medial, afectando sobre todo el hipocampo y a la amígdala, como consecuencia de una agresión autoinmunitaria a estos tejidos.

En varias ocasiones, los psicofármacos son causa de delirio, en particular los pacientes de cáncer avanzado, la identificación de las causas de delirio constituye el principio esencial para su tratamiento y para aumentar la eficacia terapéutica, es necesario involucrar a la familia del paciente durante el proceso de abordaje; desde

la información acerca del significado del delirium y sus implicaciones pronosticas, hasta el apoyo de los sentimientos de desesperanza que puedan presentarse.

### **Atención psicológica al enfermo con cáncer**

Al hablar de atención al enfermo se plantea diferentes retos psicosociales debido a que cada grupo de personas enfrentan situaciones complejas que son personales, médicas y terapéuticas, las cuales los hacen susceptibles al desarrollo de problemas psicológicos o complicaciones psiquiátricas. Estos problemas deben ser contemplados por los especialistas de medicina y psicología, los cuales han de mantener un diálogo permanente para que de esta manera generen un buen cuidado al paciente.

Por otro lado, se realizarán cambios en la atención a la autonomía, aspectos personales y sociales de los pacientes, y modificarán las formas de relación médico – paciente, porque cada día se valora más el papel que desempeñan los factores psicosociales en la génesis y desarrollo del cáncer.

En los últimos veinte años todos estos factores han favorecido en el desarrollo de la psicooncología como campo interdisciplinario, que se ocupa de los aspectos sociales, conductuales, psiquiátricos y psicológicos del cáncer desde dos perspectivas: una de ellas es estudiando la influencia de estos aspectos en la morbilidad y mortalidad a través de los estilos de vida, y valorando las respuestas psicosociales que se producen en las distintas fases de la enfermedad; y la otra es la intervención que se realiza para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Cruzado y Labrador (2000) señalan que el interés que se viene prestando a esta área se debe a los siguientes factores:

1. La causa de la aparición de la se determina en un 80% por llevar un estilo de vida o hábitos no saludables, tales como el tabaquismo o la alimentación (Heller, et al. 1992; American Cancer Society, 1994). Bayés (1990), señala que la adopción de estilos saludables y el control de los hábitos de riesgo de

vida puede salvar a muchas más personas de esta enfermedad que todos los procedimientos de quimioterapia.

2. Es determinante para la supervivencia del sujeto que la detección temprana de determinados tipos de cáncer, como el de próstata, mama o cérvix. (Miller, et al. 1996; Galdón, 1998).
3. En psiconeuroinmunología se han realizado avances experimentados a través de los cuales se han revelado que el estrés y las emociones pueden contribuir al pronóstico de la enfermedad y a la supervivencia de los pacientes diagnósticos con cáncer. (Cooper, 1991; Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994).
4. Es de gran necesidad mantener informado correctamente al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, para la toma de decisiones. (Dura, 1990; Ibañez, 1998).
5. Es necesario que se realice procedimientos de evaluación de la calidad de vida de los pacientes para la orientación y toma de decisiones. Estos procedimientos abarcarán la evaluación del estado psicológico, además de la imagen corporal, la repercusión social, las disfunciones sexuales y síntomas físicos del paciente. (Barofski y Sugarbaker, 1990; Fallowied, 1990)

### **Repercusiones psicológicas en el paciente diagnosticado de cáncer**

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer, se le presentan una serie de percepciones, expectativas y fantasías de carácter negativo que se encuentran asociadas a la idea de incapacidad, muerte, deformidad, interrupción biográfica; en definitiva, de miedos, tal y como ha señalado Holland.

Esta autora habla de las seis “D”, de los seis miedos universales que presenta el paciente diagnosticado con cáncer.

- Death (muerte)
- Dependency (dependencia)

- Disfigurement (deformidad)
- Disability (incapacidad)
- Disruption of interpersonal relationships (alteración de las relaciones interpersonales)
- Discomfort (dolor)

Holland añadió una séptima “D”, la de desvinculación del entorno (disengagement).

Holland (1998), distinguió una serie de factores que determinan la respuesta psicológica al cáncer, lo cual dividió en tres grupos: el primero, incluye a los factores relaciones con la enfermedad; el segundo, las relaciones con el enfermo y el tercero, las relaciones con el marco social y cultural del paciente.

- Relacionados con la enfermedad:
  - Tipo de cáncer, localización, estadio, síntomas, pronóstico.
  - Tratamiento prescrito y secuelas.
  - Alteraciones físicas o funcionales: posibilidad de rehabilitación.
  - Apoyo y conocimiento psicológico del equipo asistencial.
- Relacionados con el enfermo:
  - Aspectos intrapersonales:
    - Personalidad.
    - Mecanismos de afrontamiento.
    - Madurez emocional en el momento de diagnóstico.
    - Creencias religiosas.
  - Aspectos interpersonales: cónyuge, familia, amigos (apoyo social)
- Relacionados con el marco social:
  - Comunicación del diagnóstico frente al silencio y secretismo anterior.

- Conocimiento de las opciones terapéuticas, pronóstico y participación en las decisiones.
- Creencias populares.

En el primer factor se averigua cual es el tipo de cáncer que se va a tratar; donde se encuentra localizado, como está evolucionando, que tipo de abordaje terapéutico se utilizará y cuáles serían las posibles complicaciones que tendría, todo esto va a determinar un pronóstico distinto y diversas formas de cómo se puede abordar la enfermedad, tanto por parte del paciente como por la del personal que está bajo el cuidado de este.

Se incluye el nivel de adaptación del paciente frente a situaciones de estrés, debido a que esto va a constituir un antecedente importante así se podrá valorar como el paciente va a responder ante un diagnóstico de cáncer.

En cuanto a la proyección biográfica del paciente la amenaza de esta enfermedad guarda una relación estrecha con las condiciones sociodemográficas en las que este se encuentra sumergido. La enfermedad no afecta de la misma forma a una persona mayor que a una persona joven, en cuanto a las expectativas de vida, es distinta en uno y otro caso.

Es muy importante el apoyo social que tenga el paciente porque esto va a constituir una forma de ayuda para poder enfrentarse a la situación de estrés que representa dicha enfermedad.

Una de las actitudes con las que el paciente se enfrenta al cáncer va a depender de la cultura y las creencias religiosas que tenga acerca de la muerte y la trascendencia.

Asimismo, van a influir las condiciones socioeconómicas con las cuales el paciente va a enfrentar la enfermedad, es así como cuando el paciente se encuentra con una economía baja debido a la aparición de la enfermedad no ayuda a que luche, al contrario, debilita los esfuerzos para afrontar el cáncer.

Por último, una importante estrategia de afrontamiento que utilizan los pacientes son los factores de personalidad los cuales serán determinantes para establecer el grado de la lucha contra la enfermedad y sus consecuencias.

### **Fases y respuestas psicológicas**

El cáncer desarrolla en una serie de fases durante las cuales se pone en marcha los mecanismos de los que dispone el paciente para enfrentar las diversas situaciones que le van a generar estrés y el mismo que se derivará de la vivencia de la enfermedad. Siguiendo a Fawzy (1996), las fases serían las siguientes:

- **Prediagnóstico:** durante esta fase se va a someter al paciente a distintas pruebas diagnósticas, las cuales en su mayoría de casos desencadenan sentimientos como los de incertidumbre y preocupación, y producen respuestas desadaptativas como hipervigilancia, preocupación excesiva, hipocondría y alteraciones del sueño.
- **Diagnóstico:** en esta fase se produce un fuerte impacto emocional en la mayoría de las ocasiones y como consecuencia aparecen reacciones no adaptativas como la negación, el rechazo fatalista, la depresión o la hostilidad.
- **Tratamiento:** durante este periodo se presentan miedos en función de la terapia empleada. Como por ejemplo el miedo a la intervención quirúrgica, al posible cambio en la imagen corporal producido por cirugías agresivas y el miedo a los efectos secundarios que producen los fármacos quimioterapéuticos, tales como los vómitos o la caída del cabello, predisponen a que el paciente pueda experimentar diversos síntomas psicopatológicos, como reacciones de ansiedad, cuadros depresivos o reacciones de rechazo al tratamiento, o a la efectividad de este.
- **Postratamiento:** el paciente en esta fase logra expresar los miedos que tenga y los manifiesta a través de una exagerada autoobservación o creándose expectativas con una gran carga de ansiedad o depresión.

- **Recidiva:** durante esta fase aparecerán nuevos síntomas, que pondrán de manifiesto la reanudación del proceso, esto va a desencadenar un nuevo ciclo adaptativo, unas primeras fases serán la de negación inicial, seguida por la de rabia y hostilidad y, por último, de ansiedad o depresión. La característica principal de esta fase es que los pacientes experimentan mayores dificultades al enfrentar de nuevo la enfermedad y, como consecuencia, hay una mayor probabilidad de que fracasen los mecanismos de adaptación, es por esto que los pacientes pueden presentar cuadros depresivos o de ansiedad.
- **Progresión:** en esta fase los cuadros depresivos son frecuentes, debido a que conforme la enfermedad avanza, el paciente va en busca de nueva información, a confirmar el diagnóstico con otros especialistas e incluso recurrir a tratamientos alternativos.
- **Terminal – Paliativa:** el paciente toma conciencia de la enfermedad que tiene y lo imposible que es detener el proceso cuando está muy avanzada. Algunos reaccionan haciendo un duelo personal; también experimentan el miedo al dolor y al posible abandono de los demás e incluso su propia muerte.

### **Factores psicosociales y cáncer**

Galeno, afirmaba que las mujeres melancólicas padecían con más frecuencia de cáncer de mama. A lo largo de la historia de la medicina las contribuciones de diversos autores ponen en evidencia esta preocupación por tener en cuenta distintos factores, a la hora de explicar su posible influencia en el riesgo y la supervivencia del cáncer.

Durante los años 1790 a 1870, autores como Paget, Snow y Parker mencionaron que la aparición del cáncer se relacionaba con los efectos que producían las pérdidas, abandonos, preocupaciones, la aflicción o la melancolía prolongada. L. Evans, en los años veinte del siglo pasado, estudio a 100 pacientes enfermos de cáncer y encontró en ellos situaciones la carencia de afecto en sus relaciones interpersonales. Greene y Swisher (1969) estudiaron la leucemia en gemelos

monocigóticos, y Bahnson demostró que los pacientes con cáncer tenían unas relaciones con los padres de contenido trágico, con conflictos o sentimientos ambivalentes. Kissen, en 1962, describió a los pacientes que padecen de la enfermedad como personas con dificultades en la expresión de emociones y que, cuando las expresaban, lo hacían de forma estereotipada. Coppen y Eysenk (1979) encontraban que los pacientes se muestran más extrovertidos como forma de reacción o enfado por admitir sus conflictos interiores. Bahnson aludía a la presencia de mecanismos de defensa de represión y negación, y Weisman (1976) observaba que los pacientes más optimistas afrontaban mejor el diagnóstico de cáncer.

Algunos de los factores son:

#### Personalidad

Según Temoshock (1981), describe a la personalidad tipo C. como cooperadora, condescendiente, amoldable, minuciosa y laboriosa, que evita el conflicto y busca la armonía, protectora, incapaz de expresar emociones negativas y que utiliza de forma frecuente estrategias de afrontamiento tales como el desamparo y desesperanza, la inhibición, negación, represión emocional y la autoagresividad.

También se verá la influencia de la personalidad de tipo C., al igual que los mecanismos de afrontamiento y el reflejo de los factores de personalidad implicados en la respuesta del sujeto que va a desarrollar para enfrentar la enfermedad. Greer constata una mayor supervivencia entre los pacientes con cáncer de mama que mostraban un espíritu de lucha contra la enfermedad, frente a aquellas que reaccionaban con estoicismo, aceptación, desesperanza o impotencia.

#### Sucesos vitales estresantes

Dentro de la valoración que realiza el sujeto el análisis de los factores situacionales ha demostrado ser de suma importancia señalando las situaciones estresantes o incómodas para el paciente. Entre estos factores se encuentran el nivel de inquietud acerca de la ocurrencia de un acontecimiento, los factores temporales, como la inminencia del acontecimiento y su duración, el grado de ambigüedad, el potencial estresante inherente, o la cronología respecto del ciclo vital de esa persona. En

conclusión, se puede decir que los acontecimientos negativos producen más estrés que los positivos, los ambiguos más que los definidos, incontrolables más que los predecibles y los inmutables más que los que se pueden cambiar.

### Apoyo Social

Diferentes estudios consideran que la red de apoyo social es de suma importancia para la persona cuando esta se enfrenta a la enfermedad. Si el paciente tiene una buena estructura de redes sociales esto generará que tenga relaciones positivas con el bienestar y la salud, y todo va a constituir como un buen amortiguador del estrés. Wortman (1984) señala que las relaciones sociales del individuo se van a repercutir negativamente debido a su enfermedad, creando así que el paciente se aislé de los demás, no sea muy comunicativo y, vaya perdiendo el apoyo económico, social y emocional con el que contaba. Estas situaciones se producen, en parte, por la repercusión que el cáncer tiene en las personas próximas al enfermo, pues estas se preocupan más de protegerse a sí mismas de sus respuestas emocionales, que de atender al enfermo (Cwikel e Israel, 1987).

### **Ajuste mental al cáncer**

Brennan (2001) menciona que al principio se definía al ajuste como la ausencia de morbilidad psicológica; sin embargo, conforme iban avanzando los estudios y los experimentos acerca del tema, se logró definir el ajuste al cáncer como una serie de procesos psicológicos que se dan a partir de la enfermedad y su tratamiento, durante este tiempo el individuo manejar y se adapta a los múltiples cambios que llegan a su vida.

Soriano (2002) señala que el concepto de ajuste mental hace referencia a un sentido amplio y comprehensivo de objetivos psicológicos y conductuales que se van a producir durante la enfermedad, los cuales van a incluir la reacción de ajuste, la integración de demandas cambiantes del paciente y reacomodos interpersonales que conlleva la misma. Se trabajaron con distintos estudios bajo los constructos de ajuste psicosocial, ajuste mental o ajuste psicológico. El constructo que más resalta es el del ajuste mental al cáncer debido a que su uso se ha demostrado en

numerosas investigaciones y ha sido reconocido en diferentes textos teóricos sobre el tema (Alarcón, 2006; Holland, 1998; Holland y Rowland, 1990).

### **Teoría cognitiva del ajuste mental al cáncer**

La teoría de ajuste mental al cáncer pertenece a un modelo cognitivo a través del cual asumimos que lo que determina la conducta del sujeto es la interpretación que hace de la situación que está viviendo a través de un proceso evaluativo (Folkman y Greer, 2000; Moorey y Greer, 2002).

Entonces podemos definir el ajuste mental como las respuestas conductuales y cognitivas de los pacientes frente a su enfermedad, donde se tiene en cuenta la valoración de la enfermedad, así como también lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza o malestar que supone la enfermedad (Moorey y Greer, 2002; Watson, Greer, Inayat, Burgess y Robertson, 1988). Según los autores la valoración que el individuo le da a la enfermedad va a suponer el planteamiento de tres interrogantes que surgirán posteriores a las semanas y meses que se haya enterado del diagnóstico oncológico, las cuales serían: ¿cuán grande es la amenaza?, ¿qué se puede hacer al respecto?, y ¿cuál es el pronóstico?

De las respuestas a estas preguntas o de las reacciones emocionales, según la teoría, surgirán 5 posibles estilos de ajuste: Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza, Fatalismo/ Aceptación Estoica, Evitación/ Negación y Preocupación Ansiosa; se asume que de cada uno se desprenden estrategias de afrontamiento.

### **Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Greer (1989)**

Es un modelo basado en el proceso psicológico que desarrolla el individuo al evaluar el diagnóstico del cáncer como una amenaza para su vida, lo cual produce en él una serie de reacciones emocionales y comportamentales. Se considera en primer lugar la evaluación que el paciente haga del diagnóstico, los recursos de los que disponga para afrontar la enfermedad, y de su percepción de control de la

situación; para así poder desarrollar diversas estrategias que van a variar a lo largo de las diferentes etapas del proceso de enfermedad para de esta manera poder afrontar la misma.

Estos autores indican que, ante el diagnóstico, el paciente tendrá que evaluar y responder a tres preguntas: ¿Hasta qué punto el diagnóstico es una amenaza?, ¿Qué puedo hacer? ¿Puedo ejercer algún control? y por último ¿Cuál es el pronóstico y hasta qué punto es seguro?

Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman se encontró que la primera cuestión va a corresponder a la evaluación primaria y las que siguen a la secundaria, diferenciándose las expectativas de eficacia de las de resultado.

Las tres preguntas forman parte de la “triada cognitiva del cáncer” a través de estas el paciente refleja la visión de su diagnóstico, lo que percibe y el pronóstico; también va a constituir el “esquema cognitivo de supervivencia” al procesar la información relevante relacionada con la enfermedad. Indefensión aprendida o desesperanza: el paciente está hundido por el diagnóstico de cáncer, al tener esta actitud puede llegar a afectar otros ámbitos de su vida.

### **Evolución de la investigación con el modelo de Greer**

En los años ochenta, este modelo generó un volumen de investigación importante, dando más significación a los estilos de afrontamiento, los cuales ayudan a surgir a los pacientes que reaccionan con mayor espíritu de lucha, quienes son los que tienen más ganas de vivir y mayor control percibido frente a su enfermedad, junto con los que reaccionan empleando la negación, tienen mejor pronóstico que aquellos otros que reaccionan con desamparo y desesperanza o aceptan estoicamente la enfermedad. También se destaca el papel protector de la expresión emocional y del apoyo social percibido (Greer et al., 1979; Greer y Haybittle 1995). El ajuste total a la enfermedad está en relación con diversas variables como son las de estado de ánimo, ansiedad/depresión malestar psicológico, estilos de afrontamiento o control percibido. Watson et al. (1991) realizaron un estudio con una muestra de 359 mujeres con cáncer de mama en estadio I y II, evaluada al mes

y a los tres meses del diagnóstico, encontraron que hay relaciones entre las respuestas de ajuste, el control emocional, la ansiedad y la depresión. El control de la expresión emocional, depresión y ansiedad correlacionaron negativamente con el espíritu de lucha y positivamente con la preocupación ansiosa, el fatalismo y el desamparo o desesperanza.

A partir de los noventa, se encuentra que el factor de espíritu de lucha y la evitación correlacionan con menor malestar psicológico (Watson y Ramírez, 1991), buen pronóstico en la enfermedad y supervivencia más duradera. Estos autores apoyan la hipótesis de que los estilos de afrontamiento pasivos -fatalismo, preocupación ansiosa, desesperanza/indefensión, están asociados con peor pronóstico en la evolución de la enfermedad y mayor malestar psicológico (Greer et al. 1990; Nordin y Glimelius, 1997). Incluso aparecen resultados similares en otros estudios realizados con pacientes de SIDA, donde el factor de aceptación estoica se relacionó con menos tiempo de supervivencia (Reed, et al., 1994).

Brennan (2001) hace una revisión de dicho constructo y refiere que, en un inicio, el ajuste era definido como la ausencia de morbilidad psicológica o el retorno al funcionamiento premórbido; sin embargo, conforme se ha ido estudiando más sobre el tema, el ajuste al cáncer está siendo reconocido como una serie de procesos psicológicos que ocurren durante el tiempo que el individuo maneja y se adapta a los múltiples cambios que surgen a partir de la enfermedad y su tratamiento.

De acuerdo con Soriano (2002) este concepto se refiere a un sentido amplio y comprehensivo de objetivos psicológicos y conductuales en el proceso de salud que incluye la reacción de ajuste a la misma enfermedad, la integración de demandas cambiantes del paciente y reacomodos interpersonales que conlleva la misma. Estos aspectos han sido abarcados en distintas investigaciones bajo los constructos de ajuste psicosocial, o ajuste psicológico. Dentro de estos constructos, destaca el de ajuste mental al cáncer puesto que su utilidad ha sido demostrada en numerosas investigaciones y reconocida en diferentes textos teóricos sobre el tema.

Los estilos de ajuste mental al cáncer planteados por Moorey y Greer (1988, como se citó en Soriano, 2002) son los siguientes:

- **Espíritu de Lucha:** se caracteriza por brindar respuestas de aceptación al diagnóstico, demostrando una actitud optimista, dispuesto a enfrentar a la enfermedad, participando activamente en las decisiones sobre su tratamiento (Soriano, 2002). Además, Trigos (2012), refiere que estos pacientes se encuentran orientados a cambiar sus hábitos y mejorar la calidad de vida.
- **Fatalismo/Aceptación estoica:** ante este estilo, el paciente percibe a su diagnóstico como una amenaza; no obstante, tiende a resignarse que ha mostrar angustia. Demuestra una actitud pasiva y poca iniciativa al tomar decisiones sobre su enfermedad (Trigos, 2012). Generalmente, los pacientes con este estilo suelen dejar el control en manos de Dios, la suerte o al médico, confiando en ellos como responsables de su situación y capaces de sobrellevarlo; mientras que ellos señalan “pasara lo que tenga que pasar” (Ibáñez y Romero, 2000).
- **Preocupación ansiosa:** se caracteriza por considerar el diagnóstico como una gran amenaza, manifestando ansiedad al tomar decisiones sobre su tratamiento como incertidumbre por su pronóstico, conllevando a una respuesta emocional de ansiedad (Trigos, 2009). En este caso, el paciente suele disminuir su angustia, mediante la búsqueda exhaustiva de información, consultando a diversos médicos y pacientes; no obstante, suele darles más importancia a los aspectos negativos o aquellos que confirmen sus temores como el sufrimiento y dolor. Por otro lado, al optar por una preocupación excesiva, estas personas tienen a identificar con mayor facilidad síntomas físicos o malestares que comunicarían una posible recaída (Ibáñez y Romero, 2000).
- **Desamparo/desesperanza:** en este caso, se concibe al diagnóstico como pérdida, en la que el individuo no tiene control de la enfermedad; presentando una actitud pesimista sobre su pronóstico, produciendo una respuesta emocional depresiva (Trigos, 2012). Además, Trigos (2009), refiere que los

pacientes tienden a afrontar la enfermedad con una actitud de rendición, careciendo de estrategias activas para resolver el problema; así mismo, perciben que “no pueden hacer nada” (desesperanza) y que “nadie puede ayudar” (desamparo). Generalmente, estos pacientes presentan dificultad para adherirse al tratamiento, ya sea por su pobre autoestima o porque delegan la responsabilidad de su tratamiento a otros.

### **Ajuste mental en hombres y mujeres**

Ser hombre o mujer es una variable humana básica fundamental que afecta a la salud y a la enfermedad a lo largo del ciclo vital (Wizemann y Pardue, 2001). Los hombres y las mujeres no solo difieren en cuanto a sus cuerpos y sus órganos reproductores, sino también en la forma en la que piensan, sienten y se comportan. A las diferencias físicas nos referimos como sexo, y están influenciadas por los genes y la biología. A las diferencias psicológicas nos referimos como género, y en él juegan un rol significativo los factores psicosociales, ambientales y culturales. Los investigadores están intentando desengranar las complejas interacciones entre el sexo y el género, no estando aún del todo claros los roles que juegan la naturaleza y la crianza sobre ellas (Kiss y Meryn, 2001).

En el caso del cáncer es evidente que algunos tipos de cáncer son exclusivos del varón (por ejemplo, el cáncer de próstata) o de la mujer (por ejemplo, el cáncer de ovario). En otros tipos de cáncer, sin embargo, la predominancia que ha sido específica de un género, actualmente está sufriendo cambios significativos (por ejemplo, el cáncer de pulmón). Las diferencias en los aspectos psicosociales de diferentes tipos de cáncer en hombres y mujeres están basadas fundamentalmente en variables de género. Sin embargo, la forma concreta en la que influye el género en la adaptación al cáncer no está del todo definida (Kiss y Meryn, 2001), y desde luego, muy poco estudiada. Las diferencias de género no solo son evidentes en el impacto físico del cáncer sino también en la calidad de vida, en las diferencias psicosociales, en los

estilos de afrontamiento y en la adaptación de las parejas de los pacientes al proceso de enfermedad.

### **2.3. Marco conceptual**

#### **Ajuste mental al cáncer**

Según Sierralta (2015), al hablar de ajuste mental al cáncer hacemos referencia al a la adaptación que tiene el individuo frente a su enfermedad. Así mismo del significado que la persona le da al cáncer y las respuestas que genera, a partir de dichos significados, a nivel cognitivo, emocional y conductual. Todo esto también revela una determinada manera de afrontar la situación actual en la que se encuentran, formándose así cinco estilos de ajuste mental al cáncer (Moorey y Greer, 1989).

## CAPITULO III

### RESULTADOS

La enfermedad oncológica es una de las más temidas por el ser humano, ya que suele asociarse de manera directa con la muerte, además de poseer un carácter impredecible en cuanto a su aparición y desarrollo. Así, recibir el diagnóstico de cáncer, desestabiliza notablemente la vida del individuo, en este sentido a continuación se describen los principales hallazgos.

**Tabla 01**

*Nivel de ajuste mental en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.*

| Nivel | Masculino  |      | Femenino   |      |
|-------|------------|------|------------|------|
|       | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Bajo  | 0          | 0%   | 0          | 0%   |
| Medio | 53         | 54%  | 46         | 46%  |
| Alto  | 46         | 46%  | 55         | 54%  |
| Total | 99         | 100% | 101        | 100% |

*Nota: Resultados del instrumento Ajuste mental al Cáncer*

Se puede observar que el ajuste mental al cáncer, del total de pacientes de sexo masculino se encuentran por encima de los niveles medio y alto (54% y 46%) consecuencia a esto también se encontró que en los pacientes de sexo femenino los niveles comprenden entre medio y alto (46% y 54%), por consiguiente, se observa que los pacientes de sexo masculino tienen un mayor porcentaje en el nivel medio con 54%, mientras que el sexo femenino tiene un 46%, así mismo se observa que los pacientes de sexo femenino tienen un mayor porcentaje en el nivel alto con 54%, mientras que el sexo masculino tiene un 46%.

**Tabla 2**

*Nivel de Espiritu de lucha en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.*

| Nivel | Masculino  |      | Femenino   |      |
|-------|------------|------|------------|------|
|       | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Bajo  | 0          | 0%   | 0          | 0%   |
| Medio | 19         | 19%  | 12         | 12%  |
| Alto  | 80         | 81%  | 89         | 88%  |
| Total | 99         | 100% | 101        | 100% |

*Nota: Resultados del instrumento Ajuste mental al Cáncer*

Determinamos, según el análisis realizado a los pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, en la sub escala espíritu de lucha el nivel predominante es el nivel alto encontrándose un mayor porcentaje el sexo femenino con 88%, mientras que el sexo masculino obtuvo un 81%; en pocas proporciones están por el nivel medio, siendo mayor en el sexo masculino con 19% y menor en el sexo femenino con 12%, y bajo ambos obtuvieron 0%.

**Tabla 03**

*Nivel de Desamparo/Desesperanza en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.*

| Nivel | Masculino  |      | Femenino   |      |
|-------|------------|------|------------|------|
|       | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Bajo  | 2          | 2%   | 3          | 3%   |
| Medio | 88         | 89%  | 90         | 89%  |
| Alto  | 9          | 9%   | 8          | 8%   |
| Total | 99         | 100% | 101        | 100% |

*Nota: Resultados del instrumento Ajuste mental al Cáncer*

Determinamos, según el análisis realizado a los pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, en la sub escala desamparo/desesperanza el nivel predominante es el nivel medio encontrándose un igual porcentaje en ambos sexos con un 89%, pocas proporciones están por los niveles alto, en ambos sexos con un 9% y bajo, teniendo el sexo femenino un 3%, mientras que el sexo masculino obtuvo un 2%.

**Tabla 04**

*Nivel de Preocupación Ansiosa en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.*

| Nivel | Masculino  |      | Femenino   |      |
|-------|------------|------|------------|------|
|       | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Bajo  | 0          | 0%   | 0          | 0%   |
| Medio | 10         | 10%  | 20         | 20%  |
| Alto  | 89         | 90%  | 81         | 80%  |
| Total | 99         | 100% | 101        | 100% |

*Nota: Resultados del instrumento Ajuste mental al Cáncer*

Determinamos, según el análisis realizado a los pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, en la sub escala preocupación ansiosa, el nivel predominante es el nivel alto encontrándose un mayor porcentaje en el sexo masculino con 90%, y menor en el sexo femenino con un 80%, pocas proporciones están por los niveles medio, siendo mayor en el sexo femenino con 20% y menor en el sexo masculino con 10%, y bajo donde ambos sexos obtuvieron un 0%.

**Tabla 05**

*Nivel de Fatalismo/Aceptación estoica en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de Trujillo.*

| Nivel | Masculino  |      | Femenino   |      |
|-------|------------|------|------------|------|
|       | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Bajo  | 0          | 0%   | 0          | 0%   |
| Medio | 10         | 10%  | 20         | 20%  |
| Alto  | 89         | 90%  | 81         | 80%  |
| Total | 99         | 100% | 101        | 100% |

*Nota: Resultados del instrumento Ajuste mental al Cáncer*

Determinamos, se puede observar que en la sub escala fatalismo/aceptación estoica, el nivel predominante es el nivel alto encontrándose un mayor porcentaje en el sexo masculino con 90%, y menor en el sexo femenino con un 80%, pocas proporciones están por los niveles medio, siendo mayor en el sexo femenino con 20% y menor en el sexo masculino con 10%, y bajo donde ambos sexos obtuvieron un 0%.

## Tabla 06

*Prueba de normalidad.*

|                         | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |     |      |
|-------------------------|---------------------------------|-----|------|
|                         | Estadístico                     | gl  | Sig. |
| Ajuste Mental al Cáncer | ,343                            | 200 | ,000 |

*Nota: sig >0.05*

En el siguiente análisis de prueba de Normalidad utilizaremos la prueba de **Kolmogorov-Smirnov**, ya que se utiliza cuando  $n > 30$  ( $n = 200$ ), donde obtenemos que:

El estadístico **Kolmogorov-Smirnov** es igual a (**0.343**), y la probabilidad de obtener estos valores al azar en el supuesto de que la distribución sea normal es de **p (0.000)**.

Como estas probabilidades son menores que **0.05** (significancia), entonces aceptamos la hipótesis de que existe igualdad entre las medias de ambas variables (**H0: U1 = U2**), por lo tanto, determinamos que las variables No cumplen con los supuestos de normalidad.

Por lo tanto, el análisis a realizar es para **PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS**, y para determinar si existen diferencias del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021. Utilizaremos la prueba estadística “U man whitney” ya que nuestras variables son de escala ordinal categóricas.

## I. PRUEBA DE HIPOTESIS

**Tabla 07**

*Diferencias del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021*

| <b>Rangos</b>           |           |     |                |                |
|-------------------------|-----------|-----|----------------|----------------|
|                         | Genero    | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
| Ajuste Mental al Cáncer | Masculino | 99  | 96,46          | 9550,00        |
|                         | Femenino  | 101 | 104,46         | 10550,00       |
|                         | Total     | 200 |                |                |

| <b>Estadísticos de prueba<sup>a</sup></b> |                         |
|---|-------------------------|
|   | Ajuste Mental al Cancer |
| U de Mann-Whitney                         | 4600,000                |
| W de Wilcoxon                             | 9550,000                |
| Z   | -1,127                  |
| Sig. asintótica (bilateral)               | <b>,260</b>             |
| a. Variable de agrupación: Genero         |                         |

Al analizar la significación, obtuvimos que el valor de  $p = 0,260$  el cual es mayor que la significancia establecida  $0.05$ , bajo el nivel de confianza del  $95\%$ , por lo tanto, determinamos que No Existen diferencias del ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

## II. PRUEBA DE HIPOTESIS ESPECIFICAS

**Tabla 08**

*Diferencia en los indicadores (espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/aceptación), según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021*

|                              | Género    | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
|------------------------------|-----------|-----|----------------|----------------|
| Espíritu de lucha            | Masculino | 99  | 96,81          | 9584,00        |
|                              | Femenino  | 101 | 104,12         | 10516,00       |
|                              | Total     | 200 |                |                |
| Desamparo / Desesperanza     | Masculino | 99  | 101,52         | 10050,00       |
|                              | Femenino  | 101 | 99,50          | 10050,00       |
|                              | Total     | 200 |                |                |
| Preocupación Ansiosa         | Masculino | 99  | 105,40         | 10434,50       |
|                              | Femenino  | 101 | 95,70          | 9665,50        |
|                              | Total     | 200 |                |                |
| Fatalismo/Aceptación estoica | Masculino | 99  | 99,48          | 9848,50        |
|                              | Femenino  | 101 | 101,50         | 10251,50       |
|                              | Total     | 200 |                |                |

### Estadísticos de prueba<sup>a</sup>

|                             | Espíritu de lucha | Desamparo / Desesperanza | Preocupación Ansiosa | Fatalismo/Aceptación estoica |
|-----------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------|
| U de Mann-Whitney           | 4634,000          | 4899,000                 | 4514,500             | 4898,500                     |
| W de Wilcoxon               | 9584,000          | 10050,000                | 9665,500             | 9848,500                     |
| Z                           | -1,425            | -,453                    | -1,916               | -1,432                       |
| Sig. asintótica (bilateral) | ,154              | ,651                     | ,055                 | ,152                         |

a. Variable de agrupación: Genero

Al analizar la significación, obtuvimos que el valor de **p** en los indicadores es:

- **Espíritu de lucha** **p = 0,154 > 0.05**
- **Desamparo / Desesperanza** **p = 0,651 > 0.05**
- **Preocupación Ansiosa** **p = 0,055 > 0.05**

- **Fatalismo/Aceptación estoica**      **p = 0,152 > 0.05**

Valores que son mayores que la significancia establecida **0.05**, bajo el nivel de confianza del **95%**, por lo tanto, determinamos que No Existe diferencia en los indicadores (espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/aceptación), según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

La investigación partió del objetivo general, que buscó establecer las diferencias del ajuste mental según el género en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, el ajuste mental como las respuestas conductuales y cognitivas de los pacientes frente a su enfermedad, donde se tiene en cuenta la valoración de la enfermedad, así como también lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza o malestar que supone la enfermedad (Moorey y Greer, 2002), Brennan (2001) menciona que al principio se definía al ajuste como la ausencia de morbilidad psicológica; sin embargo, conforme iban avanzando los estudios y los experimentos acerca del tema, se logró definir el ajuste al cáncer como una serie de procesos psicológicos que se dan a partir de la enfermedad y su tratamiento, durante este tiempo el individuo manejar y se adapta a los múltiples cambios que llegan a su vida. Entre los resultados, se describen y discuten los siguientes:

A nivel general, se detalla, que no existen diferencias del ajuste mental según sexo, ello con valores de  $p=0.260$  con un nivel de confianza del 95%; por su parte, Torres (2018), en su investigación mostró que las pacientes se caracterizaron por tener niveles altos de resiliencia y tendencias de respuesta semejantes a los cuatro estilos de ajuste mental. Además, ambos constructos obtuvieron una correlación estadísticamente significativa ( $r=.32$ ), además se ha registrado que la variable Resiliencia tiene una relación positiva con Espíritu de Lucha y con Fatalismo/Aceptación estoica ( $r=.27$ ); mientras que con Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa la relación es negativa o inversa ( $r= -.15$ ).

En cuanto a los objetivos descriptivos, en el sexo masculino, se observa que el ajuste mental al cáncer se ubica en nivel medio con 54%; en espíritu de lucha con 81% alto, en desamparo con 89% alto, preocupación ansiosa con 90% alto y fatalismo con 90% alto. Ante ello, Cesaro (2015) en su trabajo de investigación encontró que la correlación entre las variables resiliencia y estrategias de afrontamiento eran moderadas y bajas ( $r=.19$ ); el estilo de ajuste mental más frecuente fue Espíritu de Lucha y el grado de resiliencia de las

participantes equivalían a un nivel medio alto (52%), caracterizándose de tener autoconfianza y perseverancia. El término ajuste mental de la enfermedad se emplea, para hacer referencia a la ausencia de morbilidad psiquiátrica y a la recuperación del funcionamiento previo a la enfermedad, mientras el individuo se adapta a los múltiples cambios producidos por la enfermedad y su tratamiento. Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1984) el ajuste es el proceso por el cual el individuo maneja las demandas o presiones del exterior en relación con sus recursos personales.

En cuanto al género femenino, en ajuste mental al cáncer con 54% alto, espíritu de lucha 88% alto, desamparo 89% medio, preocupación ansiosa con 80% alto y fatalismo/aceptación estoica con 80% alto. Ante ello, Zayas (2015), en su trabajo Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias en los factores psicoemocionales y en el ajuste mental entre ambos grupos de mujeres, de esta forma se encontró un mejor ajuste mental en mujeres con cáncer, lo cual es debido a que estas pacientes necesitan activar mecanismos psicológicos que ayuden a regular sus emociones y mejorar su calidad de vida. El porcentaje en cuanto un adecuado ajuste mental en mujeres con cáncer ha sido del 73%, en contraste con las mujeres que no tienen cáncer quienes en la categoría adecuado ajuste mental han obtenido un 41%.

Finalmente, en el objetivo general, se aceptó la hipótesis de que no existe diferencia entre los indicadores espíritu de lucha ( $p=0.154>0.05$ ), desamparo/desesperanza ( $p=0.651>0.05$ ) preocupación ansiosa ( $p=0,055>0.05$ ) fatalismo/aceptación ( $p=.0152>0.05$ ); según género. Trigo (2012) en su investigación ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos, utilizó una muestra de 98 pacientes, estos oscilaban entre 30 y 70 años durante sus consultas ambulatorias en el INEN - Lima. Se utilizaron diferentes instrumentos como la versión adaptada de la escala de Ajuste Mental al Cáncer (Watson et al, 1988) (Trigo, 2009); un cuestionario abierto sobre la percepción y el significado del cáncer en la vida del sujeto, y la versión española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. Dentro de los resultados se identificó correlaciones positivas medianas ( $r=.35$ ) entre Espíritu de lucha y Fatalismo/Aceptación estoica con Propósito de vida; y

pequeñas entre Espíritu de Lucha y Relaciones positivas con otros ( $r=.21$ ). Adicionalmente se encontró correlaciones negativas medianas entre Bienestar psicológico y Desamparo/Desesperanza ( $r=-.13$ ); y pequeñas entre esta última y Preocupación ansiosa con Relaciones positivas con otros ( $r=-.15$ ); también fueron pequeñas las correlaciones entre Preocupación ansiosa con Propósito de vida y bienestar psicológico ( $r=.19$ ). De esta manera hace referencia a como el paciente percibe la enfermedad del cáncer y las respuestas que genera a nivel cognitivo, emocional y conductual. Así mismo revela una determinada manera de afrontar la situación actual en la que se encuentran, formándose así cinco estilos de ajuste mental al cáncer (Moorey & Greer, 1989). Cada uno de estos contiene un tipo de esquema cognitivo relacionado a la percepción que el sujeto tiene del diagnóstico, del control sobre el cáncer, y del pronóstico de dicha enfermedad (Watson, et al, 1988).

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

- Se evidencia que en la dimensión ajuste mental al cáncer, en los varones se presenta un 54% en nivel medio, mientras que en las mujeres un 54% nivel alto.
- En la dimensión espíritu de lucha, en los varones se presenta un 81%, mientras que en las mujeres un 88% alto.
- En la dimensión desamparo, en los varones se presenta un 89% nivel medio, y en las mujeres 89% medio.
- En la dimensión ansiosa, en los varones se ubica en un nivel alto con 90% y en el femenino un 80% alto.
- En la dimensión de fatalismo/aceptación estoica los varones se encuentran en un nivel alto con 90%, mientras que las mujeres con 80% alto.
- No existen diferencias de ajuste mental según sexo,  $p=0.260$  con un nivel de confianza del 95%.
- No existe diferencia entre los indicadores espíritu de lucha ( $p=0.154>0.05$ ), desamparo/desesperanza ( $p=0.651>0.05$ ) preocupación ansiosa ( $p=0,055>0.05$ ) fatalismo/aceptación ( $p=.0152>0.05$ ); según género.

## Recomendaciones

- Reportar los resultados de la investigación a los servicios de Salud Mental a fin implementar programas de intervención que permitan a los pacientes oncológicos recibir apoyo psicológico antes, durante y después de recibir el diagnóstico; además de un acompañamiento especializado mientras dura el tratamiento al paciente como a la familia.
- Realizar en el instituto de salud oncológico espacios de reflexión personal y familiar a través de charlas vivenciales a las familias y pacientes oncológicos, esto permitirá cerrar el círculo de intervención social y propiciar de esta forma un ambiente de seguridad y tranquilidad en el hogar de cada enfermo.
- Continuar realizando investigación en el área de psicooncología a fin de conocer a profundidad el impacto psicológico que tiene el diagnóstico oncológico en el paciente y que factores pueden favorecer a una adecuada adaptación.
- Mejorar programas de prevención y promoción en salud mental y estilos de vida saludable (en escuelas, centros de salud de primer nivel o centros comunitarios), aumentando la difusión a través de medios de comunicación internos (nivel institucional) y externos (redes sociales), sobre el ajuste mental a la enfermedad del cáncer, siendo así una herramienta para el trato en lo personal y lo familiar.

## CAPITULO VI

### REFERENCIAS Y ANEXOS

#### 7.1. Referencias

- Andersen, B., Kiecolt, J. y Glaser, R. (1994) *A biobehavioral model of cancer stress and disease course*, American Psychologist.
- Amigo, J (2017) *Paracrine effect of the endothelium on prostate cancer cells*. Asociación Estadounidense para la Investigación del Cáncer.
- American Cancer Society (1994) Estadísticas del cáncer, 1994. *CA: una revista sobre el cáncer para médicos*, 1994, vol. 44, no 1, pág. 7-26.
- Alarcon, T., (2006). Modelling aspects of cancer dynamics: a review. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 364(1843), 1563-1578.
- Arauz, G. (2017). *Estrategias de Afrontamiento Cognitivo en el Ajuste Mental al Cáncer, en pacientes diagnosticados con leucemia mieloide crónica del programa GIPAP Bolivia, en la ciudad de Santa Cruz*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Aquino Bolivia.
- Aresca L., Birgin, D., Blum, S., Buceta, E., Figini, M., Gulias, S., Icenikeff, R. Hors, B. y Rosenfeld, C. (2004) *Psicooncología: diferentes miradas*. Editorial: lugar editorial. España.
- Argilés, J. y López, F. (1998). *El cáncer y su prevención*. Edicions Universitat de Barcelona. España.  
<https://books.google.com.pe/books?id=mQ0Ldj3GaXQC&pg=PA31&dq=el+cancer&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwipy-7H3NjsAhVCA9QKHwtIA504ChDoATABegQIBBAC#v=onepage&q=el%20cancer&f=false>
- Barofski, I y Sugarbarker, P. (1990) *Cancer, en Quality of life assessment in clinical trials*. Nueva York: Spilker B.
- Bayés, R. (1990). *Psicología oncológica*. (2ª ed.). Barcelona: Martínez Roca.

- Brennan, J. (2001). Adaptación al cáncer: ¿afrentamiento o transición personal? *Psico-Oncología: Revista de las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer*. 10 (1), 1-18.
- Coopen, H y Eysenck, MW (2016). Rendimiento deportivo, presión y cognición 14. *Introducción a la psicología cognitiva aplicada*.
- Cesaro, C. (2015). *Resiliencia, estrategias de afrontamiento y ajuste mental en un grupo de pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cruzado, A. (2010) Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Proyecto editorial: Psicología clínica. Serie: Guías de intervención. Editorial: Síntesis S.A. Madrid, España.
- Cruzado, A. y Labrador, F. (2000). *Intervención psicológica en pacientes con cáncer*. Madrid.
- Cwikel, JM e Israel, BA (1987). Examinando los mecanismos de apoyo social y las redes sociales: una revisión de los relacionados con la salud. *Revisiones de salud pública*, 15.
- Daufi, T (1987). Evaluación del drenaje biliar preoperatorio en el manejo quirúrgico del carcinoma de cabeza pancreática. *Acta chirurgica scandinavica* , 153 (11-12), 665-668.
- Folkman, S. y Greer, S. (2000). Promoción del bienestar psicológico frente a enfermedades graves: cuando la teoría, la investigación y la práctica se informan mutuamente. *Psico-Oncología: Revista de las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer*, 9 (1), 11-19.
- Galdón, M (2012). Un estudio longitudinal de la angustia psicosocial en el cáncer de mama: prevalencia y factores de riesgo. *Psicología y salud*, 27 (1), 72-87.
- Gestión. Tendencias (2016). *Cáncer en Perú: 85% de casos se detectan en estadios avanzados*. <https://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-detectan-estadios-avanzados-144978-noticia/?ref=gesr>

- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J., Watson, M., Robertson, B., Mason, A., Rowden, L., Law, M. Y Bliss, J. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *British Medicine Journal*. Volume 304. Pág. 675-680.
- Greer, S. (1991). Respuesta psicológica al cáncer y supervivencia 1. *Medicina psicológica*, 21 (1), 43-49.
- Greener, y Eysenck, HJ (1984). Estrés y personalidad como factores que contribuyen a la causalidad del cáncer. En *Stress and Tension Control 2* (págs. 35-46). Springer, Boston, MA.
- Holland, L. y Rowland, J. (1994). Factores psicosociales en el desarrollo y progresión del cáncer de mama. *Investigación y tratamiento del cáncer de mama*, 29 (2), 141-160.
- Instituto Nacional de Cáncer (2015). Naturaleza del cáncer: ¿Qué es el cáncer? <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- International Agency for Research on Cancer (2018) *Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018*. [https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf)
- Jorques, M. (2015). *Estrategias de Afrontamiento ante el cáncer de mama*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Labrador, F. y Bara, E. (2004) *La información del diagnóstico a pacientes con cáncer*. *Psicooncología*. Vol 1. Página: 51-66. Madrid, España.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Copyright: Springer Publishing Company, Inc. New York.
- Liga contra el Cáncer (2016) Cáncer en Perú: el 85% de casos se detectan en estadios avanzados. <https://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-detectan-estadios-avanzados-144978-noticia/?ref=gesr>
- Llorca, G., Diez, M., et al. (1999). Intervención en pacientes oncológicos. Manual de psicooncología. Pág. 231-258. Madrid, España.

- Longares, M., Báguena, M. y Beleña M. (2018). *Estilos de afrontamiento y Ajuste a la enfermedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Valencia. España.
- Manrique, E. y Mejía, K. (2014). *Estrategia de Afrontamiento y Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, servicio de oncología. Hospital III Goyeneche. Arequipa 2014*. (Tesis de título). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Moorey, S., y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Heinemann Medical Books. London
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., Y Pinto, T. (2010). Afrontamiento Ante El Diagnóstico De Cáncer. *Revista Psicológica Gepu* Vol.1 No. 2,24.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer. Nota descriptiva*. Estados Unidos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Temas de salud, el cáncer*. <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Pfeifer, K. A. (1999). Fisiopatología. In S. E. Otto (Ed.), *Enfermería oncológica* (pp. 3-21). Barcelona: Ediciones Harcourt Brace.
- Pizarro, M. (2017). *Calidad de vida y Afrontamiento de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2017*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.
- Puente, J. y Velasco, G. (2019). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla*. Sociedad Española de Oncología Médica: Info Cáncer. Artículo. España. <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Ramos, W. y Guerrero, N. (2019) *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú*. 1ra edición. Lima, Perú. <https://es.scribd.com/document/441995638/ASIS-DE-CANCER-PERU>

- Sairitupac, K. (2015). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer en pacientes del instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Sánchez, C. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial visión universitaria.  
[https://issuu.com/ucvirtual/docs/manual\\_metodologia\\_de\\_la\\_investigac](https://issuu.com/ucvirtual/docs/manual_metodologia_de_la_investigac)
- Sierralta, M. (2015). *Ajuste Mental y Apoyo Social percibido en pacientes con cáncer de tiroides*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Solidoro, A. (2005). *Apuntes de Cancerología*. Lima: Fundación Peruana de Cáncer.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*, 75. 73-85.
- Temoshok, L. (1985). Estudios biopsicosociales sobre melanoma maligno cutáneo: factores psicosociales asociados a indicadores pronósticos, progresión, psicofisiología y respuesta tumor-huésped. *Ciencias sociales y medicina*. 20 (8), 833-840.
- Torres, G. (2018). *Resiliencia y Ajuste Mental en mujeres con cáncer de mama y quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Tovar, J. (2007). *Psicometría: Test psicométricos, Confiabilidad y Validez*.  
[http://files.biblio15.webnode.cl/200000008-ada49ae9b5/Aliaga,%20J.%20\(2006\)%3B%20Psicometr%C3%ADa.%20Test%20psicom%C3%A9tricos,%20confiabilidad%20y%20validez.pdf](http://files.biblio15.webnode.cl/200000008-ada49ae9b5/Aliaga,%20J.%20(2006)%3B%20Psicometr%C3%ADa.%20Test%20psicom%C3%A9tricos,%20confiabilidad%20y%20validez.pdf)
- Trigoso, V. (2009). *Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste Mental al Cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis de magister en psicología clínica de la salud). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Watson, M, Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, C. (1988). *Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale*. Psychological Medicine.
- Watson, M. (1988). *Breast cancer: Psychological factors influencing progression*. New York: John Wiley y Sons Ltd.
- Watson, M., Greer, J., Inayat, Y., Burgess, C., y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. Psychological Medicine. Volumen 18, número 1, pág. 203-209.
- Watson, M., Greer, S. y Bliss, J. (1989). *Mental Adjustment to Cancer scale: User's Manual*. Surrey, UK: Psychological Medicine Research Group.
- Watson, M., Greer, S., Pruyn, J. y van den Borne, B. (1990). *Locus of control and adjustment to cancer*. Psychological Reports.
- Wizemann, T. M. y Pardue, M. L. (eds.) (2001). *Exploring the biological contributions to human health. Does sex matter?* Washington: National Academies Press.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient: Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53, 2339-2360.
- Yache, E. (2019) Registro Hospitalario del Cáncer IREN NORTE, RHC 2007 – 2018. Trujillo, Perú. Recuperado de: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/INFORME-RHC-IREN-NORTE-2007-2018.pdf>
- Zayas, A. (2015). *Factores psicoemocionales y Ajuste psicológico asociados al cáncer de mama*. (Tesis doctoral). Departamento de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Universidad de Sevilla. España.

## ANEXOS

### ANEXO 1:

#### **CUESTIONARIO SOBRE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC)**

A continuación, encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad. A la derecha de cada frase, encontrará los respectivos indicadores, por favor, escoja la opción con la que usted se identifica. Por ejemplo, si usted no se identifica en absoluto con la situación descrita en el enunciado, escoja la opción “totalmente falso” marcando con una X en el recuadro correspondiente.

|  | <b>Totalmente falso</b> | <b>Falso</b> | <b>Verdadero</b> | <b>Totalmente verdadero</b> |
|--|-------------------------|--------------|------------------|-----------------------------|
| 1. Creo que no puedo hacer nada para animarme.   |                         |              |                  |                             |
| 2. Mis problemas de salud me impide hacer planes para el futuro.                                     |                         |              |                  |                             |
| 3. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud.                                     |                         |              |                  |                             |
| 4. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas.   |                         |              |                  |                             |
| 5. Dejo todo en manos de mis médicos.  |                         |              |                  |                             |
| 6. Siento que en la vida no me queda esperanza.  |                         |              |                  |                             |
| 7. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella. |                         |              |                  |                             |
| 8. Será lo que Dios quiera.  |                         |              |                  |                             |
| 9. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo).                        |                         |              |                  |                             |
| 10. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.  |                         |              |                  |                             |
| 11. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.                                    |                         |              |                  |                             |
| 12. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud.                         |                         |              |                  |                             |
| 13. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme.  |                         |              |                  |                             |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 14. Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo.                |  |  |  |  |
| 15. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.                        |  |  |  |  |
| 16. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.                      |  |  |  |  |
| 17. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.                          |  |  |  |  |
| 18. De momento, procuro vivir día a día.                                 |  |  |  |  |
| 19. Me siento como si me hubiera rendido.                                |  |  |  |  |
| 20. Trato de tomármelo con sentido del humor.                            |  |  |  |  |
| 21. Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad.    |  |  |  |  |
| 22. Creo que no puedo controlar lo que sucede.                           |  |  |  |  |
| 23. Trato de tener una actitud muy positiva.                             |  |  |  |  |
| 24. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad. |  |  |  |  |
| 25. Evito informarme más sobre la enfermedad.                            |  |  |  |  |
| 26. Veo mi enfermedad como un reto.                                      |  |  |  |  |
| 27. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.                 |  |  |  |  |
| 28. Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer,    |  |  |  |  |
| 29. Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado.                       |  |  |  |  |
| 30. Me concentro en los aspectos buenos.                                 |  |  |  |  |
| 31. Intento luchar contra la enfermedad.                                 |  |  |  |  |

**ANEXO 2:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente confirmo mi consentimiento para participar en la investigación denominada:

Ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en lo siguiente:

Se me plantearán diferentes preguntas, a través de entrevistas y/o cuestionarios, algunas de ellas personales, familiares o de diversa índole. Pero todo lo que responda a la investigadora, será confidencial.

Entiendo que debo responder con la verdad y que la información que brinde será confidencial.

Se me ha explicado que, si decido participar en la investigación, puedo retirarme de esta en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y comprendo que cosas voy a hacer durante la misma.

Nombre \_\_\_\_\_ y Apellido: \_\_\_\_\_

.....

DNI: .....

Firma: .....

Fecha: \_\_\_\_\_