



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RESILIENCIA Y AJUSTE MENTAL EN MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA Y QUIMIOTERAPIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**

**PRESENTADA POR
GUADALUPE TORRES VILLALOBOS**

ASESORA

CARMEN ROZAS PONCE DE LEÓN

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

La autora sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RESILIENCIA Y AJUSTE MENTAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y
QUIMIOTERAPIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMIDADES
NEOPLÁSICAS**

**TESIS PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
GUADALUPE TORRES VILLALOBOS**

**ASESORA:
Mg. CARMEN ROZAS PONCE DE LEÓN**

LIMA, PERÚ

2018

Dedicado a todos los que
luchan contra el cáncer,
pacientes, familia y amigos.

AGRADECIMIENTO

Ofrezco una consideración especial a Dios, por la vida, el amor y la alegría.

Gracias familia, ustedes me dan la fuerza y sabiduría para enfrentar todas las adversidades. Su afecto, regocijo y compañía me mantienen a salvo y bendecida. Del mismo modo, gracias María del Carmen Martínez y David Perloff, porque su apoyo incondicional me dio esperanzas e inspiración para dar soporte psicosocial a aquellas personas que realmente lo necesitan.

Gracias a la Universidad San Martín de Porres, al Sr. Decano Johan Leuridan de la Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología, y al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que permiten un espacio para desarrollar la cultura de investigación en las ciencias de la salud.

Asimismo, quiero dar las gracias en particular a la Mg. Carmen Rozas por compartir sus conocimientos y brindar su confianza. A la Mg. Flor de María Arrunátegui, quien me guio y acompañó en la intervención de pacientes oncológicos. Al Mg. Sergio Domínguez y a la Mg. Loida Esenarro, por su paciencia y colaboración en todo momento. También agradezco a la Mg. Giovanna Galarza, por su exigencia y formación al equipo de psicología del INEN. Por último, a la Mg. Viviana Trigoso por su contribución en relación a la Escala de Ajuste Mental al Cáncer.

Muchas gracias a los pacientes que confiaron y respondieron a los cuestionarios, compartiendo sus experiencias y ofreciéndome optimismo para seguir luchando.

RESILIENCIA Y AJUSTE MENTAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y QUIMIOTERAPIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMIDADES NEOPLÁSICAS

Guadalupe Torres Villalobos
Escuela Profesional de Psicología
Universidad de San Martín de Porres

El objetivo general de la presente investigación fue establecer la relación entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en una muestra conformada por 135 mujeres con edades entre 30 a 70 años, diagnosticadas con cáncer de mama y que reciben quimioterapia ambulatoria. El diseño empleado fue no experimental transversal correlacional-causal, con un muestreo no probabilístico de tipo por oportunidad. Se utilizó los instrumentos de 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 Trigoso (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: Resiliencia Total y Espíritu de lucha ($r = .310$; $p \leq .01$), Desamparo/Desesperanza ($r = -.235$; $p \leq .05$), Preocupación Ansiosa ($r = -.222$; $p \leq .01$) y Fatalismo/Aceptación estoica ($r = .202$; $p \leq .05$). Cabe destacar que el apoyo sociofamiliar es indispensable durante el proceso de adaptación a la enfermedad.

Palabras claves: Cáncer de mama, Quimioterapia, Resiliencia, Ajuste Mental al Cáncer.

ABSTRACT

The overall objective of the present investigation was to establish a relationship between resilience and the styles of mental adjustment to cancer in a sample of 135 women with breast cancer and aged from 30 to 70 years. The investigation design was non-experimental correlational transverse-causal, with a non-probabilistic sampling by opportunity type. Instruments of Resilience Scale of Wagnild & Young (1993) adapted by Del Aguila (2003) and the Scale of Mental Adjustment to Cancer of Watson et al. (1988) adapted by Trigoso (2009) were used. The results showed that patients were characterized by high levels of resilience and responses trends similar to the four styles of mental adjustment. In addition, both variables have obtained a statistically significant correlation: Total resilience and fights spirit ($r = .310$; $p \leq .01$), helplessness / hopelessness ($r = -.235$; $p \leq .05$), anxious concern ($r = -.222$; $p \leq .01$) and fatalism/ stoic acceptance ($r = .202$; $p \leq .05$). It should be noticed that the social and family support is essential during the process of adaptation to that disease.

Key words: Breast cancer, Chemotherapy, Resilience, Mental Adjustment to Cancer.

ÍNDICE

PORTADA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ÍNDICE.....	v
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
1.2 Bases teóricas.....	16
1.2.1 Cáncer.....	16
1.2.2 Resiliencia.....	18
1.2.3 Ajuste Mental al Cáncer.....	26
1.3 Definición conceptual de términos básicos.....	32
1.4 Planteamiento del problema.....	33
1.4.1 Formulación del problema.....	37
1.4.2 Objetivos de la investigación.....	40
1.4.3 Justificación de la investigación.....	40
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	44
2.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas.....	44
2.2 Variables y definición operacional.....	45
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	46
3.1 Diseño metodológico.....	46
3.2 Diseño muestral.....	46

3.3 Técnicas de recolección de datos.....	48
3.3.1 Ficha sociodemográfica.....	48
3.3.2 Escala de resiliencia.....	49
3.3.3 Escala de ajuste mental al cáncer.....	49
3.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	50
3.5 Aspectos éticos.....	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	52
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS.....	75
ANEXOS	
Anexo A: Matriz de consistencia interna	
Anexo B: Consentimiento Informado	
Anexo C: Ficha de datos personales	
Anexo D: Escala de resiliencia	
Anexo E: Escala de Ajuste Mental al Cáncer Revisado	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por características sociodemográficas

Tabla 2. Confiabilidad de la Escala de Resiliencia

Tabla 3. Confiabilidad de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer – Revisado

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de Resiliencia

Tabla 5. Categorías del nivel de Resiliencia

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de Estilos de Ajuste Mental al Cáncer

Tabla 7. Correlación entre Resiliencia y Estilos de Ajuste Mental al Cáncer

INTRODUCCIÓN

Escuchar la palabra cáncer es sinónimo de sufrimiento, culpa o muerte, y hasta la actualidad, persiste en el listado de las enfermedades con elevada tasa de incidencia alrededor del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) registró en el 2012, 14 millones de casos nuevos diagnosticados con esta enfermedad y pronosticó que las cifras aumentarían un 70% en los próximos 20 años. Igualmente en Sudamérica, 2,8 millones de personas son diagnosticadas de cáncer al año y 1,3 millones mueren por esta causa. Se presume que la proporción puede acrecentar a más de 4 millones de nuevos casos y 1,9 millones de fallecimientos para el año 2025.

El cáncer consiste en el crecimiento descontrolado y excesivo de células viejas en una o varias áreas del cuerpo provocando disfuncionalidad y por ende, una afección general del organismo (Zevallos, 2008). Su carácter multifactorial y la diversidad de secuelas ponen en tela de juicio su valor biopsicosocial, proponiendo un nuevo enfoque de estudio e intervención integral (Gonzales, 2012).

Desde el primer instante que se confirma el diagnóstico a un paciente, comienzan malestares intrapsíquico y emocional inexplicables que corre el riesgo de agravarse a tal punto de generar serios trastornos mentales que hacen más difícil la recuperación. La depresión, los trastornos ansiosos o el estrés postraumático son algunos de ellos (Bracamonte y Días, 2015; Diez, et al, 2014).

Frente a esta problemática de salud pública existe una posibilidad de adaptación progresiva que asume el mismo paciente frente a su propia situación.

Este alcance es gracias a la resiliencia, que le permite al ser humano afrontar las adversidades y superarlas adecuadamente a través de un proceso dinámico y constructivo que concluye en la adaptación positiva a la situación traumática.

En tal sentido, es necesario conocer los estilos de ajuste mental al cáncer que los pacientes asumen frente a su diagnóstico impredecible. La valoración que ellos otorguen a su condición van a dar pase a una serie de respuestas cognitivas, conductuales y emocionales, ya sean favorables o perjudiciales, que serán el medio directo para adoptar los roles asumidos por cada uno de estos. De manera que la resiliencia y el ajuste mental permitirán mantener el equilibrio emocional durante la enfermedad buscando formas de sobreponerse adecuadamente.

Estas características y habilidades personales son la base latente que impulsan al individuo a enfrentarse contra sus temores, haciendo todo lo sanamente posible para no dejarse abatir o perderse en la soledad. Sin embargo el paciente no actúa solo, precisa otros recursos que adopten calidad, confianza, soporte y motivación para dar cara a la vida y alcanzar sus aspiraciones, incluso cuando están próximos a la muerte.

El vínculo entre paciente-familia hace que el daño tenga un efecto multiplicador en todo el sistema. Cuando un integrante del grupo tiene una enfermedad crónica, impacta desde lo biológico hasta lo comunitario, donde cada uno tiene su propia manera de reaccionar basándose en experiencias individuales que determinan sus propios métodos de supervivencia (Fabiana, 2011).

El presente trabajo de investigación está hecho para profesionales, estudiantes, pacientes y familiares en general, que formen una red de apoyo para sembrar y fortalecer cualidades positivas y equilibrio emocional, facilitando

beneficios psicológicos mediante la comunicación, la toma de decisiones compartidas y un alto grado de compromiso por salir adelante unos con otros. La idea es aportar un poco más a la psicología clínica y de la salud, trayendo consigo más referencias para la atención sistémica en pacientes oncológicos.

Siguiendo esta línea, en el siguiente capítulo se explicará el marco teórico para dar sustento empírico a los constructos estudiados. Luego, en los capítulos dos y tres se detallarán las hipótesis y la metodología de investigación que darán pase a los resultados hallados en la recolección de datos expuestos en el cuarto capítulo. Esta información se pondrá a discusión durante el capítulo cinco, donde también se argumentarán las limitaciones que se presentaron en el proceso. Finalmente, se desglosan las conclusiones y recomendaciones apropiadas antes de enseñar las fuentes bibliográficas que influyeron positivamente en la estructuración del proyecto.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

Debido a la alta incidencia de cáncer en el Perú y su fuerte carga psicológica y social, tiene que indagarse aspectos complementarios al tratamiento farmacológico, atendiendo también a los esfuerzos del grupo social más cercano del paciente que facilitan su adaptación.

En Ecuador, Chico (2017) estudió la resiliencia y la calidad de vida en 40 mujeres con cáncer de mama aplicando los reactivos de Wagnild y Young (Escala de Resiliencia) y el cuestionario de salud EuroQoL-5D. Se halló que a mayor resiliencia la calidad de vida aumentaba, predominando grados de resiliencia media (38%) y alta (30%), con características de calidad de vida a pesar de los problemas moderados en distintas dimensiones de la vida del paciente.

Por medio de un paradigma cuali-cuantitativo, Aguilar (2016) describió el grado de resiliencia inmerso en 30 mujeres ecuatorianas con cáncer de mama en función al tratamiento médico que recibían. Empleó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y una Encuesta Semiestructurada que le permitió determinar los factores protectores y características personales, familiares y del entorno que favorecerían a la resiliencia en sus distintos niveles. Los resultados demostraron que un alto porcentaje del grupo presentaba un nivel de resiliencia media alta, prevaleciendo los factores protectores de perseverancia, satisfacción personal y autoconfianza. Asimismo, la autora comprobó que el apoyo familiar constituía una

característica esencial tanto para el proceso de la enfermedad como para el tratamiento médico de la misma. De este modo, concluyó que era necesario implementar y optimizar trabajos multidisciplinarios y de psicoeducación a través de técnicas y actividades que respalden un mejor afronte de la enfermedad.

En el Perú, Burga, Sánchez, y Jaimes (2016) demostraron la relación positiva y altamente significativa entre inteligencia emocional y resiliencia en 57 pacientes con cáncer de mama que se atendían en un hospital de EsSalud de Lima. Las edades variaron entre 23 a 89 años y los test que aplicaron fueron la Escala TMMS-24C de Salovey y Mayer (1995) adaptada por Fernández, Extremera y Ramos (2004) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptada por Novella (2002). Esto significaba que las pacientes desarrollaron destrezas para percibir y apreciar sus emociones, teniendo buena capacidad para tolerar la presión y el impacto del tratamiento, lo que posibilitó mejor adaptación a los cambios orgánicos y psicológicos (Salovey & Mayer, 1990, citado por Burga et al., 2016).

Bracamonte y Díaz (2015) efectuaron una tesis para determinar la relación entre la depresión y la resiliencia en 102 pacientes chiclayanas que llevaban tratamiento ambulatorio para cáncer de cuello uterino. Aplicando el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, hallaron que cuanto menor era la depresión en estas personas su capacidad resiliente aumentaba significativamente, lo que colaboraba con la adaptación adecuada ante los diversos cambios y amenazas percibidas. Los autores afirman, que el apoyo socio-familiar con el que contaban estas mujeres, fue un factor esencial para que ellas se mantuvieran resistentes y tolerantes frente a todo el proceso.

Ascencio (2015) evaluó a 70 mujeres chiclayanas diagnosticadas con cáncer de mama, entre 25 y 60 años de edad, para identificar la asociación entre el grado de resiliencia y los estilos de afrontamiento que pudieron haber influido en el tratamiento oncológico. Mediante la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE, se confirmó que hay una relación altamente significativa entre las variables resiliencia y el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Dando a entender que las participantes resilientes que conocían su diagnóstico y expresaban sus emociones, se adecuaban mejor para sobrellevar la enfermedad. Mientras que con el estilo de afrontamiento centrado en el problema, cuya relación con la resiliencia fue moderada, reflejó que las pacientes solían buscar soluciones directas para superar la tensión y sacar el provecho de lograr que la readaptación sea más constructiva.

Una variable muy ligada al afronte de pacientes oncológicos es el Ajuste Mental al Cáncer con el cual se puede explorar distintos métodos que practican los pacientes para controlar mejor el tratamiento. En una investigación en Colombia, de Palacios y Hernández (2011), manifestó que entre los estilos de afrontamiento utilizados por 30 mujeres (rango de 20 - 70 años de edad) diagnosticadas con cáncer de cérvix, predominaba el estilo Espíritu de Lucha, de acuerdo con los resultados de evaluación de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). Esto indicaba que la mayoría de las participantes, veían a la enfermedad como un reto y asumían una perspectiva optimista y superable. Además, el esfuerzo cognitivo y conductual que les permitían elaborar dicha estrategia de afrontamiento, traía consigo un adecuado equilibrio emocional que colaboraba

manteniendo cierta estabilidad y una visión positiva de sí mismo y de su enfermedad.

Por otro lado, Fabiana (2011) basada en el método cualitativo, se interesó en analizar el impacto emocional que sufre el paciente sobre su diagnóstico, qué estrategias emplea para afrontarlo y cómo repercute ello en la familia. Administró el cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de 8 personas de ambos sexos, entre 37 a 73 años de edad y con tipos diferentes de carcinoma. Los resultados arrojaron que las estrategias de supervivencia dependían del tipo de cáncer y de la fase en que estuviese. Se observó mayor predominio de los estilos Espíritu de Lucha y la Negación/ Evitación durante todo el proceso; mientras que en las fases más avanzadas prevalecía las estrategias Desesperanza/ Desamparo, así como Fatalismo/ Aceptación estoica, interpretándolo como una forma de aceptación pasiva o rendición frente a la ausencia de poder hacer algo. Asimismo, el 75% de los pacientes percibieron cambios significativos en el ambiente familiar, de los cuales el 38% fue de connotación negativa pero el 62% aseguró que los cambios fueron positivos.

A pesar que el término “Ajuste Mental al Cáncer” es poco conocido en algunas facultades peruanas de psicología, su valor científico da buenas referencias para la psicooncología. Así, después que Trigos (2009) examinara las propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-R) en el Perú, realizó otro estudio (Trigos, 2012) para verificar la relación y el potencial predictivo de los estilos de ajuste mental con el bienestar general. Ella pensaba en la posibilidad que las personas usaran otros estilos a parte del Espíritu de lucha, que patrocinaran una buena asimilación y bienestar. Empero, la muestra de 98 pacientes entre 30 y 70 años de edad con neoplasias diferentes,

manifestó que la predicción del bienestar psicológicos va a razón de un mayor grado de aceptación de la enfermedad, un menor grado de sensación de pérdida e inutilidad y un menor grado de incertidumbre y angustia de la enfermedad (Trigoso, 2012).

Años después, Sierralta (2015) se interesó en analizar el vínculo entre el ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido en un grupo de 80 pacientes limeños con cáncer de tiroides, con edades entre 25 a 65 años, que recibían atención ambulatoria. Orientada por un método correlacional, administró el MAC-R (Trigoso, 2009) y el Cuestionario de Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social MOS, obteniendo como resultado una relación directa del estilo Espíritu de Lucha y los tres tipos de apoyo social percibido: Emocional/ Informativo, Afectivo e Instrumental; lo que figuraría que a mayor apoyo, hay una mayor adaptación al cáncer y viceversa. Sin embargo, el estilo Desamparo/ Desesperanza no tuvo la misma suerte, porque su relación con los tipos de apoyo social fue inversamente proporcional; es decir, que siempre habrá un momento en el que el individuo muestre escaso control de lo que vive, ya que se percibe incapaz de sobrellevar una enfermedad mortal e impredecible.

En ese mismo año, Cesaro (2015) trabajó con 238 mujeres hospitalizadas en el INEN, que presentaban neoplasias de mama primario y edades de 30 a 75 años, para delimitar y comprobar si la resiliencia más las estrategias de afrontamiento se encuentran asociadas al ajuste mental. Para ello usó un diseño descriptivo correlacional, aplicando la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Carver, Scheier y Weintraub, y el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer de Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson. De esta manera, se verificó lo siguiente: la correlación entre

las variables resiliencia y estrategias de afrontamiento eran moderadas y bajas; 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, caracterizándose de tener autoconfianza y perseverancia.

En conclusión, padecer de cáncer es un acontecimiento significativo e inolvidable que traspasa los límites de la enfermedad, donde el limbo entre la vida y la muerte se hace cada vez más corta. Sin embargo, se ha comprobado que el ser humano posee mecanismos promotores de emprendimiento personal, los cuales se auto-regeneran y fortalecen mediante la participación familiar.

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Cáncer. La anomalía cancerígena o neoplasia, consiste en el crecimiento descontrolado y excesivo de células que no mueren en su respectivo tiempo, juntándose células nuevas y viejas que provocan un conglomerado tisular llamado tumor. Éstos se van acumulando en una o varias partes del organismo generando la disfuncionalidad de áreas específicas y, consecuentemente, una afección somática generalizada (Gonzales, 2012; Zevallos, 2008).

Existen dos tipos de tumores denominados benignos y malignos. Los primeros son los de tipo no canceroso, son fáciles de extirpar, no se dispersan en otras partes del organismo, tienen buen pronóstico y generalmente no vuelven a crecer. Por el contrario, los segundos son los tumores cancerosos que se caracterizan por el esparcimiento de estas células a otros órganos (metástasis), comprometiendo áreas difícilmente tratables y generando menor probabilidad de ser extinguidos completamente ya que pueden volver a crecer después de un

tiempo. Por lo general, el tipo canceroso suele tener mal pronóstico (Gonzales, 2012; Zevallos, 2008).

El proceso de cancerización cumple cuatro estadios: Primero, es la presencia de células precancerosas y lesiones iniciales. Segundo, las células pasan a ser cancerosas y se extienden por vías sanguíneas hacia otros tejidos u órganos cercanos. Tercero, la invasión de los ganglios linfáticos, aunque aún hay partes del cuerpo no afectadas. Y cuarto, la metástasis de las neoplasias que se esparce a sitios más remotos del organismo (Gonzales, 2012).

El tratamiento más efectivo para detener el cáncer es la cirugía, ya que así se puede retirar el tumor maligno radicalmente. Pero pese a la pobre cultura preventiva del paciente, muchos acuden a consulta con la enfermedad ya avanzada y dificulta que una operación extirpe el tumor (Zevallos, 2008). Por eso, las alternativas más comunes para combatir los cánceres son la quimioterapia y la radioterapia. La “quimio” es la mezcla de fármacos que destruyen células cancerosas mediante su administración oral o intravenosa. En cambio, la radioterapia es el micro bombardeo de rayos de alta energía en la región afectada que disminuye o desaparece el tumor paulatinamente (Asociación Española Contra el Cáncer, 2011).

De éstas alternativas, la quimioterapia es la que deja mayores estragos en el organismo porque al momento que ataca células cancerígenas también destruye células sanas de distintas partes del cuerpo, produciendo debilitamiento del sistema inmunológico y diversos malestares fisiológicos, como las náuseas, infecciones, cefaleas, descalcificación y alopecia (AECC, 2011). Los efectos secundarios siempre se presentan de diferentes maneras en cada persona, algunos se sienten más intensos que otros y su aparición es aleatoria. Empero,

las consecuencias que los pacientes constantemente manifiestan son el estrés y el desequilibrio emocional.

Las enfermedades graves comportan toda una serie de pérdidas que reaccionan emotivamente con miedo, tristeza, cólera y ansiedad. Estas pérdidas son progresivas y están asociados a su imagen corporal, la insolvencia de recursos humanos y materiales, el distanciamiento familiar y, obviamente, la pérdida de bienestar (Sandrin, 2015). Por ello se dice que el paciente oncológico está en un constante duelo porque siempre están atravesando las fases de Negación, Enojo-Ira, Negociación, Depresión y Aceptación (Kübler-Ross, 1969, referido por Almanza, Rosario, Silva & De la Huerta, 2010; Taylor, 2007).

Para determinar la influencia de las emociones sobre el cuadro clínico de la oncología, hay que meditar tres momentos que reestructuran la vida de un paciente: cuando encara la enfermedad, la interpretación de todo el proceso y el aprendizaje de su nuevo estado (Mayordomo, 2013; Porro, Andrés & Rodríguez, 2012; Rodríguez, 2013). Así, el afrontamiento terciaría a la salud desde el inicio del malestar hasta la incursión del bienestar físico y psicológico del enfermo.

1.2.2 Resiliencia. Han pasado más de diez años desde que la Psicología Positiva se comprometió a estudiar la conducta y el potencial del ser humano, para hallar mecanismos que empoderen el crecimiento personal a través de un modelo optimista y real del desarrollo humano (Lamas, 2004). Gracias a ello, la resiliencia ya no es un tema nuevo; su definición ha pasado por una serie de modificaciones que han logrado ampliar su escenario conceptual y metodológico para alcanzar una concepción más completa como actualmente se conoce.

Este término proviene del latín “resilio” que significa, volver atrás, volver de un salto o rebotar. En un comienzo fue usado por la Física para referirse a la facultad de algunos materiales que recuperan su forma original luego de haber sido deformados (Saavedra & Villalta, 2008; Salgado, 2005). Muchos años después, la introducción del concepto a las ciencias sociales permitió que se realizaran proyectos que enriquecieron el marco teórico e impulsaron a desarrollar técnicas generadoras de resiliencia y bienestar social (Charro et al., 2013; Manciaux, 2005).

Los trabajos iniciales sobre resiliencia en psicología se debe gracias al estudio longitudinal de Emy Werner en 1955, quien durante 30 años monitoreó el impacto de los factores de riesgo biológico y psicosocial, así como los factores protectores a los que estaban sumergidos 505 niños nacidos en la isla de Kauai (Hawái). A pesar de las circunstancias lamentables que estos niños vivieron, los resultados fueron más óptimos de lo esperado, ya que se presenció un crecimiento maduro y bien adaptado de un buen grupo de estos niños, demostrando habilidades creativas y satisfacción con la vida en la etapa adulta (Manciaux, 2005).

Bowlby (1992, citado por Robles y Medina, 2008) describió a la resiliencia como “resorte moral o cualidad de la persona que no se desanima o que no se deja abatir” (p.188). Rutter (1994, citado por Quiceno & Vinaccia, 2011; Saavedra & Villalta, 2008) refirió que esta cualidad era la característica de los individuos para desarrollarse psicológicamente sanos y exitosos a pesar de que hayan nacido o estén viviendo en situaciones aversivas.

Desde otra perspectiva, Bartele (1996), citado por Becoña (2006), analizó a la resiliencia como un rasgo psicológico que facultaba al individuo para tener éxito

en condiciones muy complicadas y que podía ser reforzado o debilitado por esta misma habilidad. Posteriormente, Henderson (2006) propuso que la resiliencia era la capacidad del ser humano para enfrentar las adversidades de la vida, aprendiendo de ellas, superándolas e incluso siendo renovados por ellas. Pero luego de un tiempo, Robles y Medina (2008) mencionaron que la nueva generación de investigadores y autores que incorporaron el enfoque ecológico interactivo, permitió una visión renovada de la resiliencia e hizo considerarla como un proceso dinámico entre el sujeto y su ambiente que se influyen mutuamente en condiciones hostiles.

Hoy por hoy, el ser humano es considerado como entidad biopsicosocial que se desempeña holística e integralmente con estas dimensiones (Gonzales, 2012). Inclusive algunos autores añaden también la Espiritualidad como una cuarta dimensión que da sentido a la fe, el amor y la trascendencia del ser sobre la tierra (Cabanyes, 2012). La resiliencia moderna incluye tanto los aspectos internos y medio ambientales que se interpone positiva o negativamente, y aportan ventajas o desventajas que no se pueden desatender (Henderson, 2006; Lamas 2004; Manciaux, 2005; Martín, 2013; Salgado, 2005).

Para construir la resiliencia es necesario entender tres aspectos primordiales: las características básicas de personalidad de la conducta resiliente, los factores protectores y de riesgo, y la facilidad para acceder a una red social que promuevan la resiliencia.

Características de personalidad de la resiliencia.

No hay una teoría que especifique un determinado número de características de la personalidad que predispongan la resiliencia ya que cada

autor tiene su propio punto de vista. Por eso, a continuación se mencionará una recopilación de las características más destacadas y frecuentes que se han encontrado en la literatura.

La identidad, define al ser humano como individuo y permite que uno se reconozca a sí mismo, lo que quiere ser, hacer, tener y a dónde ir (Henderson, 2006; Robles & Medina, 2006; Vidal, 2008). La introspección, alude a la capacidad de observación interior consciente de los propios actos y emociones, permitiendo que uno sea honesto consigo mismo para evaluar que tanto puede manejar y superar una situación (Salgado, 2005). La autonomía, es el sentido de independencia y libertad para tomar decisiones frente a lo que está bien o mal y saber cuáles son los propios límites de acción, ya sea en una situación cotidiana como adversa (Henderson, 2006; Robles & Medina, 2006; Vidal, 2008).

La autoconfianza, es tener la certeza de uno mismo y de las propias capacidades para llevar a cabo una acción, reconociendo las habilidades y posibilidades para hacerla (Wagnild & Young, 1993); gracias a ello, puede fomentar la capacidad de relacionarse, para comunicar y establecer vínculos de afecto, simpatía, confianza e intimidad con otras personas del medio ambiente, estableciendo competencias sociales adecuadas (Robles & Medina, 2006).

La creatividad, se relaciona con la imaginación que permite crear o producir pensamientos, conceptos, percepciones, objetos y todo aquello que pueda aumentar la probabilidad de que el sujeto se desenvuelva adecuadamente (Martín, 2013; Salgado, 2005), fomentando la iniciativa para dar el primer paso a las propuestas y acciones que posteriormente generarán experiencias y responsabilidad personal, dando cabida a la búsqueda de los recursos que necesita para poner a prueba sus ideas (Robles & Medina, 2006; Salgado, 2005).

La moralidad, abarca tanto la extensión de los deseos de bienestar a otros así como el compromiso con valores delimitados (Robles & Medina, 2006). En este compromiso, la perseverancia le permite persistir debido a su fuerte deseo de lucha frente a una situación desventajosa o dañina (Wagnild & Young, 1993), con una actitud flexible para ajustarse apropiadamente a las emociones, pensamientos y conductas emergidos de los cambios constantes (Martín, 2013).

Asimismo, Es importante desarrollar el sentido del humor porque permite encontrar el lado divertido de lo que se está viviendo. Poder reírse de uno mismo en determinadas situaciones y de forma transitoria, refleja lo que el cambio puede generar en el afecto y comportamiento a pesar de la tragedia que haya pasado. Esto no debe confundirse con el humor ofensivo de la ironía (Martín, 2013; Robles & Medina, 2006).

Factores protectores y de riesgo.

Para el segundo aspecto, Olsson et al. (2003), citado por Becoña (2006), manifestaron que al estudiar el proceso de la resiliencia los científicos buscaban conocer todos los mecanismos que actuaban para modificar el impacto generado por la situación estresante y la forma en cómo la persona se iba adaptando exitosamente a la misma vivencia y a sus factores concomitantes. Se identificaron que dichos factores eran diferentes en función a los recursos del sujeto a nivel individual (potencialidad, sociabilidad, inteligencia, aptitudes, habilidades de comunicación, emociones y los atributos personales), familiar (apoyo mutuo, compañía, perseverancia, seguridad, afecto) y social (cultura, estatus, experiencias interpersonales en la escuela y las comunidades que proporcionan apoyo, expectativas, intereses). Además, en cada uno de estos niveles había

mecanismos protectores y amenazantes que hacían más o menos propenso la asimilación de una situación desagradable y su fortuita superación.

Los factores protectores son el conjunto de variables que fortalecen la capacidad para resistir desdichas y manejar el estrés, como por ejemplo tener autoaceptación, confianza, sentido de esperanza, ambiente familiar cálido, empatía o adecuado nivel educativo. Por el contrario, los factores de riesgo son el conjunto de variables que aumentan la posibilidad de responder negativamente ante las circunstancias estresantes tales como la negligencia paterna, vulnerabilidad a enfermedades, violencia física y psicológica, pobreza, bajo rendimiento escolar, desastres naturales, terrorismo, entre otros (Cabanyes, 2010; Henderson, 2006; Salgado, 2005).

Henderson (2006) organizó los componentes resilientes en tres representaciones principales para identificar los aspectos más útiles y efectivos en la superación de adversidades: Yo Tengo (apoyo externo), involucra tener un entorno socio-familiar estables y en los que se puede confiar; límites en el comportamiento; personas que fortalezcan la independencia; acceso a servicios públicos de salud, educación y seguridad. Yo Soy (fuerza interior), representa al individuo como ser empático, asertivo, tranquilo, seguro de sí mismo, responsable de sus actos, optimista y con esperanza a futuro. Yo Puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos), son las habilidades para generar nuevos cambios, resolver conflictos, autocontrol, dispuesto a apoyar a otros, encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.

Red social que promueva la resiliencia

Los padres o mentores (maestros y voluntarios) son elementos cruciales en

el desarrollo, mantenimiento y fortalecimiento de la resiliencia durante los primeros años de vida, pues su efecto duradero en la adolescencia y adultez brindará los recursos necesarios para enfrentar las desavenencias de la vida (enfermedades, desastres de la naturaleza, guerras, violencia, discriminación).

De acuerdo con Bouvier (2005), los niños presentan temperamento que hacen complejo o asequible el carácter resiliente. De manera que hay temperamentos que son proclives a sufrir problemas emocionales, conductuales y mentales, como por ejemplo el tipo inhibido o difícil que por su forma de responder lábil e irritable plasman consecuencias negativas en las otras esferas. Las más frecuentes son la timidez, la ansiedad, la suspicacia, la retracción, sentimientos de ira e incluso conductas autolesivas o antisociales. Empero, existen también temperamentos que facilita una respuesta más adaptativa frente a un contexto hostil, como los de tipo fácil, activo y mimoso. Estos suelen mostrar autoconfianza, autonomía, autoestima y una buena orientación social.

Por otra parte, a menudo hay sucesos vitales dolorosos que advierten desavenencias mayores como un divorcio, acoso sexual, bullying, enfermedades crónicas o pérdida de algún familiar cercano. En el contexto peruano, Salgado (2005) refiere que las circunstancias infantiles altamente desfavorables y de mayor alcance es la pobreza, porque marca un panorama desolador y frustrado con muy bajas expectativas de un futuro prometedor.

En la adolescencia se desglosan secuelas positivas (reajuste emocional, psicosocial y empoderamiento) o negativas (problemas patológicos postraumáticos) debido a momentos históricos de la vida púber y adolescente. Esta fase del desarrollo involucra procesos de autonomía, identidad y responsabilidad esenciales para la autorrealización del joven (Saavedra & Villalta,

2008). Sin embargo los adolescentes tienen formas peculiares de responder a las dimensiones biopsicosociales, y más aún, habiendo experimentado un episodio traumático. Sin darse cuenta, ellos pueden tomar un rol refractario u omnipotente asumiendo una falsa adaptación a su situación real (Manciaux, 2005).

En la adultez y edades avanzadas, la cualidad ineludible del tiempo suele jugar una mala pasada. Manciaux (2005) plantea dos argumentos: La primera es el coste de la resiliencia, es decir, pagar la deuda de las secuelas eventuales y traumáticas a costa de los esfuerzos que muchas veces superan las capacidades de reacción del sujeto. Y el segundo alude a la probabilidad que un adulto pueda seguir encontrando recursos en su interior para resistir y continuar progresando en la vida, aunque ello dependa del contexto demográfico, económico, social y sanitario, además del valor que el mismo individuo les conceda.

A esta altura, el proceso resiliente ya no mantiene la misma dinámica como en la adolescencia o niñez, puesto que se nutre de los refuerzos sobrevivientes de su medio externo y de sus habilidades que escasamente se conservan (Henderson, 2006; Mayordono, 2013). Durante este período, la pérdida de seres queridos, la disminución de la independencia, la inactividad o fatigabilidad, la soledad, enfermedades, preocupaciones económicas / familiares y la valoración de la muerte son hechos inevitables a los que el sujeto debe adaptarse.

No obstante, Manciaux (2005) afirma que no todos los adultos responden negativamente a las perturbaciones que experimentan en el último tramo de sus vidas. Independiente de las oportunidades que puedan tener, buscan un sentido de trascendencia espiritual y de fe considerada como la máxima felicidad y el fin último de la vida humana. Gracias a esto las mismas personas amplían su gama

de respuestas adaptativas prolongando su calidad de vida y esperanza para alcanzar la vida eterna.

Las respuestas a los cambios que se transitan hasta la adultez deben tomarse en cuenta cuando se evalúe el proceso resiliente. El bienestar del individuo dependerá mucho de su propia motivación, la perseverancia por seguir adelante, el cuidado de sus familiares y las estrategias de afrontamiento adecuadas al tipo de evento que deberá dominar, por ejemplo el cáncer.

1.2.3 Ajuste Mental al Cáncer. La máscara biomédica tangible del cáncer aguarda un rostro aislado bañado de sufrimiento y rencores profundos. Este lado oculto es el que desencadena las posibles causas de reaparición de la anomalía celular. La esencia multifactorial del cáncer comprueba que no sólo la condición biológica o la naturaleza del tratamiento son el único impulsor que evolucionan la enfermedad; a nivel emocional y psicosocial existen otros determinantes claves que interceden directa e indirectamente en el progreso cancerológico.

Recordando el trabajo de Ascencio (2015) sobre resiliencia y estilos de afronte en pacientes oncológicos, se observa que el paciente decide enfrentarse cara a cara con el diagnóstico haciendo esfuerzos mentales y conductuales que le ayuden a dominar los estresores asociados a la cronicidad de la neoplasia. Es muy interesante el cambio de rol que el sujeto le da al cáncer para verlo como un reto y no como derrota, animándolo a emplear sus propios mecanismos de resguardo y seguridad. Probablemente la valoración en base a los procesos cognitivos, emocionales y comportamentales, es lo que algunos autores llamarían Ajuste Mental al Cáncer, o dicho de otro modo, las técnicas de afrontamiento que la persona ejecuta en función a su interpretación del evento amenazador

(Ascencio, 2015; Moorey & Greer, 1989; Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess & Robertson, 1988).

El trascurso de una enfermedad crónica de pronóstico reservado como es el cáncer, desglosa un repertorio de posibilidades consecuentes y concomitantes como la carga acumulativa de angustia, la impotencia y la desesperanza de no saber qué hacer, pudiendo producir transformaciones importantes en la percepción y construcción mental de la propia realidad del individuo (Cooper, 1986).

Desde el instante en que el paciente escucha el diagnóstico, se formulan una serie de alteraciones a nivel cognitivo, conductual y emocional debido a la incertidumbre de diversos elementos que irrumpen en sus pensamientos, tales como el pronóstico desolador, el abandono o dependencia socio-familiar, los fuertes gastos económicos, el tipo de tratamiento con mayor o menor consecuencias dolientes, la deformación de la imagen corporal, discriminación social, el miedo a morir y la impotencia de impedirlo (Cooper, 1986; Gonzales, 2012). Es predecible que tanto los efectos fisiológicos como los psicoemocionales y sociales dejan secuelas perjudiciales cada vez más difícil de erradicar.

El intento por adaptarse a estas exigencias involucra que el individuo deba usar diversas estrategias que le permitan manejar la condición estresante de la forma más eficiente posible. Lazarus y Folkman (1986) crearon un enfoque de afrontamiento al estrés que consiste en los esfuerzos cognitivo y conductual desarrollados para maniobrar las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales, producto del evento perturbador.

Los autores describieron tres tipos de valoraciones que realizan las personas frente a una situación estresante: Daño o pérdida, Amenaza y Desafío.

Dónde se deduce que el estresor es la interpretación individual del sujeto sobre el mismo hecho. La naturaleza perturbadora del evento es establecida por la valoración de índole amenazante y excedente que le otorga a dicha situación; permitiendo que el sujeto busque cierta estabilización psicológica y emocional frente al periodo subversivo (Lázarus y Folkman, 1986).

Del mismo modo, distinguieron dos tipos de afrontamiento: Las estrategias focalizadas en el problema, las cuales buscan controlar la relación sujeto-ambiente actuando sobre unos de estos para manipular la fuente generadora de estrés, y las estrategias focalizadas en la emoción, dirigidas a cambiar el modo en que se percibe la situación para reducir el grado de estrés y regular la reacción emocional que éste produce. No hay una estrategia perfecta porque éstas se adecuan dependiendo de la evaluación que realiza la persona frente al momento abrumador. De manera que, cuando el sujeto observa que puede hacer algo para solucionar el conflicto, posiblemente use las estrategias centradas en el problema; pero si en caso ve que no lo hay, afrontará focalizándose en la emoción. Ambos modos de afrontar pueden participar mutuamente, influyendo positiva o negativamente una a la otra (Lázarus y Folkman, 1986).

Gracias a las contribuciones de Lázarus y Folkman, se abrieron las puertas a un nuevo modelo propuesto por los ingleses Moorey y Greer (1989), y Watson et al. (1988), quienes quisieron conocer los medios que empleaban los pacientes oncológicos cuando intentaban adaptarse a su realidad. El Ajuste Mental al Cáncer (o conocido por sus siglas en inglés, MAC) consistía en las respuestas de los pacientes al momento de percibir e interpretar la situación estresante de la enfermedad, dándole una valoración única y atribuyéndole acciones que le permitieran disminuir el malestar que éste les generaba (Soriano, 2002).

Igualmente, Moorey y Greer (1989) sugirieron una triada de evaluación cognitiva que suponían tres aspectos: La percepción del diagnóstico, que corresponde al significado de la anomalía para el individuo. La sensación de control sobre la circunstancia; atañe a lo que el individuo siente o cree que puede hacer frente al estresor. Y la visión acerca del pronóstico, incluyendo su credibilidad el cual concierne a los dos aspectos anteriores.

Cabe destacar que dicho esquema guarda mucha relación con las formas de evaluación planteado por Lazarus y Folkman (1986), resaltándose que ante el diagnóstico de la enfermedad y la sensación de control, es probable que el paciente lo valore como una amenaza a su integridad. Pero también puede ocurrir todo lo contrario, es decir que en lugar de evaluar la circunstancia como un peligro, lo considerará como un reto superable y fortalecedor de acuerdo con los recursos que dispone y que tiene conocimiento.

De estos tres aspectos del esquema de supervivencia se desprenden cinco estilos de ajuste mental con respuestas emocionales diferentes, que son adoptados por los pacientes para sobrellevar la enfermedad. Estos son: Espíritu de lucha, evitación / negación, preocupación ansiosa, fatalismo / aceptación estoica y desamparo / desesperanza (Moorey & Greer, 1989; Watson et al., 1988). Según Forero et al. (2005) y Rodríguez et al. (2012) el significado de cada estilo son los siguientes:

El espíritu de lucha, es el tipo de ajuste optimista al pronóstico ya que evalúa el diagnóstico oncológico como un reto personal, sintiéndose capaz de hacerle frente al cáncer y pensando que de él depende su recuperación. Asimismo, su estrategia de afrontamiento se fundamenta en la reevaluación

positivas buscando información concerniente al problema y al tratamiento, así como optar un papel activo y colaborador con los profesionales de la salud.

El estilo evitación / negación, como el mismo nombre lo dice, no percibe la amenaza del diagnóstico porque lo evita o no lo acepta. La persona con este estilo parece cegada ante su realidad, viviendo en la ilusión de que puede controlar su enfermedad fácilmente. Por ello se entiende que su estrategia principal de afrontamiento es la minimización. No obstante, puede llegar a ser favorable en cuanto se adhiera al tratamiento correspondiente y de la forma más adecuada posible. Además suele manifestar una actitud optimista y bajo niveles de ansiedad.

Respecto al estilo preocupación ansiosa, se caracteriza por presentar una impresión de incertidumbre tanto en el control como en el pronóstico, que conlleva a una respuesta emocionalmente ansiosa. Las estrategias de afrontamiento consiste en buscar seguridad porque están constantemente alerta a los síntomas físicos, averiguando información de la enfermedad en sí o del tratamiento; sin embargo, este tipo de personas tienen a formular interpretaciones negativas de lo que encuentran, e inclusive pueden sentirse culpables por intentar darle un significado a la amenaza. Por el contrario, estos pacientes pueden tener un buen pronóstico en cuanto se considere que, la excesiva preocupación de los malestares les permite identificar alguna recaída.

Las personas que manifiestan el estilo fatalismo / aceptación estoica, son los que se resignan ante la enfermedad, demostrando una aceptación superficial y dejando todo en manos de los médicos u otros profesionales de la salud. Perciben a la situación como una amenaza de cual sienten que no son capaces de poder controlarlo. Suelen presentar poca ansiedad, lo que les da cabida a un estado

emocional sereno y a asumir un papel pasivo, pero no positivo. En consecuencia, el pronóstico es malo ya que es muy probable que no se adhiera al tratamiento adecuadamente porque dejan la responsabilidad a otros.

En el estilo desamparo / desesperanza se divisa que los pacientes se sienten totalmente desbordados frente al diagnóstico, interpretándolo como una gran amenaza o pérdida afectiva y provocando el descontrol ante esta aversión. Tiene una visión pesimista del pronóstico y son más propensos a la depresión. Sus formas de pensar gira en torno a que “-no se puede hacer nada- (desesperanza) y que -nadie puede ayudar- (desamparo)” (Trigoso, 2009, p. 17). Así como en el estilo anterior el pronóstico es malo independiente de su estado físico, ya que delegan toda la responsabilidad a otras personas y existe un fuerte deterioro de su autoestima.

Solidoro (2005) menciona que en el caso de pacientes oncológicos las estrategias de afrontamiento obedecen a una serie de factores relacionados con la misma enfermedad (la aparición y el curso de los síntomas, el órgano afectado, el tratamiento, los gastos económicos, el pronóstico), con los elementos individuales (edad, el sexo, las creencias y valores, entre otros) y con las variables socioculturales (las relaciones interpersonales y afectivas, las actitudes sociales, el estatus social, los prejuicios, los recursos disponibles y redes).

El ajuste mental al cáncer es un dispositivo sanitario que debería ser más aprovechado. Se ha investigado que determinados estilos pueden ser promotores de trastornos mentales y problemas físicos que perjudican el malestar; pero si los profesionales pudieran prevenirlo evitarían conductas autolesivas o el peligro de agravar el tratamiento (Fabiana, 2011; Forero et al., 2005; Hospital, 2010; Mayordomo, 2013; Rodríguez et al., 2012).

El rol asumido por los pacientes del departamento oncológico, depende mucho del significado personal que adhieren al acontecimiento. Es una forma para que los expertos conozcan los métodos psicológicos que aplican los usuarios. Del mismo modo, las acciones que llevan a cabo para reducir este agobio, también estará en manos del ámbito sociocultural en que se desenvuelven. Los medios y redes de apoyo que tengan a su disposición serán fuentes de ingreso para salir airosos de la adversidad, resultando mayor oportunidades para el bienestar y la calidad de vida de esta población.

1.3 Definición conceptual de términos básicos

La resiliencia consiste en afrontar y salir airosos ante las desdichas cotidianas de la vida o frente acontecimientos mayores y traumáticos inhabituales. Es una capacidad inherente del ser humano y también un proceso dinámico ambiental que se desarrolla conforme intervienen agentes externos que apoyan a su estimulación. A través de las conductas, pensamientos y emociones, la resiliencia se expresa de diferentes maneras (American Psychological Association, 2016), adecuándose a las culturas y los momentos difíciles que varía desde la vivencia traumática (destrucción, peligro, sufrimiento) hasta los cambios que motiva el aprendizaje postraumático y la pronta reconstrucción del sentido de vida.

Por otra parte, el Ajuste Mental al Cáncer se trata de las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales que presentan las personas diagnosticadas con cáncer en relación a sus interpretaciones y valoraciones que atribuyen a la situación agobiante. Es decir, que el ser humano asume una

postura determinante frente a su diagnóstico y al tratamiento, concediéndole reacciones favorables o desfavorables frente a las exigencias que estos le imponen. Ello hace que el sujeto busque nuevas estrategias y adopte ciertas acciones para disminuir el malestar y la carga estresante creados por la enfermedad (Soriano, 2002).

1.4 Planteamiento del problema.

La palabra cáncer aún repercute en las creencias colectivas desesperadas por el sufrimiento, la injusticia y la muerte. Ésta anomalía se emplea como término genérico para aludir a varias enfermedades ya que existe cien tipos diferentes de cánceres y cada una con su prevalencia y tratamiento diferentes (Gonzales, 2012; Zevallos, 2008). Su etiología es parcialmente incierta, puede desarrollarse debido a múltiples agentes exógenos o endógenos pero se destaca la herencia genética como principal causante de esta anomalía. Sin embargo, las alteraciones orgánicas se activan por efecto del estilo de vida descuidado que muchas personas presentan cuando acuden a consulta; ambientes socio-familiares nocivos, exposiciones a químicos o radiaciones peligrosas y sobre todo el estrés y la sobrecarga emocional (Gonzales, 2012; Zevallos, 2008).

Desde su descubrimiento hasta la actualidad, a pesar de los avances biotecnológicos, sigue en el ranking de las principales enfermedades con alto porcentaje de mortalidad a nivel mundial y nacional (Ministerios de Salud, 2013; Pinillos & Limache, 2013). En el Perú, la Liga Contra el Cáncer (Gestión, 2016) estimó que cada año se diagnostican cerca de 47,000 casos oncológicos y más de 25,000 peruanos fallecen debido a esta enfermedad. Desde el año 2000 el

cáncer es la segunda causa de muerte en un 17 % (INEN, 2014) y genera pérdidas alrededor de 378 mil años de vida saludables que corresponden a 900 millones de dólares por año sobre la base del salario mínimo nacional (Pinillos & Limache, 2013).

Debido a la multicausalidad del cáncer se recomienda que la intervención con los pacientes sea completa e interactiva donde siempre esté alerta la promoción, prevención, diagnóstico temprano y rehabilitación, sin descuidar el área emocional, psicosocial y paliativa que también son promotores de calidad de vida.

Desde los años 60's, gracias a los aportes de la Dra. Holland en Estados Unidos, se viene desarrollando la psicooncología como enfoque multidisciplinar para luchar contra el cáncer. Componentes biomédicos, sociales, conductuales y psicoemocionales son fusionados para hacer de este un tratamiento completo y especializado (Broche & Medina, 2011; Gonzales, 2012; Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013). De este modo, los especialistas ambicionan mejorar el dinamismo entre médico-paciente y la eficacia de los recursos para crear servicios oncológicos, efectivos y de calidad, que puedan ser asequibles al público en general (Lamas, 2004).

La introducción cautelosa de la psicooncología en el Perú está cediendo buenas predicciones en el avance de nuevos métodos de intervención. Por el contrario, sus principales obstáculos son la escasa promoción e investigación de la especialidad o la falta de oportunidad para estudiar en este campo, ya que son pocos los artículos publicados con fundamentos teóricos y prácticos basados en la realidad peruana (Ruda, 2014).

Felizmente hoy en día se cuenta con centros sanitarios que valoran mejor los elementos de la psicología clínica y colaboran con el servicio de salud mental para la formación de especialistas en el campo asistencial e investigativo. Entre estos, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) se destaca por su trayectoria en tratamientos oncológicos y por tener un equipo médico altamente calificado.

Las evidencias más recientes del Departamento de Epidemiología y Estadística (INEN, 2016), señala que en el periodo del 2010 al 2012 el cáncer de mamas afectó al mayor porcentaje de mujeres entre 30 a 74 años (40,9 por 100.000) y de los varones sólo se contaron 21 casos tratados durante esos años. En el 2015 la incidencia de casos nuevos con esta neoplasia incrementó a 1 421 pacientes y sólo en octubre del 2017 se derivaron 163 pacientes al departamento de mamas (INEN, 2017). Con respecto a las atenciones en quimioterapia, en el 2017 se aplicaron 7,328 dosis en mujeres con estadios iniciales de cáncer mamario y 6,293 quimios a pacientes en fases avanzadas (INEN, 2017).

El proceso de enfermar también involucra que las condiciones hospitalarias y la atención médica sean óptimas, pero los esfuerzos por implementar y renovar las unidades oncológicas o centros preventorios del Perú son frenados por la baja inversión monetaria destinada para el sector salud (Quispe, 2016). La nueva Ley de Presupuesto 2017 sólo incrementa 2.4% a los recursos sanitarios, es decir que un aproximado de 300 millones de soles adicionales deben cubrir todas las carencias de este sector (Villanueva, 2016).

El esfuerzo constante de científicos y médicos están enfocados en disminuir la prevalencia y evitar la incidencia de nuevos casos con neoplasias malignas. Es natural que los especialistas prioricen métodos rápidos y efectivos

que brinden resultados positivos lo más antes posible. Dentro de ellos se encuentra la quimioterapia, uno de los tratamientos más utilizados para atacar células malignas suministrando elementos biotécnicos que combaten la enfermedad y aumenta la expectativa de vida (Zevallos, 2008). Éste es un procedimiento muy costoso en tiempo y dinero, pero lo más insoportable son las consecuencias físicas y psicológicas que lastiman y agotan lentamente la vida de cada paciente.

El interés médico también debe considerar la capacidad de cada paciente para pensar y actuar con la menor descompensación emocional, las posibilidades de adoptar y replantear conductas adecuadas, y los recursos afectivos familiares o sociales con los que cuenta (Vidal, 2008). De este modo, las estrategias terapéuticas tendrían resultados más eficientes al mismo tiempo que se cuida la salud mental. Es decir que los aspectos emocionales y psicosociales deben estar incluidos en el tratamiento tanto igual como la quimioterapia o radioterapia, pues de éstos también depende la erradicación de la enfermedad.

Dentro de las estrategias gubernamentales vigentes en el Perú para la promoción, prevención y educación del cáncer, el más reciente es el Plan de Atención Integral del Cáncer “Plan Esperanza”, que está apoyado en una política social para optimizar la atención sistémica y el acceso a los servicios oncológicos (El Peruano, 2012; Pinillos & Limache, 2013). Su afiliación con el Sistema Integral de Seguros, ofrece algunos servicios totalmente gratuitos dando más posibilidades de recuperación a los pobladores más necesitados (El Peruano, 2012).

A pesar que el Plan Esperanza incorpora servicios de salud mental, el protagonismo de los psicólogos aún es limitado. Negarles la cobertura que

necesitan estropearía el trabajo holístico del médico, paciente y familiar. Se trata de compartir escenario unos con otros, pues aquí el actor principal es el paciente y es gracias a él las ciencias de la salud siguen perenne. Cabe destacar que actualmente las alteraciones mentales y emocionales están incrementándose más que las enfermedades fisiológicas, deteriorando vidas saludables por discapacidad, desadaptación, aislamiento social y suicidios (OMS, 2013).

1.4.1 Formulación del problema. Evidentemente hoy en día son varias las dificultades económicas, sociales y culturales que obstaculizan un mejor control para el cáncer. La impotencia y frustración de estas limitaciones estresan aún más al paciente y es inevitablemente que deje consecuencias serias en el tratamiento. Por lo general, el paciente oncológico encapsula su dolor, mimetizándose en cuadros depresivos o ansiosos que empeoran su situación (Hernández et al., 2012; Taylor, 2007). Estos cuadros corren el riesgo de generar trastornos más graves y, en el peor de los casos, ideaciones e intentos suicidas (Hernández & Cruzado, 2013; Hospital, 2010).

Naturalmente el impacto psíquico del paciente lo sumerge a una inestabilidad emocional que hace endeble su adaptación a todo el tratamiento. Si el sujeto no es capaz de reconocer el malestar subjetivo que está viviendo, el procedimiento médico no funcionará adecuadamente. El entristecimiento, la ansiedad y la tensión hacen que su aislamiento sea más profundo y aunque no se manifieste en palabras, el cuerpo habla mejor por sí solo. Es comprobado que este tipo de inestabilidad empeora el diagnóstico e influye en la reaparición de la enfermedad siendo un riesgo diligente (Alberca, 2012; Bracamonte & Díaz, 2015; Cerezo et al., 2009; Cooper, 1986).

En el campo de investigación clínica y de la salud se está dando la oportunidad a los conceptos resiliencia y ajuste mental como alternativas mediadoras de calidad de vida (Alberca, 2012; Forero et al, 2005). Es por ello que a través de este proyecto científico se intentará dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre la Resiliencia y el Ajuste Mental, en mujeres adultas con cáncer de mama que reciben quimioterapia en un instituto especializado de la ciudad de Lima?

Desde la psicología del enfermo, la resiliencia es el crecimiento ante el dolor de una experiencia que interrumpe el ritmo de vida y pone en crisis las relaciones con el propio cuerpo, con uno mismo y con el mundo; es la capacidad para resistir a traumas vitales, hacerles frente y continuar creciendo (Sandrin, 2015). Ajuste Mental se le denomina a grupos de respuestas conductuales, emotivas y cognitivas que se manifiestan en el transcurso de la enfermedad. Son estilos de afrontamiento que pueden variar en el proceso y algunos tienen características de rápida y buena adaptación, mientras que otros son más lentos o aversivos (Cesaro, 2015; Trigoso, 2010; Watson et al., 1988).

Ya que el cáncer es el acontecimiento vital doloroso desde que se diagnostica hasta cuando hay remisión o recaída, el paciente debe afrontar cada fase lo más adecuado posible para que los nuevos eventos no lo perjudique abruptamente y haga vulnerable el acceso de alteraciones mentales (Bracamonte & Díaz, 2015; Hernández et al., 2012). En este sentido, gracias a la cualidad resiliente que por naturaleza tienen los seres humanos (Bouvier, 2005; Henderson, 2006), se espera que las respuestas de los pacientes sea más positivo y adaptativo, porque la evaluación mental que van realizando para cada situación les permiten cambiar su visión desalentadora a una perspectiva de lucha

y desafío (Cesaro, 2015; Gonzales, 2012). Es decir, los pacientes comienzan a proyectarse metas que los motivan a confiar en sí mismo y tener esperanzas a futuro justificando su deseo por seguir adelante enfrentando cada adversidad (Cerezo, 2014; Cesaro, 2015; Charro, Carrasco & José, 2013).

Por el contrario, cuando el paciente muestra conductas y cogniciones que desajustan el equilibrio emocional con una duración e intensidad significativa, puede deberse a la falta de reforzamiento de la resiliencia que usualmente se genera por la ausencia de apoyo socio-familiar (Díaz & Yaringaño, 2010; Henderson, 2006). No obstante, ser resiliente no significa que la persona es asintomática (Vidal, 2008); la resiliencia no es una cura absoluta para todos los problemas psicológicos o físicos, sino es la habilidad que le permite al sujeto sobrellevar progresivamente cada dificultad o experiencia traumática (Henderson, 2006; Uriarte, 2005).

Por lo tanto, durante el proceso de la enfermedad oncológica es probable que el paciente muestre estilos de afrontamiento aparentemente negativos y disfunciones emocionales o conductuales transitorias de envergadura menor, porque estas son respuestas normales ante circunstancias fuertes que no califican al sujeto como falta de resiliencia (Ascencio, 2015; Broche & Medina, 2011; Cesaro, 2015; Fabiana, 2011; Vidal, 2008).

Potencializar la resiliencia es una ambiciosa propuesta para promover la salud mental y el desarrollo de competencias socioemocionales (Cabanyes, 2010), mientras que el equilibrio entre las funciones cognitivas, ejecutiva, afectiva y relacional, otorgarían una adecuada interacción interpersonal que favorecerían el afronte de las diversas situaciones que el sujeto deberá experimentar (Cabanyes, 2012).

A pesar de las condiciones socioeconómicas y personales, el esfuerzo inagotable de la psicooncología sigue buscando mejores formas para sobrellevar la enfermedad. Hay que aprovechar las oportunidades que ofrece esta ciencia para que las técnicas psicoterapéuticas sean más eficaces frente al cáncer y así mejorar la calidad de vida (Montelongo, 2005, citado por Broche & Medina, 2011).

1.4.2 Objetivos de investigación.

Objetivo general:

Determinar la relación entre resiliencia y el ajuste mental al cáncer en un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Objetivos específicos:

- Conocer el nivel de resiliencia de los participantes.
- Identificar la prevalencia de estilos de ajuste mental específicos.
- Explorar la relación entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer.

1.4.3 Justificación de la investigación.

Importancia de la investigación

Esta investigación está diseñada no sólo para dar aportes empíricos a la comunidad científica sobre los métodos que las personas usan para afrontar y adaptarse a las amenazas del cáncer, sino también para que estos pacientes se

percaten del beneficio de su propia capacidad resiliente y se den la oportunidad de autoempoderarse reforzando su propia salud mental.

La relevancia de este estudio también radica en la actitud de los agentes externos, ya sean familiares, amigos o los mismos profesionales de la salud, frente a la enfermedad y a los acontecimientos concomitantes a ella; 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.

La resiliencia implica asumir una actitud importante para vivir en sociedad, conduciendo el pensamiento y sentimiento que condicionan la significatividad de la propia existencia, y alentando la búsqueda auténtica de un desarrollo integral del ser humano. La situación social que genera, requiere momentos de encuentro donde se puedan conocer mejor los caminos de la convivencia y profundicen la concientización sobre diversos aspectos que contribuyan a modificar el comportamiento y a construir espacios para orientar la fortaleza psicosocial y el involucramiento de instituciones públicas, privadas y gubernamentales del país.

Del mismo modo, una visión integral considera un nuevo aporte clínico que compromete la atención multidisciplinaria, los procesos de aprendizaje constructivo, los afectos y las emociones compartidas; a través de las cuales se puedan diseñar nuevos proyectos y programas de intervención, promoción y prevención de la salud mental a partir del fortalecimiento de la resiliencia y del desarrollo de competencias socioemocionales. Además, habilitará la formación de equipos y unidades especializadas con una línea de trabajo en conjunto para percibir resultados efectivos y globales que muestren garantías en la calidad de vida, incentivándolos a renovar planes docentes universitarias que actualicen la malla

curricular e incorporen la Psicooncología como una nueva especialidad (Ruda, 2014).

Finalmente, variables como ajuste mental al cáncer incentivan a crear nuevos instrumentos psicológicos que predigan otras respuestas de afrontamiento al diagnóstico oncológico, brindando resultados viables para contrarrestar reacciones negativas que influye en el progreso del tratamiento y posteriormente, en su reinserción social. Sería indispensable que nuevos test, ya sea de ajuste mental u otras mediciones de afrontamiento, pongan a prueba su validez y confiabilidad en diversas culturas peruanas, donde el estilo de vida, pensamientos, afectos y otras variables psicosociales, puedan ser predictores de un buen o mal pronóstico frente de la enfermedad.

Viabilidad de la investigación

Este trabajo es de carácter cuantitativo referente a la resiliencia y ajuste mental al cáncer en personas con diagnóstico oncológico. Su alcance será descriptivo y deductivo; por lo tanto se recurrirán a test psicológicos que han sido evaluados psicométricamente y se han estandarizado en el Perú. Además, los colaboradores deberán resolver una encuesta de datos personales siempre y cuando hayan accedido al consentimiento informado previamente.

Las variables a estudiar cuentan con acceso de información primaria en libros, revistas, internet, etc. Igualmente, el estudio poblacional será con los pacientes que llevan quimioterapia ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, donde se ha observado una concurrencia considerable de atendidos que se calcula suficiente para el tamaño muestral.

El tiempo de ejecución del proyecto se insta a mediano plazo en un aproximado de 6 meses, en el cual se manejará el marco teórico, la metodología, la recolección de los datos, su procesamiento y la discusión respectiva.

CAPÍTULO II

HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis principales y derivadas

Hipótesis general de investigación:

Existe una relación significativa entre la resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en 135 mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia.

Hipótesis Específicas:

H₀: No existe relación significativa entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en las pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia.

H₂: Existe una tendencia hacia niveles altos de resiliencia.

H₃: Hay mayor práctica de estilos positivos de ajuste mental.

H₄: A mayor resiliencia, mayor espíritu de lucha.

H₅: Ante mayor resiliencia, habrá menor desamparo/ desesperanza.

H₆: A mayor resiliencia, menor preocupación ansiosa.

H₇: Ante mayor resiliencia, menor fatalismo/ aceptación estoica.

2.2 Variables y definición operacional.

Var.	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica
Resiliencia	Según Wagnild y Young (1993), la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación.	Factor 1: Competencia personal	Expresión de autoconfianza, independencia, decisión, poderío, ingenio y perseverancia.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24.	Escala de Resiliencia con respuestas likert 1 - 7
		Factor 2: Aceptación de uno mismo y de la vida	Indica adaptabilidad, balance, flexibilidad y perspectiva de vida estable.	7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25.	
Ajustes Mental al Cáncer	De acuerdo con Trigo (2009), el ajuste mental al cáncer refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer y las reacciones emocionales que conlleva.	Espíritu de Lucha	Grado de optimismo frente al diagnóstico proactividad, planificación de metas y búsqueda de soluciones.	3, 7, 9, 12, 14, 20, 21, 23, 24, 26, 30, 31.	Escala de Ajuste Mental al Cáncer Revisado con respuestas likert: -Totalmente falso -Falso -Verdadero -Totalmente verdadero
		Desamparo/ Desesperanza	Visión pesimista del pronóstico, interpretación de amenaza o pérdida afectiva, autoestima baja y desamparo.	1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 25, 28.	
		Preocupación Ansiosa	Respuestas ansiosas, de inseguridad y pensamientos de culpa.	2, 10, 15, 16, 29.	
		Fatalismo/ Aceptación Estoica	Situación percibida como amenaza que no puede controlar. Conducta pasiva, evita responsabilidad, poco grado de ansiedad, estado emocional sereno.	5, 8, 11, 18, 27.	

CAPÍTULO III

MÉTODOLÓGIA

3.1 Diseño metodológico

El presente proyecto de investigación está basado en un diseño no experimental transversal correlacional-causal, que consiste en la recolección de datos en un tiempo único, con el objetivo de describir y analizar la relación y ocurrencia entre las variables resiliencia y ajuste mental al cáncer en un momento dado, sin la manipulación de alguna de éstas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.2 Diseño muestral.

Para la selección de los participantes se usó el muestreo de tipo no probabilístico por oportunidad durante un periodo de tres meses, ya que se pretendió hacer estimaciones de las variables de estudio en personas reunidas en un determinado lugar por un motivo ajeno a la investigación (Hernández, et. al., 2010); como por ejemplo, los pacientes oncológicos que llevan quimioterapia en un centro de salud especializado.

Los participantes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos para mayor practicidad del estudio. Debían ser el género femenino, con cáncer de mama primario y edades entre 30 a 70 años; independiente de su estado civil; el grado de instrucción mínima de nivel

secundaria ya sea que estén o no laborando, y por lo menos haber recibido la primeras dosis quimioterapéuticas. Por el contrario, quedaron excluidas aquellas personas cuyas edades sean menores de 30 y mayores de 70 años, que muestren indicadores psicopatológicos, que no hayan culminado sus estudios de primaria, que sean pacientes primerizas en quimioterapia y que tengan más de un diagnóstico oncológico.

De este modo, se contó con la participación de 165 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, de los cuales 30 casos fueron excluidos de la muestra final dado que no cumplían con los criterios establecidos y algunos no respondieron a todos ítems de los cuestionarios. La muestra final estuvo compuesta por 135 pacientes que recibieron quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante los meses de enero, febrero y marzo. Enseguida se demostrará la descripción de los participantes en función de las características sociodemográficas (ver Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de la muestra por características sociodemográficas

Variable	f	%
Edad	30 - 39	22,96
	40 - 49	37,03
	50 - 59	26,66
	60 - 70	13,33
Lugar de Nacimiento	Lima	36,3
	Provincia	63,0
	Extranjero	0,7
Estado Civil	Soltera	29,6
	Casada/Conviviente	60,0
	Viuda	2,2
	Divorciada	8,1

Hijos	No	18	13,3
	Si	117	86,7
Grado de instrucción	Secundaria	71	52,6
	Técnico	27	20,0
	Universidad	10	7,4
	Egresado	27	20,0
Trabaja	No	113	83,7
	Si	22	16,3
Atención por medio del SIS	No	20	14,8
	Si	115	85,2
Conocimiento del diagnóstico médico	No	0	0
	Si	135	100
Tratamientos	QT	109	80,7
	QT más otros Tx	26	19,3
Tiempo del tratamiento actual	1 o 2 semanas	16	11,9
	1 mes	8	5,9
	Más de 2 meses	66	48,9
	1 año a más	45	33,3
Familiares que hayan recibido el mismo Tx.	No	93	68,9
	Si	42	31,1
Apoyo en casa y en el hospital respecto al Tx.	Familia	123	91,1
	Amigos	4	3,0
	Centros	1	0,7
	No recibe apoyo	7	5,2
Total		135	100

Nota: Tx = Tratamiento; QT = Quimioterapia

3.3 Técnicas de recolección de datos.

3.3.1 Ficha Sociodemográfica. Incluye los datos personales del participante tales como: nombre, edad, sexo, fecha de evaluación, lugar de nacimiento, distrito de residencia actual, estado civil, ocupación, grado de instrucción del paciente,

personas que viven con el paciente y saber si pertenecen o no al SIS. Además, cuenta con preguntas relacionadas a la enfermedad y al tratamiento en curso: Tiempo y tipo del tratamiento(s) actual(es) y anterior(es), conocimiento del diagnóstico, antecedentes familiares oncológicos y apoyo socio-familiar.

3.3.2 Escala de Resiliencia (ER). Originalmente diseñado por Wagnild y Young (1993) y posteriormente adaptado al contexto peruano por Del Águila (2003). Consta de 25 ítems con 7 opciones de respuesta tipo likert y está dirigida a adolescentes y adultos. La prueba comprende de dos factores: El primero es Competencia Personal, integrado por 17 ítems que indican autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia; mientras que el segundo factor es Aceptación de uno mismo y de su vida, representado por 8 ítems que denotan adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Asimismo, a través del método Alpha de Cronbach, se encontró un nivel de confiabilidad de .7622 para toda la escala. Cabe mencionar que de acuerdo a los estudios de Bracamonte y Días (2015) y Ascencio (2015), el puntaje global que arroja este instrumento está dado en tres categorías bajo, medio y alto, con puntajes de 0-117, 118-134 y 135-+, respectivamente.

3.3.3 Escala de Ajuste Mental al Cáncer Revisado (MAC-R). Esta escala fue creada en Inglaterra por Watson et al. (1988) y luego fue revisada y adaptada al Perú por Trigos (2009). La prueba está dirigida a la población adulta y comprende de 31 reactivos con 4 opciones de respuesta tipo likert. Incluye 4 subescalas que representan los estilos de respuesta frente al diagnóstico

oncológico: Espíritu de Lucha (visión optimista), Desamparo/ Desesperanza (visión pesimista y de amenaza), Preocupación Ansiosa (impresión de incertidumbre que genera ansiedad) y Fatalismo/ Aceptación estoica (aceptación superficial, adjudica la responsabilidad a otros). La confiabilidad de la prueba, basada en el método de Alpha de Cronbach presenta niveles de consistencia interna que varían desde .60 hasta .72 (Espíritu de Lucha, .73; Desamparo/Desesperanza, .75; Preocupación Ansiosa, .65; y Fatalismo/ Aceptación Estoica, .62).

3.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron procesados por medio de un análisis descriptivo, con la finalidad de brindar los datos relacionales entre las variables de estudio, resiliencia y ajuste mental al cáncer; así como un análisis inferencial, para obtener la medición de los datos recolectados a través del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 25 (Statistical Package for the Social Sciences – SPSS v.25).

Cabe mencionar, que se utilizó el método de Alfa de Cronbach para saber la confiabilidad por consistencia interna de los instrumentos a emplear. Además se evaluó la muestra a nivel descriptivo usando tablas de frecuencia y porcentajes. Posteriormente, a nivel inferencial se identificaron los estadísticos descriptivos Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar y Rango (Mín. y Máx.) por cada variable, se realizó el análisis de la normalidad a través de la prueba de Shapiro-Wilk (Pedrosa, Juarros, Robles, Basteiro & García, 2015) y se empleó el Coeficiente de correlación de Pearson (Winter, Gosling, & Potter, 2016).

3.5 Aspectos éticos.

Para llevar a cabo el estudio, primero se tramitará la autorización del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de acuerdo a las bases y condiciones preestablecidas que inviten a los pacientes del departamento de quimioterapia ambulatoria, a que sean partícipes de la investigación. Luego, teniendo en cuenta la voluntariedad y respeto por los participantes se informará el propósito de la investigación a cada uno de ellos, haciéndoles saber el anonimato y confidencialidad de los datos, así como la oportunidad de retirarse en caso fuese necesario, con el fin de solicitar el consentimiento informado respectivo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación se expondrá los hallazgos estadísticos obtenidos a nivel inferencial y descriptivo de la investigación. Primero se explicará la consistencia interna de las pruebas utilizadas; luego se tratarán los resultados respecto a la variable resiliencia, continuando con el constructo ajuste mental al cáncer y finalmente, se concluirá con la relación entre ambas de acuerdo a los objetivos previamente planteados.

El análisis de consistencia interna de las pruebas utilizadas se resolvió por medio del método alfa de Cronbach (Celina & Campo, 2005), con el que la Escala de Resiliencia total obtuvo un alto grado de confiabilidad ($\alpha = .918$), al igual que el factor 1 ($\alpha = .902$) y factor 2 ($\alpha = .744$).

Tabla 2
Confiabilidad de la Escala de Resiliencia

	α	n
Resiliencia (Total)	.918	25
Factor 1	.902	17
Factor 2	.744	8

En el caso del MAC – R la consistencia interna se analizó por cada dimensión de ajuste mental (ver Tabla 3). Se encontró una alta fiabilidad en los estilos Espíritu de Lucha ($\alpha = .804$) y Desamparo/Desesperanza ($\alpha = .799$). El

estilo Preocupación Ansiosa logró una confiabilidad moderada ($\alpha = .671$), mientras que el cuarto estilo Fatalismo/ Aceptación Estoica logró una baja fiabilidad ($\alpha = .513$).

Tabla 3

Confiabilidad de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer - Revisado

	α	n
Espíritu de Lucha	.804	12
Desamparo/ Desesperanza	.799	9
Preocupación Ansiosa	.671	5
Fatalismo/ Aceptación Estoica	.513	5

En la Tabla 4 se evidencia que la mayor cantidad de puntuaciones de la variable Resiliencia están agrupadas en un rango mínimo de 63 y máximo de 172 puntos, con una variabilidad de los datos de 20.770, un promedio aritmético de 137.90 y una moda de 155. Estos dos últimos estadísticos denotan que hay una tendencia a categorías altas de resiliencia ya que según los autores Wagnild y Young (1993) la escala de resiliencia puntúa entre 25 a 175 puntos como máximo, lo que significa que puntajes cercanos al máximo teórico serían indicadores de mayor resiliencia. Además, se puede corroborar el nivel de resiliencia alta con las que Bracamonte y Días (2015) y Ascencio (2015) emplearon: 0-117, 118-134 y 135-+ (ver Tabla 5).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de Resiliencia

	<i>m</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Mo	Rango	Mín	Máx	<i>g</i> ₁	<i>g</i> ₂	S-W	<i>D</i>
R	142,00	137,90	20,770	155	109	63	172	-,833	,657	,000	,085
F1	97,00	95,61	14,688	107	74	44	118	-,804	,522	,000	,101
F2	43,00	42,29	7,326	44	37	19	56	-,636	,224	,003	,102

N = 135, R: resiliencia total, F1: factor 1, F2: factor 2, *g*₁: Asimetría, *g*₂: Curtosis, S-W: Shapiro y Wilk, *D*: diferencia más extrema absoluta.

Tabla 5

Categorías del nivel de Resiliencia

Resiliencia	f	%
Baja	19	14.07
Media	33	24.44
Alta	83	61.48

Por otro lado, la Tabla 6 demuestra que el estilo Fatalismo/ Aceptación Estoica concentra sus datos con mayor simetría a diferencia de los otros estilos, puesto que tiene un promedio aritmético semejante a la mediana ($m = 14.00$; $M = 14.58$); una dispersión de 2.184, un rango de 12 datos (Mín = 8; Máx = 20) y una moda de 14 puntos. No obstante, se observa en general que la presencia de los cuatro estilos es constante porque las diferencias de los promedios aritméticos con la medianas son mínimas: Espíritu de lucha ($m = 39.00$; $M = 38.73$; $DE = 4,560$), Desamparo/ Desesperanza ($m = 17,00$; $M = 16,67$; $DE = 4,354$) y Preocupación Ansiosa ($m = 12,00$; $M = 11,70$; $DE = 2,735$).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de Estilos de Ajuste Mental al Cáncer

	<i>m</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mo</i>	Rango	Mín	Máx	<i>g</i> ₁	<i>g</i> ₂	S-W	<i>D</i>
EL	39,00	38,70	4,560	35	20	28	48	,109	-,827	,009	,116
DD	17,00	16,67	4,354	18	25	9	34	,311	,758	,002	,109
PA	12,00	11,70	2,735	10	14	5	19	,302	,236	,023	,095
FAE	14,00	14,56	2,198	14	12	8	20	,023	,949	,001	,132

N = 135, EL: Espíritu de lucha, DD: Desamparo/Desesperanza, PA: Preocupación Ansiosa, FAE: Fatalismo/ Aceptación estoica, *g*₁: Asimetría, *g*₂: Curtosis, S-W: Shapiro y Wilk, *D*: diferencia más extrema absoluta.

Sobre las pruebas de normalidad, se consideró también el análisis por distribución atendiendo a las magnitudes de la asimetría y la curtosis. Para complementar, se realizó un examen de la magnitud del alejamiento de la distribución de los datos a través de la diferencia más extrema absoluta (*D*), con el cual se podría corroborar que la media de alejamiento de los datos a una distribución normal es insignificante para Resiliencia total y Preocupación Ansiosa ($D < .10$); mientras que para las demás variables, Espíritu de lucha, Desamparo/Desesperanza y Fatalismo/ Aceptación estoica, el alejamiento es pequeño ($D = > .10$ y $< .30$) (Domínguez-Lara, en prensa). De acuerdo a estos resultados es conveniente emplear el Coeficiente de correlación de Pearson (Winter, Gosling & Potter, 2016).

Respecto a la correlación entre las variables en la muestra estudiada, se observa en la Tabla 7 que hay niveles estadísticamente significativos entre el grado de Resiliencia Total y Espíritu de lucha ($r = .310$; $p \leq .01$), Desamparo/Desesperanza ($r = -.235$; $p \leq .05$), Preocupación Ansiosa ($r = -.222$; $p \leq .01$) y Fatalismo/Aceptación estoica ($r = .202$; $p \leq .05$). Esto rechaza la H_0 ; además se ha registrado que la variable Resiliencia tiene una relación positiva con Espíritu de

Lucha y con Fatalismo/Aceptación estoica; mientras que con Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa la relación es negativa o inversa.

Tabla 7

Correlación entre Resiliencia y Estilos de Ajuste Mental al Cáncer

	Espíritu de Lucha	Desamparo/Desesperanza	Preocupación Ansiosa	Fatalismo/Aceptación estoica
Resiliencia Total	,310**	-,235**	-,222**	,202*
Factor 1	,312**	-,291**	-,256**	,173*
Factor 2	,254**	-,082	-,116	,227**

$N = 135$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La iniciativa que impulsó a desarrollar este proyecto es la esperanza que el lector y futuros investigadores se involucren más en el tema, dándole significancia teórica y práctica que aporten en el alcance de la psicooncología a nivel académico, social e individual. A continuación, se procede a interpretar la información hallada en el capítulo anterior contrastándolo con las teorías e investigaciones detalladas a lo largo del marco teórico. Además se comentarán las limitaciones encontradas en el transcurso del estudio para precisar las sugerencias más idóneas.

El cáncer es una de las enfermedades crónicas más conocidas que constituye un problema de salud pública debido a sus altos índices de mortalidad y a las consecuencias psicológicas, emocionales y sociales que hacen propenso su propia reaparición (Alberca, 2012; Ministerio de Salud, 2013). El carácter multifactorial de las neoplasias atrae la inspiración de muchos científicos para estudiar mejores soluciones de salud y calidad de vida. Hoy por hoy, cerca del 50% de diversos tipos de cánceres pueden curarse, pero aun así las remisiones van acompañadas de secuelas biopsicosociales que a menudo son difíciles de aceptar para los pacientes (Gonzales, 2012).

Al mismo tiempo, el cáncer representa una ruptura temporal de la perspectiva a futuro y la esperanza, que busca mantener la supervivencia con el retorno a la normalidad (Rodríguez, 2013). Es decir, el ser humano deja su papel de indefenso en segundo plano para cumplir el rol emprendedor y vencedor de su

propia existencia. Se plantea metas que puedan trascender a sus límites naturales (Cabanyes, 2012) para acomodarse a un nuevo mundo lleno de responsabilidades cada vez más exigentes, con el objetivo de alcanzar el sentido de su propio significado de ser en el mundo (Frankl, 1991).

En las 135 pacientes evaluadas se comprobó que la capacidad para enfrentar experiencias adversas y ser fortalecido por ellas, se conserva durante el proceso del tratamiento oncológico estimado desde las primeras semanas en que inician la segunda o tercera dosis de quimioterapia en donde ya se evidencia cambios fisiológicos y malestares psicosociales. Las características resilientes y el grado en que permanecen oscilan con frecuencia entre niveles medio y alto, coincidiendo con los hallazgos de otras investigaciones aplicadas en mujeres con cáncer de mama (Aguilar, 2016; Ascencio, 2015; Chico, 2017).

Esta lucha constante por subsistir ante la enfermedad ha visto necesario que la mentalidad del individuo resiliente responda a nuevas convicciones, más realistas y trascendentales, percatándose de que sus actos o la ausencia de ellos trae consecuencias sobre su bienestar, tomando la decisión consciente de asumir las riendas de lo que lo rodea para actuar y valerse como el dueño de su propio destino (Martín, 2013). Ser resiliente significa crecer hacia algo nuevo (Vanistael & Lecomte, 2002, referido por Vidal, 2008), más que recuperarse del trauma es la singularidad del dominio lo que caracteriza al ser resiliente. La forma en que percibe, valora y hace frente al hecho amenazante es lo que le permite manejar su situación.

Burga et al. (2016) identificaron que la regulación de emociones es un factor que contribuye en la explicación de la resiliencia, partiendo desde una adecuada percepción y comprensión de las emociones que dedique el tiempo

necesario para ver el problema de formas menos complejas. El estrés y la lucha por aceptar la deformación física que generan los tratamientos hacen vulnerables a estados emocionales negativos de ira, culpa y melancolía, pero estos serían regulados por mecanismos que mantiene alerta al paciente para que reflexione sobre dichas emociones y así los pueda controlar sin disminuir ni exagerar su intensidad. Porro, Andrés y Rodríguez (2012) aseguran que tanto la expresividad emocional y la supresión emocional, juegan un papel dominante en la salud física y mental de los pacientes.

Es importante mencionar que en la fase de evaluación, a pesar que las participantes estaban inmersas en la aflicción, ellas reevaluaban su propia situación asumiendo un papel activo y convincente que les permitía llevar cabo tácticas en función a lo que creen conveniente para su salud, de manera que puedan adaptarse lo mejor posible al tratamiento. Como dicen Crespo y Rivera (2012), si bien el cáncer es una experiencia de pérdida y desamparo, del mismo modo es una forma de oportunidad para lograr un propósito de vida, en el que se prioriza la perseverancia, el entusiasmo y la esperanza, minimizando la tristeza y las preocupaciones que simbolizan la derrota frente a la enfermedad.

Varios autores prueban que las personas con mayor tendencia a emociones positivas suelen emprender las circunstancias difíciles de una mejor forma, respaldados con estrategias de afrontamiento más adaptativas (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009; Oblitas, 2010; Taylor, 2007). Tal parece que estas personas resistieran más a los efectos colaterales (psicológicos y biológicos) de la misma condición, lo que produce un mayor control del estrés, bienestar y logros vitales (Cerezo, 2014).

La psicología positiva afirma que las personas que tienen mayor carga de una determinada condición, se preocupan tanto por aliviar su sufrimiento, como por aumentar su alegría y satisfacción por la vida (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Al experimentar emociones positivas (alegría, entusiasmo, humor, entre otros), se generan estados mentales y comportamientos que anticipan al individuo de peligros o desdichas para que pueda confrontar con éxito el proceso subversivo, ya que sirven como medio para canalizar emociones negativas, sobreponerse a momentos difíciles y reanimarse a sí mismo (Cerezo, 2014). Según Cabanyes (2010), las variaciones de la resiliencia influyen en las emociones positivas y el incremento de la satisfacción de vida. Sugiere que la felicidad del individuo no se debe porque se sienta mejor sino porque desarrolla recursos para vivir bien.

Sin embargo, al enfrentar cualquier enfermedad siempre surgirán actitudes y pensamientos tanto positivos como negativos, pero no necesariamente justifica que haya una buena o mala adaptación del sujeto (Pinquart, Frohlich & Silbereisen, 2007). En el presente estudio se observó que en las respuesta de las participantes se encontraron características de fatalismo/ aceptación estoica, espíritu de lucha, desamparo/ desesperanza y preocupación ansiosa, de los cuales las dos primeras tuvieron una relación directamente proporcional con la variable resiliencia, mientras que las dos últimas tenían una relación inversa o negativa. Se estima que a mayor resiliencia, aumenta el espíritu de lucha y el fatalismo/ aceptación estoica; mientras que cuanto menos resiliencia hay, predominaría el desamparo/ desesperanza y preocupación ansiosa.

A pesar del alto grado de resiliencia que mostraron los participantes, no evita que puedan estar expuestas a la angustia e incertidumbre del tratamiento.

Lo mismo ocurrió con Palacios y Hernández (2011), quienes se percataron que en sus participantes con cáncer de cérvix predominaba la actitud de espíritu de lucha porque percibían a la enfermedad como un reto y veían superable la condición que padecían, pero además se manifestaron otros estilos como desamparo o fatalismo que eran usados como medios de afrontamiento por los mismos pacientes.

Trigoso (2012) evaluó los estilos de ajuste mental en función de la posibilidad predictiva que puedan presentar cada uno de ellos a favor del bienestar psicológico. Según este modelo, lo esperado es que el estilo más adecuado y favorable sea el espíritu de lucha; por el contrario, se probó que todos los estilos se presentaban de forma paralelas unas con otras y en distintos niveles, teniendo mayor grado de predicción al bienestar aquellos pacientes que aceptaban la enfermedad con una actitud más positiva, a diferencia de aquellos que asumían una posición más angustiosa o de incertidumbre, ya que en ellos el bienestar se predecía en un menor grado. La autora resaltó, que no es conveniente primar un estilo por sobre los demás, ya que al parecer existe una interrelación de las respuestas entre los diferentes estilos de afrontamiento.

El diagnóstico de cáncer genera un impacto tan fuerte en las emociones (Crespo y Rivera, 2012; Palacios y Hernández, 2011), que exige al individuo una gama de esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar el problema y las consecuencias emocionales en su afán por adecuarse al entorno (Palacios y Hernández, 2011). En esta circunstancia abrumadora las habilidades de afrontamiento son la instancia esencial para contrarrestar el exceso de las demandas producido por el mismo evento, de manera que pueda mantenerse un mejor estado de la salud y satisfacción personal (Salanova, 2009).

El inconveniente radica en que estas estrategias de afrontamiento no tienen un esquema determinante para justificar cuál es la más favorable o la menos adecuada en un determinado momento (Lazarus y Lazarus, 2000). La aprehensión y valoración de la circunstancia es naturalmente variada e individual para cada persona; predecir un patrón de estrategias solicitaría diseñar un estándar de las percepciones y evaluaciones que las personas realicen en diferentes situaciones pero con el mismo factor común de aversión, o sea el cáncer.

Según Gonzales (2012) no es apropiado esperar que los pacientes asuman una u otra actitud exclusiva para discriminar la más adecuada, porque incluso la más positiva podría conducir a efectos aversivos. Por ejemplo, en el caso del espíritu de lucha los pacientes optan por un perfil desafiante y combativo, el cual supuestamente daría un buen pronóstico; no obstante, en el supuesto que haya una evolución negativa ese espíritu combativo puede predisponer un sentimiento de culpa porque la persona interpretaría que no ha sido lo suficientemente fuerte para someter su malestar, lo que posteriormente produciría mayor estrés y frustración. Este autor propone que lo ideal sería averiguar el perfil individual para conocer qué implicancia tiene cada uno de los estilos al interior del propio equilibrio psicológico de los pacientes, dado que ellos atraviesan distintas etapas a los que deben adaptarse usando sus propios mecanismos.

Fabiana (2011) demostró que el uso de ciertas técnicas de afrontamiento se diferenciaba conforme al tipo y la fase del cáncer que padecían los pacientes. El predominio de los estilos espíritu de lucha y de negación/ evitación estuvieron presente durante todo el proceso, pero en el curso de las fases más avanzadas prevalecían los métodos desesperanza/ desamparo y fatalismo/ aceptación

estoica. Esto confirma que en las fases más avanzadas de la enfermedad las personas muestran mayor abatimiento y optan por una forma de aceptación pasiva, lo cual es de esperarse porque hay una disminución de recursos (tiempo y oportunidades) que les impide seguir perseverando. Por otro lado, la participación familiar también fue un predecesor por determinados estilos de ajuste mental, ya que el 75% de los pacientes percibieron cambios significativos en el ambiente familiar, de los cuales el 62% fue de connotación positiva.

Enfermar de cáncer implica ser parte de un proceso largo y paulatino, que tiene un pronóstico incierto y es voluble a cualquier agravio (Gonzales, 2012; Vidal, 2008). Un día el paciente puede sentirse mejor, pero al siguiente puede recaer y volver a entristecer. Si bien no hay una postura que determine el mejor grado de adaptación, la disposición por un estilo en mayor grado que otros depende tanto de la evolución de la enfermedad, la edad, la conformidad del participante durante la evaluación y el ambiente socio-familiar en el que se desenvuelve.

Por ejemplo Cesaro (2015) vio que los estilos más usados por sus pacientes fueron espíritu de lucha y desesperanza, y el menos utilizado fue preocupación ansiosa. Sierralta (2015) encontró una estrecha relación entre el ajuste mental al cáncer y los tres tipos de apoyo social percibido, emocional/informacional, afectivo e instrumental. Estos se asociaban positivamente con espíritu de lucha y negativamente con desamparo/desperanza, pero variaban en función de la edad y nivel de instrucción. A mayor edad los pacientes solían responder con más desamparo/desperanza ya que cuanto más cerca esté el adulto a la tercera edad, más duelos o pérdidas tendrá que enfrentar. Del mismo modo, las personas que tenían grados de

instrucción superiores mostraban características de espíritu de lucha; pero a menor nivel de educación los pacientes hacían mayor uso de estilos desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo.

Siguiendo esta línea y aprovechando algunas características sociodemográficas de la muestra estudiada, se destaca que las participantes percibieron mayor soporte de la familia en un 91,1 %. El 3 % y 0,7 % percibían el apoyo de amigos y centros comunitarios, respectivamente. Por supuesto esto influye en la alta resiliencia de las pacientes porque la familia es la fuente primaria de experiencias que favorece la reacomodación psicoafectiva, otorgando recursos de supervivencia y valía (Fabiana, 2011). Pese a ello, las 7 pacientes (5,2%) que respondieron “no recibo apoyo”, 4 de ellas obtuvieron resiliencia alta, 3 resiliencia moderada y el estilo desamparó/desesperanza ($M = 19,28$ y $Mo = 18$) fue el que predominó por una corta diferencia con los otros estilos (Espíritu de Lucha: $M = 39,42/ Mo = 41$; Preocupación Ansiosa: $M = 13/ Mo = 15$; Fatalismo Aceptación Estoica: $M = 14,85 / Mo = 13$).

De acuerdo con Broche y Medina (2011), la aceptación del cáncer se modula en correspondencia con el optimismo frente a la recuperación, la fuerza extra que caracteriza la personalidad resistente y la solución activa del problema. Sin embargo, la diferencia entre las personas optimistas y pesimistas tiene que ver con la forma en que ellos se relacionan con su ambiente y la importancia que ejerce en sus vidas (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010, mencionado por Cerezo, 2014).

La acumulación de experiencias positivas y negativas interfiere en la resiliencia modificando las respuestas personales para cambiar la trayectoria amenazante por una más adaptativa (Cabanyes, 2010). El comportamiento

resiliente es común en pacientes cuyo soporte social se basan en relaciones constructivas y empáticas apartados de interacciones lastimosas o minusvalizantes (Broche & Medina, 2011). Diversos estudios comprueban que la resiliencia guarda una relación directa con el apoyo social que perciben las personas cuando son diagnosticadas con cáncer y durante todo el proceso de tratamiento (Bracamonte y Díaz 2015; Crespo & Rivera, 2012; Chico, 2017; Fabiana, 2011; Sierralta, 2015; Trigoso, 2012).

Los pacientes oncológicos aprenden a lidiar tanto con la enfermedad, con sus semejantes y viceversa (Broche & Medina, 2011). El sustento social provee los recursos a través de una red conformada por la familia, amigos, compañeros del trabajo, otros pacientes, profesionales de la salud, etc. En tiempos de crisis son esenciales estos recursos porque permitirán la expresión de emociones y la búsqueda de informaciones fáciles y apropiadas para enfrentarlos, (Broche & Medina, 2011). Las respuestas de la familia a esa situación dependen de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamientos a eventos significativos y de una serie de mitos, creencias y tradiciones establecidas alrededor de la enfermedad (Díaz & Yaringaño, 2010).

Cabe mencionar, que el esquema sociocultural moderno del cáncer es totalmente distinto al escenario lúgubre que antes representaba. Con sólo escuchar su nombre podía desencadenar perturbaciones y enjuiciamientos que, tal vez fueron los causantes concomitantes de la muerte de cientos de personas. No se está juzgando las creencias antiguas, la idea es comprender los ideales que daban importancia a ciertos elementos que agravaban la enfermedad y que ponían significado al “ser enfermo” o “estar enfermo” (Gonzales, 2012).

La imagen del cáncer hoy en día, pretende persuadir la configuración y orientación de comportamientos frente a la salud, de tal manera que amortigüe el carácter amenazador y restrictivo de la enfermedad. En este punto, la influencia de los medios de comunicación y de las Tecnologías de la Información y Comunicación (Sánchez, 2007) cumple el papel indispensable en la trasmisión del mensaje que es determinante en las nuevas creencias colectivas para la mejora del estándar de vida. En la actualidad predomina la era del conocimiento y el condicionamiento de masas pretende beneficiar mutuamente al paciente, sus familiares, hospitales, equipos sanitarios y obviamente también a los dueños de los medios de comunicación y las industrias farmacológicas.

El alto valor que tiene la información es muy importante en la esperanza de las personas. Una experiencia muy interesante que se rescata de esta investigación, fueron las charlas, consejerías o acompañamiento emocional que se aplicó a las pacientes de forma individual o grupal, justo cuando se hacía la retroalimentación de las pruebas administradas. En esos momentos, las participantes pedían información y explicación de lo que les estaba pasando psicológicamente. Muchas de ellas desconocían el servicio de salud mental del INEN, otras veían a la tristeza como el enemigo y se obligaban a dejar de llorar porque pensaban que esto empeoraría el tratamiento, varias sentían que nadie podía comprenderlas. Se deben aprovechar las investigaciones como medio de comunicación macrosocial para transmitir estas experiencias y hacer de la comunidad científica una red de apoyo social.

El crecimiento invasivo del cáncer ha dado cabida a innovadores tratamientos e instrumentos para una mejor calidad de vida, además de la propagación de diversas campañas preventivas para la vida saludable (Díaz &

Yaringaño, 2010). Todo esto crea en el individuo una visión más positiva para su pronóstico, lo cual aporta al alto nivel de resiliencia observado en las 135 pacientes, pudiendo ser un componente clave en su fortalecimiento y el uso de métodos apropiados que afronte la adversidad.

En resumen, el ser resiliente consta de un domino impresionante del proceso cancerígeno, pensando y actuando con la menor descompensación emocional posible. Del mismo modo, las estrategias de ajuste mental son formas aleatorias de adaptación, donde se utilizan varios de estos estilos en distintos momentos del proceso. Empero, las personas difieren tanto en sus modos de confrontar los problemas, así como en los recursos que disponen para contrarrestar las demandas al que están expuestos; por ende, la calidad de vida del paciente con cáncer obedece en gran medida a las condiciones familiares, sociales, económicas y educativas, en las que se desarrolla.

Limitaciones del estudio

Respecto a las limitaciones de esta investigación, una de ellas fue la ausencia de plantillas de entrevistas o cuestionarios cualitativos que permitieran profundizar en las experiencias de los pacientes para contrastar sus respuestas con las escalas administradas. El objetivo sería evitar el riesgo de clasificar tipos de conductas por la alta subjetividad de las respuestas y la afección que las preguntas de las escalas pudieran ocasionar en los pacientes; como por ejemplo: “Siento que en la vida no me quedan esperanzas” (pregunta 6 en Anexo E). Asimismo, ambos instrumentos utilizados no tienen una subescala de mentira que pueda predecir si los participantes evaluados han creado sus respuestas para dar una imagen más aceptada en lugar de haber respondido con total sinceridad. No

obstante, las participantes en su mayoría fueron evaluadas individualmente teniendo la oportunidad de abordar una alianza terapéutica confiable y confidente, donde ellas pudieran expresar lo que pensaban y sentían.

En cuanto a las Escala de Ajuste Mental al Cáncer Revisado (MAC-R) se debe tener en cuenta la baja confiabilidad de algunos estilos, que al parecer guarda una relación con el análisis factorial de los ítems distribuidos por cada dimensión. Al respecto, hay un peculiar interés con el estilo Fatalismo/ Aceptación estoica que pone en tela de juicio el análisis teórico y psicométrico de esta dimensión; primero porque obtuvo muy baja confiabilidad y una baja relación con Resiliencia, y segundo, por la estructuración de las consignas que aparentemente evalúa esta dimensión.

Teóricamente Fatalismo/ Aceptación estoica es el mecanismo de aceptación pasiva que percibe al diagnóstico cancerígeno con poca amenaza puesto que desconoce el pronóstico y asume con cierta dignidad lo que tenga que pasar (Alberca, 2012). La persona considerada bajo este estilo, mostraría respuestas más serenas y manifestaría bajo control de las circunstancias o dependería de otros para continuar perseverando con el tratamiento (Soriano, 2002).

Fatalismo significa que la persona muestra una actitud resignada porque no ve posibilidad para cambiar el curso de acontecimientos negativos, ya que cree que todo sucede por predeterminación del destino (Real Academia Española, 2018). Mientras que desde la corriente estoicista, Aceptación estoica supone una aceptación valiente de los hechos, destacando la importancia de asumir la circunstancia adversa y el dolor como parte de la vida del individuo y no sólo

como una resignación ante lo ocurrido (Kreimer, 2005, mencionado por Trigos, 2012).

Por lo tanto, una actitud pasiva, no necesariamente representa indiferencia o conformismo con lo que está ocurriendo, sino tal vez una forma de dominio tolerante de la situación que puede tener un pronóstico positivo. Tradicionalmente se ha aprendido que la “aceptación” es algo positivo e incluso forma parte de procesos adaptativos naturales del ser humano como el duelo (Kübler-Ross, 1969, referido en Taylor, 2007). Por el contrario, la teoría indica que este estilo no muestra control de la situación, cuando de repente el estado de ánimo calmado es la forma de controlar la situación para no gastar mucha energía y, más bien, lo usa cuando es preciso o lo canaliza de otra manera.

En complemento con lo anterior, los ítems que evalúan fatalismo/aceptación estoica, a parte que son pocas (5 ítems) lo que desfavorece a la consistencia interna de la prueba e incluso en la misma correlación, no todas están claramente definidas hacia ésta dimensión ya que tres consignas se dirigen al control personal (ítems 11, 18 y 27) y las otras dos están relacionadas al control de atributos externos (ítems 5 y 8) (Trigos, 2012). En este sentido, considerando los dos últimos ítems mencionados, las consignas son relativas al grupo muestral y sus características culturales o religiosas. El ítem 5: “Dejo todo en manos de mis médico”, puede representar una actitud conformista, pero también de confianza hacia el profesional de salud; asimismo, el ítem 8: “Será lo que Dios quiera”, puede significar abandono, como también esperanza y fe de un mejor futuro.

Hay que tener mucho cuidado al sacar conclusiones apresuradas con esta escala, ya sea con cualquiera de los cuatro estilos que evalúa. Sin embargo, así como mencionó Trigos (2012), se aprecia el valor predictivo de esta prueba

porque sus resultados son referencias generales para ubicar al profesional en su área de intervención, siendo incluso un medio para guiar la entrevista o para tener un bosquejo de los tratamientos que puedan aplicarse.

Respecto a la correlación de los constructos Resiliencia y los cuatro estilos del MAC-R, a pesar de obtener “relaciones bajas” de acuerdo a las estimaciones para las ciencias sociales de Cohen (Castillo, 2014; Frías, Pascual & García, 2000; Rivera, 2017); estos resultados son estadísticamente aceptables, la limitación estaría en la consistencia de una relación lineal de las variables y por ende no se podría precisar causalidad.

Sin embargo, este tipo de correlaciones débiles también se presentó en los estudios iniciales de Watson, Haviland, Greer, Davidson y Bliss (1999, citado por Trigoso, 2009) quienes quisieron determinar la influencia de las respuestas psicológicas en la supervivencia del cáncer de mama. Los resultados no tenían una relación lo suficientemente significativa entre el Espíritu de Lucha y la supervivencia, empero aseguraron que en el transcurso de 5 años hubo mayor riesgo de recaída en aquellas pacientes con alto índice de Desamparo/Desesperanza. También se han visto relaciones bajas en los estudios de Trigoso (2012) y Sierralta (2015).

Se debe recordar que según Cohen (1998, referido por Castillo, 2014) un tamaño del efecto mayor a $r = .50$ puede alcanzarse en situaciones de alto control experimental, pero incluso él mismo señaló que estos estudios no son generalmente estudiados y por eso el tamaño del efecto dependería mucho del área de la Psicología que se quiere estudiar, el contenido y los métodos de investigación empleados.

Igualmente, sería indispensable realizar nuevos análisis de las propiedades psicométricas del MAC, así como de otras pruebas que puedan ser beneficiosas para la población oncológica. También se podrían acompañar de la administración de otros cuestionarios que profundicen más determinadas áreas adjuntas a las que pretende evaluar el MAC; de modo que se pueda ahondar con más minuciosidad en los puntos de vista y comportamientos de los pacientes, además de tener una mejor validez.

Cabe destacar que en el Perú hay una escasez de adaptaciones de instrumentos como el MAC-R que vaya dirigido sólo a personas diagnosticadas con cáncer, siendo una de las poblaciones más necesitadas de investigación en la actualidad. No cabe duda que la propuesta por crear nuevas pruebas psicológicas sería lo más idóneo para un mayor entendimiento de estas y otras cualidades, diseñando baremos que difieran en edades, género, tipos de cánceres, fase de la enfermedad y evitando la ambigüedad propiamente dicha.

Por otro lado, se pretendió homogenizar la muestra lo más semejante posible en el tipo de cáncer y fase del tratamiento, sin embargo sería interesante que para futuros estudios la muestra sea aún más homogénea, porque como bien se ha mencionado, las diversas fases del tratamiento oncológico provocan efectos emocionales, cognitivos y sociales diferentes en cada uno y el grado en que esté avanzado el cáncer difiere entre los participantes. Se debe considerar las diferencias sociodemográficas para una mayor equidad en las respuestas, de manera que las interpretaciones sean más detalladas y precisas.

Trabajar con pacientes oncológicos requiere de un manejo emocional muy flexible y una actitud sumamente tolerante y asertiva para cada persona. Esperar que estos pacientes accedan con buena predisposición es incierto; primero

porque la enfermedad por sí misma es muy agotadora; segundo por el estado de ánimo en que se encuentre el paciente en el momento que es evaluado; y tercero por la incomodidad que muchos expresan por ser evaluados psicológicamente. La responsabilidad del investigador debe transmitir su formación ético profesional que involucre la confianza y fidelidad necesaria para que el paciente sea parte del proyecto investigativo.

Estudiar en el área psicooncológico tiene como meta el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, y para lograrlo es necesario seguir investigando a nivel cuantitativo, cualitativo o mixto, porque esto traerá nuevas teorías y estrategias de evaluación, intervención, prevención o promoción, eficaces y condescendientes que faciliten una óptima asistencia integral.

El ser humano es responsable de su propio destino, siendo capaz de autoregenerarse aún en las peores circunstancias. La mejora del estándar de vida obedece a las condiciones ecológicas, sociales, económicas y educativa, y promover actividades positivas alimenta la resiliencia que renueva los métodos de afrontamiento (Oblitas, 2010; Taylor, 2007). Por ello las estrategias clásicas de tratamiento médico deben considerar el componente psicosocial para pensar y actuar con la menor descompensación emocional posible, generando actitudes eficaces que ayuden a enfrentar distintas situaciones. La cohesión familiar y la frecuencia de los contactos sociales, podrían predecir respuestas efectivas frente a la enfermedad (Bloom, 1982, expuesto por Broche & Medina, 2011).

CONCLUSIONES

- La investigación realizada en 135 mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia en el INEN, comprueba que frente a los estímulos aversivos del tratamiento, la resiliencia de estas participantes se mantiene en niveles altos y moderados.
- No hay prevalencia de un estilo de ajuste mental al cáncer en particular, dado que Fatalismo/ Aceptación estoica, Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa, se manifestaron en las respuestas de las pacientes y estos mismos son empleados como estrategias de afrontamiento durante el proceso del tratamiento oncológico.
- Respecto a la correlación entre resiliencia y los cuatro estilos de ajuste mental al cáncer, según las estimaciones de cohen la relación fue baja sin embargo los resultados son estadísticamente significativos, lo que favorece a la validez de esta investigación y al aporte empírico de dichas variables.
- Por otro lado, en el proceso de investigación se encontró que la familia, las amistades y los centros de apoyo social contribuyen indispensablemente en el tratamiento psicooncológico. La mayoría de las mujeres evaluadas aseguraban que la ayuda externa del círculo social más cercano, e incluso de los trabajadores del hospital y de otros pacientes, son fuente imprescindible para su adaptación al tratamiento y al medio hospitalario.

RECOMENDACIONES

- Programar y mantener charlas semanales que se puedan aplicar ambulatoriamente en quimioterapia y radioterapia, mientras los pacientes estén esperando su consulta. El objetivo sería brindar información sobre habilidades personales (como resiliencia y salud mental), estrategias de afrontamiento psicológicos, síntomas básicos de malestares emocionales comunes en el contexto hospitalario (tales como ansiedad, depresión o reacciones adaptativas) y técnicas factibles que ellos puedan aplicar para controlar el malestar emocional. Del mismo modo el departamento de salud mental promovería sus servicios de psicología y psiquiatría para los pacientes, el cuidador primario u otros familiares interesados.
- Es imprescindible la adaptación y construcción de pruebas psicométricas en el área psicooncológica y una nueva revisión del análisis factorial del MAC, considerando encuestas semiestructuradas que perfilen el valor predictivo de respuestas subjetivas de pacientes oncológicos o con enfermedades crónicas.
- Continuar investigando en el campo de la psicología clínica y de la salud, para explorar variables psicológicas (regulación emocional, personalidad, creencias irracionales, habilidades sociales, autoaceptación) que puedan ser alternativas de intervención en terapias breves.
- 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).

REFERENCIAS

- Aguilar, A. (2016). *La resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama, de la sociedad de lucha contra el cáncer de la ciudad de Loja; Periodo 2014- 2015*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14212/1/tesis%20completaa%20BIBLIOTECA.pdf>.
- Alberca, C. (2012). *Calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Ricardo Palma, Lima.
- Almanza, J.; Rosario, I.; Silva, J. & De la Huerta. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55(1), 15-23.
- American Psychological Association. (2016). *El camino a la Resiliencia*. Recuperado del <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>.
- Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y Estilos de Afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013*. (Tesis de Licenciatura) Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/336/1/TL_Ascencio_Puicon_AnaisJackelin.pdf.
- Asociación Española Contra el Cáncer - AECC. (2011). *¿Qué es la quimioterapia?* Recuperado de https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia_Quimioterapia_2011.pdf.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bouvier, P. (2005). Temperamento, riesgo y resiliencia en el niño. En Manciaux, M. (Ed.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (63-74). Barcelona: Gedisa.
- Bracamonte, A. & Díaz, D. (2015). *Depresión y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013*. (Tesis de

Licenciatura). Recuperado de http://54.165.197.99/bitstream/usat/672/1/TL_BracamonteAlejandriaAna_DiazNizamaDiana.pdf.

Broche, Y. & Medina, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento; Una visión desde la psicooncología. *Psicología.com*, 15(17), 1-14. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4068>.

Burga, I., Sánchez, T. & Jaimes, J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1(2), 9-16.

Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: Una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145–151.

Cabanyes, J. (2012). *La salud mental en el mundo de hoy*. Navarra: EUNSA.

Castillo, R. (2014). *Reporte del tamaño del efecto en los artículos de tres revistas de psicología peruanas en los años 2008 al 2012*. (Tesis de Licenciatura). Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Celina, H. & Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.

Cerezo, V., Ortiz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.

Cerezo, V. (2014). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información psicológica*, 106, 17-27. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/126>.

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). Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Cooper, C. (1986). *Estrés y Cáncer*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Crespo, L. & Rivera, M. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres de Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 23, 109-126.
- Charro, B., Carrasco, B. & José, M. (2013). *Crisis, vulnerabilidad y superación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Chico, M. (2017). *Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama*. (Tesis de Licenciatura). Ecuador, Universidad Técnica de Ambato.
- Del Águila, M. (2003). *Niveles de resiliencia en adolescentes según género y nivel socio-económico*. (Tesis de Maestría no publicada). Lima, Universidad Femenina del Sagrado Corazón.
- Díaz, G. & Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(1), 69-86.
- Diez-Canseco, F., Ipinche A., Toyama M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina, J., Sánchez-Moreno, D., Araya, R. & Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana Medicina Experimental de Salud Pública*, 31(1), 131-6.
- Domínguez-Lara, S. (en prensa). Magnitud del efecto para pruebas de normalidad en investigación en salud. *Investigación en Educación Médica*.
- Duckworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review, Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Ley N°009-2012-SA. Diario El Peruano, Lima, Perú, 03 de noviembre del 2012
- Fabiana, V. (2011). *Impacto frente al diagnóstico del cáncer y su afrontamiento*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/fichas.php?idobjeto=325>.

- Forero, F., Bernal, G. & Restrepo, M. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Revista Avances en medición*, 3(1), 135-152.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de un sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Frías, M., Pascual, J. & García, J. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12(2), 236-240.
- Gonzales, S. (2012). *Psicooncología: Enfoque integral de ayuda a pacientes oncológicos*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Gestión, (5 de febrero del 2016). Cáncer en Perú: El 85% de casos se detectan en estadios avanzados. *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-se-detectan-estadios-avanzados-2154023>.
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy; Cómo superara las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. Á., & Martín, J. C. (2012). Salud Mental y Malestar Emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2/3), 233-257.
- Hernández, M. y Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Revista Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ta ed.). México D.F: McGraw-Hill.
- Hospital, A. (2010). *Tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos: Influencia sobre la calidad de vida al año de seguimiento*. (Tesis de Doctorado). Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/4847/31657_hospital_moreno_ana.pdf?sequence=1.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2017). *Indicadores de Gestión Hospitalaria*. Lima: INEN.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2017). *Datos epidemiológicos*. Lima: INEN.

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012*. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%20012_02092016.pdf.
- Lamas, H. (2004). Promoción de Salud: Una propuesta desde la psicología positiva. *Liberabit*, 10(10), 45-67.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Procesos Cognitivos y Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Manciaux, M. (Ed.). (2005). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martín, L. (2013). *La personalidad resiliente*. Madrid: Síntesis.
- Mayordomo, T. (2013). *Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital*. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29244/tesis%20TMR.pdf?sequence=1>.
- Ministerio de Salud. (2013). *Análisis de la situación del Cáncer en el Perú*. Lima: MINSa.
- Michaud, P. (2005). El adolescente y el médico: para una clínica de la resiliencia. En Manciaux, M. (Ed.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (75-86). Barcelona: Gedisa.
- Moorey, S. & Greer, S. (1989): *Psychological Therapy for patients with cancer, a nay approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3ra ed). México D.F: Céngage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *10 datos sobre la Salud Mental*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index2.html.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud Mental*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82.
- Quispe, M. (31 de agosto del 2016). Presupuesto 2017 prioriza agua, seguridad y salud. *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/imprensa/politica/798629-presupuesto-2017-prioriza-agua-seguridad-y-salud>.
- Palacios, C. & Hernández, J. (2011). *Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento de la Clínica de Oncólogos de Occidente S.A de la ciudad de Pereira en el año 2009*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/565/1/completo.pdf>.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J. & García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar?. *Universitas Psychologica*, 14(1), 245-254.
- Pinillos, L. & Limache, A. (2013). Contribuciones de la coalición multisectorial Perú contra el cáncer. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 99-104.
- Porro, M. Andrés, M. & Rodríguez, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Pinquart, M., Frohlich, C., & Silbereisen, R. (2007). Cancer patient's perceptions of positive and negative illness-related changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921.
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=Hfi6DBT>
- Rivera, F. (septiembre, 2017). Convivencia del nivel de significación y tamaño del efecto y otros retos de la práctica basada en la evidencia. *Boletín Psicoevidencias*, 48, 1-6.

- Robles, J. & Medina, J. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J. (2013). El proceso de resiliencia en personas con cáncer: Análisis a través de los relatos biográficos. *La construcción social de la resiliencia*, 227-234.
- Rodríguez, R., Hernando, F., Cruzado, J., Olivares, E., Jamal, I. & Lasema, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades neoplásica pulmonar. *Revista Psicooncología*, 9(1), 95-112.
- Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Ruda, L. (julio, 2014). Propuesta de formación en psicooncología en Europa y América Latina: La situación en el Perú. En Ruda, L. (Presidenta), *Seminario internacional de psicooncología: Comprendiendo la subjetividad para el trabajo integral en oncología*. Seminario llevado a cabo en la conferencia de la Pontífice Universidad Católica del Perú, Lima.
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). *Escala de resiliencia: SV-RES, para jóvenes y adultos, 2º edición*. Chile: CEANIM.
- Salgado, A. (2005). *Inventario de resiliencia para niños: Fundamentación teórica y construcción*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Sandrin, L. (2015). *Psicología del enfermo: el hilo verde de la esperanza*. Madrid: SalTerra.
- Sánchez, E. (2007). Las tecnologías de información y comunicación (TIC) desde una perspectiva social. *Revista Educare*, XII (Nº extraordinario), 155-162.
- Sierralta, M. (2015). *Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6275/SIER>

RALTA_RODRIGUEZ_MELISA_AJUSTE_MENTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- 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.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. (6ta ed). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- 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 Maestría). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/414>.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1656>.
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia, Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-80.
- Vidal, M. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos.
- Villanueva, T. (27 de diciembre del 2016). Sector salud en el 2017. *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/imprensa/opinion/834093-sector-salud-en-el-2017>.
- Zevallos, E. (2008). *Todo lo que tiene que saber sobre el Cáncer*. Lima: Palomino.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Escala de resiliencia. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Winter, J., Gosling, S. & Potter, J. (2016). Comparing the Pearson and Spearman correlation coefficients across distributions and sample sizes: a tutorial using simulations and empirical data. *Psychology Methods*, 21(3), 273–90. DOI: 10.1037/met0000079.

ANEXOS

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INDICADORES	MÉTODO
<p>1. Problema general ¿Cuál es la relación entre la Resiliencia y el Ajuste Mental, en pacientes adultos con cáncer de mama que llevan un tratamiento oncológico específico y viven en la ciudad de Lima?</p>	<p>1. Objetivo general Determinar la relación entre resiliencia y el ajuste mental en un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>2. Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el nivel de resiliencia de los participantes. • Identificar la prevalencia de estilos de ajuste mental específicos. • Explorar la relación entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer. 	<p>1. Hipótesis general <i>H₁</i>: Existe una relación significativa entre la resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en 135 mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia.</p> <p>2. Hipótesis específicas <i>H₀</i>: No existe relación significativa entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en las pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia.</p> <p><i>H₂</i>: Existe una tendencia hacia niveles altos de resiliencia.</p> <p><i>H₃</i>: Hay mayor práctica de estilos positivos de ajuste mental.</p> <p><i>H₄</i>: A mayor resiliencia, mayor espíritu de lucha.</p> <p><i>H₅</i>: Ante mayor resiliencia, habrá menor desamparo/ desesperanza.</p> <p><i>H₆</i>: A mayor resiliencia, menor preocupación ansiosa.</p> <p><i>H₇</i>: Ante mayor resiliencia, menor fatalismo/ aceptación estoica.</p>	<p>1. Resiliencia Según Wagnild y Young (1993), la resiliencia es una características de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación.</p> <p>2. Ajuste Mental al Cáncer De acuerdo con Trigoso (2009), el ajuste mental al cáncer refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer y las reacciones emocionales que conlleva.</p>	<p>RESILIENCIA</p> <p>-Factor I: Competencia personal</p> <p>-Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida</p> <p>AJUSTE MENTAL</p> <p>-Espíritu de Lucha</p> <p>-Desamparo/ Desesperanza</p> <p>-Preocupación Ansiosa</p> <p>-Fatalismo/ Aceptación estoica</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No Experimental Transversal Correlacional - Causal</p> <p>Participantes: 135 pacientes con cáncer de mama que llevan quimioterapia ambulatoria.</p> <p>Medición: <u>Escala de Resiliencia</u> de Wagnild, G. & Young, H. (1993) Adaptado en el Perú por Del Águila (2003)</p> <p><u>Ajuste Mental al Cáncer Revisado (MAC-R)</u> de Watson et al. (1988). Adaptado en el Perú por Trigoso (2009)</p>

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es explicar a los participantes la naturaleza de este proyecto que está dirigido por la psicóloga Guadalupe Torres Villalobos.

El objetivo es conocer su forma de pensar, sentir y actuar frente al tratamiento médico que está llevando actualmente. De manera que pueda colaborar en la mejorara del tratamiento, dando mayor valor al área psicológica. Igualmente, usted podrá brindar sus opiniones y sugerencias respectivas.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder dos cuestionarios, de 25 y 31 preguntas. Esto tomará aproximadamente 15 a 20 minutos como máximo.

Las respuestas son estrictamente confidenciales, es decir que estos no serán usados para ningún otro propósito que no sea el del tratamiento. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene derecho de hacérselo saber a la encargada o de no responderla. Además usted puede hacer preguntas sobre los cuestionarios en cualquier momento, y puede retirarse en caso se le presente alguna emergencia.

De tener preguntas sobre este proyecto puedo contactar a Guadalupe Torres Villalobos, al correo guadalupe.torres411@gmail.com. Asimismo, para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes podré contactar al Dr. Arístides Juvenal Sánchez Lihón, Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN y los siguientes datos del CIEI: 201-6500, anexo 3001, y correo electrónico comite_etica@inen.sld.pe.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en este proyecto conducido por la psicóloga Guadalupe Torres Villalobos, que tiene el objetivo de conocer mi forma de afrontar este tratamiento médico, así como mis sentimientos y pensamientos sobre este proceso.

Se responderá dos cuestionarios de 25 y 31 preguntas, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos como máximo.

Las respuestas son estrictamente confidenciales, es decir que no serán usados para ningún otro propósito que no sea el del tratamiento. Además he sido informada que puedo hacer preguntas sobre los cuestionarios en cualquier momento y puedo retirarme en caso se me presente alguna emergencia.

De tener preguntas sobre este proyecto puedo contactar a Guadalupe Torres Villalobos, al correo guadalupe.torres411@gmail.com. Asimismo, para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes podré contactar al Dr. Arístides Juvenal Sánchez Lihón, Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN y los siguientes datos del CIEI: 201-6500, anexo 3001, y correo electrónico comite_etica@inen.sld.pe.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO C

Código:

Fecha de hoy: ____/____/____

Edad: _____

Sexo: Hombre Mujer

Lugar de nacimiento

Lima

Provincia: _____

Extranjero: _____

Distrito de residencia actual:

Estado civil

Soltero

Casado/conviviente

Viudo(a)

Divorciado(a)

¿Tiene hijos(as)?

No

Sí: _____

Grado de instrucción

Secundaria

Técnico. Ciclo: _____

Universidad. Ciclo: _____

Egresado

¿Trabaja actualmente?

No

Sí: _____

¿Se atiende con el SIS?

No

Sí

¿Conoce su diagnóstico médico?

No

Sí: _____

Tratamiento(s) actual(es):

Quimioterapia

Radioterapia

Cirugía

Otros: _____

¿Desde cuándo lleva tratamiento?

1 o 2 semanas

Un mes.

Más de dos meses.

1 año a más.

¿Tiene familiares que han recibido el mismo tratamiento?

No

Sí: _____

¿Quiénes la apoyan en casa y en el hospital, respecto al tratamiento?

Familia

Amigos

Centros albergues o instituciones

No recibo apoyo: _____

ANEXO D

CÓDIGO:

CUESTIONARIO 1

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con un aspa que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

PREGUNTAS	Estar en desacuerdo				Estar de acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Cuando planeo algo lo llevo a cabo.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Por lo general consigo lo que deseo por uno u otro modo.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Me siento capaz de mí mismo(a) más que nadie.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Para mí es importante mantenerme interesado(a) en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
5. En caso que sea necesario, puedo estar solo(a).	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me siento orgulloso(a) de haber conseguido algunas cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Tomo las cosas sin mucha importancia.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Soy amigo(a) de mí mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7	
9. Me siento capaz de llevar varias cosas a la vez.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Soy decidido(a).	1	2	3	4	5	6	7	
11. Rara vez me pregunto de que ese trata algo.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Tomo las cosas día por día.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Puedo sobrellevar tiempos difíciles, porque ya he experimentado lo que es la dificultad.	1	2	3	4	5	6	7	
14. Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7	
15. Me mantengo interesado(a) en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
16. Por lo general encuentro de qué reírme.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Puedo sobrellevar al mal tiempo por mi autoestima.	1	2	3	4	5	6	7	
18. Las personas pueden confiar en mí en una emergencia.	1	2	3	4	5	6	7	

19. Puedo ver una situación desde diferentes puntos de vista.	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no lo deseo.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene un sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Puedo salir airoso(a) de situaciones difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para llevar a cabo lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto el que existan personas a las que no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

Gracias por su colaboración

ANEXO E

CÓDIGO:

CUESTIONARIO 2

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimentan las personas 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.

	Totalmente falso	Falso	Verdadero	Totalmente verdadero
1. Creo que no puedo hacer nada para animarme				
2. Mis problemas de salud me impiden 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 mi				
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.				

Muchas gracias por su colaboración.