



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACION**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**AJUSTE MENTAL Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA:

Zevallos Vasquez, Carolina Victoria

ASESORA:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

JURADO:

Inga Aranda, Julio

Cordova Gonzales, Luis Alberto

Gorqui Baldomero, Castillo Gomez

Lima - Perú

2021

Pensamiento

“La actitud es una pequeña cosa que hace una gran diferencia”.

Winston Churchill

“Aunque nadie ha podido regresar atrás y hacer un nuevo comienzo,
cualquiera puede recomenzar ahora y hacer un nuevo final”.

Jonathan García-Allen

Dedicatoria

A mi familia por darme su apoyo y confianza.

A mis amigos por acompañarme a culminar mis objetivos.

Y principalmente se la dedico a los pacientes oncológicos que en su camino me demostraron la lucha y coraje con la que sobrellevan su enfermedad, siendo ellos mi guía y motivo para realizar esta investigación.

Agradecimientos

Mi principal reconocimiento y agradecimiento es a mi familia, por todo el esfuerzo, motivación y apoyo que me brindaron durante mi vida universitaria, siendo mis padres pilares fundamentales y quienes me inculcaron valores y formaron de mí la persona que soy.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal y especialmente a los maestros por los conocimientos y experiencias adquiridas durante mi formación profesional.

Al Hospital Nacional Dos de Mayo, quien me permitió realizar la presente investigación y a los pacientes, por su apoyo desinteresado. Y principalmente a las licenciadas Vanesa, Medalith y Jessica quienes fueron mis guías, contribuyeron en mi aprendizaje y fueron inspiración en el campo de salud.

A mis amigos de la universidad y del trabajo, quienes son parte de mi familia y me han enseñado tanto a nivel personal como académico, asesorándome y apoyándome con cada consulta que tenía.

ÍNDICE

Carátula	i
Pensamiento	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Lista de tablas	viii
Resumen	x
Abstract	xi
Capítulo I: Introducción	
1.1.Descripción y formulación del problema	12
1.2.Antecedentes	16
1.3.Objetivos	21
1.4.Justificación e importancia	21
1.5.Hipótesis	23
Capítulo II: Marco Teórico	
2.1.Ajuste mental al Cáncer	25
2.1.1. Afrontamiento en la enfermedad física	26
2.1.2. El Afrontamiento en la enfermedad oncológica	28
2.1.3. Teoría del Ajuste mental al Cáncer	30
2.2.Apoyo social percibido	35
2.2.1. Teorías	36

2.2.2. Dimensión del apoyo social percibido	37
2.2.3. Naturaleza del apoyo social	39
2.2.4. El apoyo social percibido en pacientes con enfermedades crónicas	39
2.2.5. Apoyo social percibido en pacientes oncológicos	40

Capítulo III: Método

3.1. Tipo de investigación	42
3.2. Ámbito temporal y espacial	42
3.3. Variables	42
3.4. Población y muestra	43
3.5. Instrumentos	46
3.6. Procedimientos	51
3.7. Análisis de datos	51
3.8. Consideraciones éticas	52

Capítulo IV: Resultado

4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos	53
4.2. Análisis exploratorio de las variables de las variables	57
4.3. Análisis descriptivos de la variable	58
4.4. Descripción de las variables según niveles	60
4.5. Comparación de las variables según datos sociodemográficos	61
4.6. Relación de las variables	66

Capítulo V: Discusión de resultados **68**

Capítulo VI: Conclusión **77**

Capítulo VII: Recomendaciones **78**

Referencias	79
Anexos	
Anexo 1. Consentimiento informado	87
Anexo 2. Ficha de datos sociodemográfico	89
Anexo 3. Protocolo adaptado del cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer	90
Anexo 4. Protocolo del cuestionario de apoyo social percibido	91

Listas de tablas

Numero		Pág.
1	Esquema de Supervivencia Moorey y Greer (1989).	22
2	Característica sociodemográficas de la muestra	33
3	Características medicas de la muestra.	34
4	Distribución de los ítems según el cuestionario ajuste mental al cáncer MAC.	35
5	Interpretación del cuestionario de ajuste mental a cáncer MAC.	36
6	Distribución de los ítems del cuestionario de apoyo social percibido MOS.	38
7	Interpretación del cuestionario de apoyo social percibido MOS.	39
8	Confiabilidad de las dimensiones del cuestionario de ajuste mental al cáncer.	42
9	Correlación ítem- dimensión espíritu de lucha.	43
10	Correlación ítem- dimensión desamparo/desesperanza.	44
11	Correlación ítem- dimensión preocupación ansiosa	44
12	Correlación ítem- dimensión fatalismo/aceptación estoica.	45
13	Confiabilidad del cuestionario de apoyo social percibido MOS.	45
14	Correlación ítem-test del apoyo social percibido.	46
15	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.	47
16	Estadísticos descriptivos del ajuste mental al cáncer.	48
17	Estadísticos descriptivos del apoyo social percibido (por escala global y tipos).	48
18	Frecuencias y porcentajes de los estilos de ajuste mental al cáncer según niveles.	49
19	Frecuencias y porcentajes del apoyo social percibido según niveles.	50
20	Comparación del ajuste mental según sexo.	50

21	Comparación del ajuste mental según estado civil.	51
22	Comparación del ajuste mental según grado de instrucción.	52
23	Comparación del ajuste mental según edad.	53
24	Comparación del apoyo social percibido según sexo.	54
25	Comparación del apoyo social percibido según estado civil.	54
26	Comparación del apoyo social percibido según grado de instrucción.	55
27	Comparación del apoyo social percibido según edad.	55
28	Correlaciones de Spearman entre los estilos de ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido.	56

Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital de Lima

Metropolitana

Facultad de Psicología

Facultad de Psicología Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

La presente investigación buscó determinar la relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en 66 pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana. Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario de ajuste mental al cáncer– MAC (Trigoso, 2009) y el cuestionario de apoyo social percibido – MOS (Collacso y León, 2018). Con respecto a los resultados, estos indicaron que si existe una relación significativa y directa del apoyo social percibido con el espíritu de lucha ($\rho = 0.381$, $p < 0.002$) e inversa con la preocupación ansiosa ($\rho = -0.485$, $p < 0.000$) y desamparo/desesperanza ($\rho = -0.369$, $p < 0.002$). Así mismo, se identificó que el 50% de los participantes presentó un nivel bajo en la dimensión fatalismo/aceptación estoica y el 40.91% evidenció un nivel medio de apoyo social percibido. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas del ajuste mental según sexo, grado de instrucción y edad; en tanto al apoyo social percibido solo se identificaron diferencias al compararlo con el grado de instrucción.

Palabras claves: ajuste mental, apoyo social percibido y paciente oncológico.

Mental adjustment and perceived social support in cancer patients of a Lima Metropolitan hospital

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

The present investigation sought to determine the relationship between mental adjustment and perceived social support in 66 cancer patients from a hospital in Metropolitan Lima. To collect the data, the questionnaire of mental adjustment to cancer - MAC (Trigoso, 2009) and the questionnaire of perceived social support - MOS (Collacso and León, 2018) were used. Regarding the results, they indicated that there is a significant and direct relationship between perceived social support and the spirit of struggle ($\rho = 0.381, p < 0.002$) and inversely with anxious concern ($\rho = -0.485, p < 0.000$) and helplessness / hopelessness ($\rho = -0.369, p < 0.002$). Likewise, it was identified that 50% of the participants presented a low level in the stoic fatalism / acceptance dimension and 40.91% evidenced an average level of perceived social support. On the other hand, significant differences in mental adjustment were found according to sex, educational level and age; as for perceived social support, only differences were identified when compared with the degree of education.

Key words: mental adjustment, perceived social support, cancer patients.

Capítulo I

Introducción

Actualmente, el Cáncer es una enfermedad que es considerada como una de las principales causas de muerte en el mundo; además, se prevé que para 2030 el número de casos nuevos serán de 23.6 millones de personas aproximadamente (Instituto Nacional del Cáncer [INS], 2018). En base a este contexto, es que este estudio, busca describir y relacionar las características adaptativas al diagnóstico como conocer el soporte emocional y material que las personas con cáncer presentan, a través de las variables: ajuste mental y apoyo social percibido.

En este sentido, por medio de un diseño no experimental de tipo correlacional es que se relacionó el ajuste mental y el apoyo social percibido a fin de conocer el proceso de adaptación que tiene el paciente como la cantidad y calidad de apoyo que percibe por parte de su entorno. Así mismo, estos resultados nos permitieron comprender la realidad actual de la salud mental de los pacientes oncológicos en Lima.

Es por ello que, para comprender la siguiente investigación, este estudio se ha distribuido en cinco capítulos, los cuales se detallan a continuación:

En el capítulo I: denominado “introducción”, se realiza el planteamiento de las problemáticas actuales que aquejan a los pacientes al recibir su diagnóstico y pronóstico oncológico; en este sentido, es que se formula la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana?

En el capítulo II: denominado “marco teórico”, veremos las diversas teorías, conceptos y dimensiones del ajuste mental y el apoyo social percibido, a fin de contar con información que permita comprender y analizar las variables a estudiar.

En el capítulo III: denominado “método”, sección en donde se especificará el tipo de investigación, diseño, población, selección de la muestra, descripción de los instrumentos, proceso de recolección de datos, análisis y aspectos éticos.

En el capítulo IV: denominado “resultados”, consiste en la presentación del análisis de los datos en base a los objetivos e hipótesis planteados.

Mientras que en el capítulo V: denominado “discusión”, se analizó y comparó los resultados obtenidos con otros estudios de investigación; además, se mencionaron las limitaciones y recomendaciones para próximos estudios.

1.1. Descripción y Formulación del Problema

El Cáncer se ha convertido en un problema de salud pública debido a su alta tasa de mortalidad e incidencia (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2017a). Además, del desgaste físico, psicológico y económico que conlleva el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En el 2015, se estimó como la segunda causa de muerte en el mundo; correspondiendo a una de cada seis defunciones globales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Actualmente en el Perú, cada año se diagnostican más de 66 000 casos nuevos de cáncer y se estima el fallecimiento de más de 32 000 (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2019). Desde el año 2000 al 2017, se llevó un registro de pacientes con este diagnóstico, obteniéndose como resultado las neoplasias más frecuentes: el cáncer de Cérvix y el de Mama en mujeres; y el de Próstata y Estómago en varones (INEN, 2017b).

Con al avance de la ciencia, así como, de la tecnología, se ha identificado que el Cáncer se produce por la proliferación de células anómalas que invaden y destruyen los tejidos; no obstante,

hasta ahora no se logra determinar la causa exacta; así mismo, se menciona la genética y los factores ambientales como posibles desencadenantes de la enfermedad (Gandur, 2012).

Debido a su alta tasa de incidencia, es que se han creado intervenciones con la finalidad de evitar el desarrollo de la enfermedad, tales como: la cirugía, radioterapia y quimioterapia los cuales tienen el propósito eliminar las células cancerosas; sin embargo, el tratamiento puede resultar doloroso y desgastante tanto como la enfermedad.

El Cáncer tiende a ser una enfermedad indeseable y con pronóstico desalentador en la mayoría de los casos (Puerto y Gamboa, 2015). Por lo que recibir este diagnóstico, genera numerosas y muy complejas implicaciones emocionales, llevando a la persona a un cuadro de crisis en su presente e incertidumbre y angustia hacia su futuro. Progresivo al diagnóstico es que el paciente, se encontrará frente a la compleja y difícil labor de adaptarse a la enfermedad, asimilarlo y ser capaz de tomar decisiones sobre su tratamiento, decisiones importantes para las que generalmente no se encuentra preparado.

En base a esta problemática, existe la posibilidad de adaptarse progresivamente a la enfermedad, adquiriendo estrategias de afrontamiento positivas las cuales pueden generar en el paciente una aptitud optimista y de lucha hacia la enfermedad; mientras que, en otros casos, el optar por una actitud de negación y de evitación al diagnóstico y al tratamiento, conllevaría a generarle un mayor malestar físico y emocional.

En tal sentido, se da a conocer el término “ajuste mental” como la forma en la que el paciente oncológico opta por otorgar una valoración a su diagnóstico para adaptarse y afrontar la enfermedad; utilizando los recursos que encuentre a su alcance. Conforme a lo mencionado, es importante conocer el nivel y el tipo de afrontamiento que presentan estos pacientes (hacia el Cáncer) y brindar el apoyo emocional correspondiente (Watson et al., 1988).

Por otro lado, es necesario recalcar la importancia del apoyo social que percibe el paciente oncológico por parte de su entorno, el cual promueve la expresión y el soporte emocional durante la enfermedad. El apoyo social percibido se define como un proceso interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto progresivo que realizan y de los vínculos de amistad que crean, brindan apoyo informativo, emocional y material a la persona que se encuentra en un momento de crisis (Vega y Gonzales, 2009).

Es así que, cuando una persona recibe el diagnóstico de cáncer, no es solo es él quien entra en un periodo de crisis; sino también, la familia y las personas que más se relacionan con el paciente. La reacción y adaptación de la familia al diagnóstico y tratamiento no es la misma; en algunos casos tienden a brindar apoyo; mientras que, en otros, suelen ser negligentes, dejándolos al abandono.

Durante el tratamiento, el desgaste físico y emocional del paciente generado por las cirugías y fármacos inducidos conllevan a que muchos de ellos eviten aceptar el tratamiento, de tal manera que recibir el apoyo por parte de personas significativas conllevarían a que el paciente se adhiera con mayor firmeza al tratamiento.

Como información adicional, las últimas investigaciones sostienen que el organismo y las emociones están químicamente relacionados, desencadenando y alterando la respuesta inmunitaria conforme al estado afectivo que el paciente presente. Por lo que, se cree que, si un paciente aprende a expresar sus emociones y comprende su estado actual, esto podría ayudarlo a afrontar con mayor claridad su enfermedad (Ortega, 2010).

Por tal motivo, el conocer el nivel y el tipo de ajuste que presenta el paciente a su enfermedad y el apoyo que percibe de su entorno nos permitirá conocer e identificar el tipo de apoyo y soporte emocional que como profesional de la salud mental hay que brindar; de igual

forma nos proporcionará información de cómo ambas variables se relacionan en pacientes oncológicos y como estos apoyan en la calidad de vida. Debido a esta problemática en mención, expongo la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

Mishra y Saranath (2019) tuvieron como objetivo predecir e identificar los diferentes estilos de ajuste mental, en 393 mujeres con Cáncer de Mama en base a las características sociodemográficas y al apoyo social percibido. Con referencia al análisis correlacional, se identificó que la edad es inversamente significativa al espíritu de lucha ($r = -0.639$, $p < 0.01$) y directa a los ingresos económicos ($r = 0.191$, $p < 0.05$). En base al apoyo social de amigos, se obtuvo una relación inversa con la preocupación ansiosa ($r = -0.146$, $p < 0.01$); al igual que el espíritu de lucha ($r = 0.110$, $p < 0.05$) y fatalismo ($r = 0.106$, $p < 0.05$) que correlaciono positivamente con el apoyo social de otras personas significativas. Por otro lado, el análisis de regresión lineal, identifico que la edad era capaz de predecir de manera inversa ($t = -10.27$, $p < .000$) al espíritu de lucha, mientras que de manera directa el estado civil ($t = 3.03$, $p < .000$); es decir, que, un paciente joven y apoyado por su familia podría presentar una mayor probabilidad de evidenciar un mejor Espíritu de Lucha, percibiendo a su enfermedad como un reto y siendo capaz de tomar decisiones para mejorar su estado de salud. Así mismo, se identificaron relaciones inversas entre el fatalismo con el ingreso familiar y el nivel educativo; la desesperanza con la duración de la enfermedad y la preocupación ansiosa con el apoyo social por parte de amigos.

Chérrez et al. (2018) a través del estadístico de Fisher comprobaron su hipótesis alterna, indicando que si existe relación entre el apoyo social percibido y la Depresión en 107 pacientes

oncológicos ($p = 0,007$, $\alpha = 0,05$). Concluyéndose que, ante una adecuada percepción del soporte social, menores serán los indicadores de Trastorno depresivo.

Por otro lado, Páez (2018) corrobora su hipótesis nula, indicando que no existe asociación significativa entre la variable resiliencia y el apoyo social percibido en una muestra de 100 adultos con enfermedad oncológica ($F=3.574$, $p=.145$). Sin embargo, al asociar las dimensiones de ambas escalas, obtenemos una correlación media, directa y altamente significativa ($p<.025$) entre el factor “Control y propósito” de resiliencia y los tipos de apoyo social percibido; emocional ($r=.571$), instrumental ($r=.373$), interacción social ($r=.450$) y afectivo ($r=.553$). A pesar de no encontrar una correlación general entre ambas variables, el paciente que aun percibe su sentido de autonomía, presentara una mayor disposición de aceptar el soporte emocional e instrumental por parte de su entorno.

Pérez et al. (2017), confirmaron su hipótesis, mencionando que, si existe relación entre las variables sociodemográficas y médicas con el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento por medio de un análisis multivariado aplicado en una muestra de 82 pacientes oncológicos. Como resultados descriptivos, se obtuvo que el 76.8% de los pacientes presentaron un apoyo percibido adecuado siendo el afectivo el que más predominó; mientras que las estrategias de afrontamiento que la mayoría de los pacientes presentaron fueron: refrenar el afrontamiento (69.5%), evitación comportamental (52.4%) y evitación cognitiva (48.8%). Si bien se determinó que las características demográficas varían los niveles de apoyo social y afrontamiento a la enfermedad, se considera que las mujeres tienden a tener mayor percepción del apoyo como de la adaptación; sin embargo, esto puede ser debido a que el 67.1% de la muestra, la constituyó el género femenino; por lo que, se recomienda realizar investigaciones que tengan una muestra más equitativa.

En El Salvador, Landaverde et al. (2015), concluyeron que existe una relación significativa ($p < .002$) entre la calidad de vida y los diferentes tipos de afrontamiento, identificándose una asociación positiva con el estilo de Fatalismo ($r = .484$) y una relación negativa con los mecanismos de Preocupación Ansiosa ($r = -.674$) e Indefensión/Desesperanza ($r = -.618$). No se evidencia significancia con el Espíritu de Lucha, debido a que son pacientes que conocen el estadio de su enfermedad.

En el campo oncológico de España, Rodríguez-Quintana et al. (2012), identificaron una relación directa y altamente significativa ($p < .003$) entre la calidad de vida Global y el Espíritu de lucha ($r = .408$) e inversa con la Depresión ($r = -.461$) y Ansiedad ($r = -.304$) en una selección de 121 pacientes pre quirúrgicos de neoplasia al pulmón, los cuales fueron evaluados del 2007 al 2009. Con respecto a los datos descriptivos, se reconoce que los estilos de afrontamiento más utilizados en la muestra, fueron el Fatalismo (71.67%) y el Espíritu de Lucha (70.49%), además, se identificó que solo el 4.46% presento indicadores de depresión y el 11.61% Ansiedad, esta última debido la propia complejidad de la enfermedad, dificultad para respirar.

En el mismo campo, Torres (2018) en su tesis, estudio la relación entre la resiliencia y el ajuste mental en mujeres con Cáncer de Mama primario, de edades entre 30 a 70 años. Por medio de un muestreo no probabilístico se obtuvo un total de 135 participantes a quienes se les aplicó la escala de Resiliencia (ER) y la escala de Ajuste Mental al Cáncer Revisado (MAC-R). Con respecto a la correlación, entre ambas variables, se halló una relación directa y altamente significativa entre la Resiliencia total y el Espíritu de Lucha ($r = .310$, $p = \leq .01$), mientras que solo significativa, con el estilo Fatalismo /Aceptación estoica ($r = .202$, $p = \leq .05$). Por otro lado, se identificó que una relación inversa y altamente significativa entre la Resiliencia total y los ajustes “Desamparo/Desesperanza” ($r = -.235$, $p = \leq .01$), “Preocupación Ansiosa” ($r = -.222$, $p = \leq .01$). A

pesar de que las correlaciones presentadas son bajas, los resultados son significativos, por ende, se concluye que los pacientes que presentan niveles más altos de resiliencia, tienden a utilizar como medio de afronte el estilo de Espíritu de lucha y/o Fatalismo/Aceptación estoica; mientras que, a una menor resiliencia los estilos de afrontamiento más utilizados serán los de Desamparo/Desesperanza y/o Preocupación Ansiosa.

Mientras que en Arequipa, Alvarado y Bustamante (2018) investigaron la asociación entre el apoyo social y depresión en una muestra de 255 pacientes oncológicos, aplicándose de manera voluntaria el inventario de depresión de Beck – BDI y el cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss. En este estudio, se demostró que el 71.6% de los participantes poseían una percepción pobre del apoyo social, mientras que solo el 1.3% consideraba que el soporte emocional era el adecuado. Además, se encontró que el 64.5% presentaba indicadores de depresión leve. Por otro lado, se comprueba la existencia de la correlación entre ambas variables, siendo esta negativa y significativa ($r=-.273, p<.05$); es decir, que a mayor percepción del apoyo social menor será el nivel de depresión. Con estos resultados, se afirma que el apoyo social cumple una función protectora a la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico, evitando la aparición de depresión de nivel moderado a severo.

Sierralta (2015) realizó una investigación que tenía como finalidad correlacionar el Apoyo Social Percibido y el Ajuste Mental al Cáncer en pacientes con Cáncer de Tiroides. Con una muestra de 85 pacientes, se aplicó el cuestionario de Desenlaces Médicos de Apoyo Social – MOS y la escala de Ajuste Mental al Cáncer Revisado- MAC. Obteniéndose como resultado que el “espíritu de lucha” correlaciono positivamente con los tres tipos de apoyo social percibido: emocional ($r= .22, p\leq.04$), afectivo ($r= .29, p\leq.01$) e instrumental ($r= .29, p\leq.01$), mientras que, de forma inversa con Desamparo/Desesperanza: emocional ($r= -.29, p\leq.01$), afectivo ($r= -.32, p\leq.00$)

e instrumental ($r = -.33, p \leq .00$). Si bien las magnitudes de las correlaciones varían de la categoría baja a media, los resultados demuestran un alto índice de significancia. Así mismo se concluye que, existe una relación significativa entre ambas variables, evidenciando que, a mayor apoyo social percibido, mayor será la adaptación a la enfermedad; mientras que, a menor apoyo, se evidenciará un menor ajuste al cáncer y por tanto una pobre adherencia al tratamiento.

Continuando con la investigación en el marco de la Psicooncología, Baca (2013) busco hallar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en una muestra de 100 pacientes oncológicos a quienes se les administro la escala de Resiliencia y el cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. Como resultado, se obtuvo una correlación positiva, altamente significativa y de magnitud moderada entre los puntajes totales de ambos constructos ($r = .354, p < .01$).

Una de las primeras investigaciones realizadas en este campo ha sido la de Trigos (2012) tiene como objetivo evaluar la relación y la posible predicción de los estilos de ajuste mental al cáncer con el bienestar psicológico en 98 pacientes oncológicos de entre 30 a 70 años de edad a quienes se les aplico los siguientes instrumentos: Escala de Ajuste mental al Cáncer – MACR y la Escala de Bienestar Psicológico - EBP. En base al propósito de la investigación, se encuentran resultados que establecen una relación moderada, directa y altamente significativa entre el Espíritu de Lucha y el Bienestar psicológico total ($r = .30, p \leq .01$), mientras que con el estilo Desamparo/Desesperanza ($r = -.33, p \leq .01$) y Preocupación Ansiosa ($r = -.29, p \leq .01$) correlacionaron de manera inversa, baja y significativa. En base al objetivo principal, se esperaba el espíritu de lucha se considerase como el más adaptativo y como el predictor del bienestar psicológico; pero, por el contrario, se probó que todos los estilos se presentan en el individuo solo que de forma paralela y en diferentes grados. De igual forma, se evidenció que el Fatalismo/Aceptación Estoica también aportaría en el bienestar psicológico a pesar de ser considerada como un estilo de afronte

poco adaptativo. En conclusión, se obtuvo que los pacientes que presenta mayor aceptación y adaptación honesta a la enfermedad era quienes mayor grado de predicción al bienestar psicológico tendrían.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana.

1.3.2. Objetivo Específico

- Describir los niveles del ajuste mental en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana.
- Describir los niveles del apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana.
- Comparar el ajuste mental según sexo, grado de instrucción, estado civil y edad en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.
- Comparar el apoyo social percibido según sexo, grado de instrucción, estado civil y edad en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación servirá de aporte para el campo de la psicooncología; ya que, actualmente hay escasos estudios enfocados en la salud mental de los pacientes con Cáncer y específicamente, sobre los diversos estilos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Además, se brindará información sobre las diversas características emocionales que presenta el paciente al hacer frente a su diagnóstico e identificar si cuentan con un soporte emocional que les permita generar una adecuada adherencia al tratamiento.

En este sentido, la trascendencia de la esta investigación radica en que el ajuste mental es un tema poco estudiado, el cual nos permitirá identificar si el paciente presenta una adecuada adaptación a su diagnóstico o en todo caso, no cuenta con los recursos apropiados que le permitan sobrellevar su enfermedad; así mismo, se busca relacionar esta variable con el apoyo social percibido a fin de identificar si el soporte brindado por parte de su entorno más próximo posibilitaría una mayor adaptación a la enfermedad.

En tanto, la información recogida por este estudio nos mostrara el escenario actual en el que se encuentran los pacientes oncológicos con respecto a su adaptación y apoyo por parte de su entorno. Por otro lado, se busca generar una mayor sensibilización e información al personal sanitario que le permita comunicarse de manera asertiva con los pacientes y sus familias. Mientras que, en el campo de los profesionales de salud mental, este estudio promoverá la capacitación sobre los cambios emocionales por los que pasa el paciente oncológico y que estrategias de intervención serían las más eficaces a fin de mejorar la calidad de vida, promoviendo el bienestar psicológico de este y de su familia.

Con esta investigación se espera conocer la relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido, y de encontrarse una relación positiva, brindara pautas para identificar las características personales y sociales que tienen los pacientes al adaptarse adecuadamente a la enfermedad y cuando no. Respecto a la utilidad metodológica, este estudio contribuirá en la validación de los instrumentos de aplicación con la finalidad de obtener un resultado más confiables y objetivos, con el propósito de contar con test específicos para este tipo de población.

En cuanto a la relevancia social, el Cáncer suele ser uno de los principales problemas de salud pública y actualmente no todos los hospitales cuentan con un área de psicología específica para el cuidado del paciente oncológico y generalmente las visitas o la evaluación por el psicólogo

se realiza por medio de una interconsulta, es decir, cuando el médico notifica al servicio de salud mental que el paciente no se encuentra “emocionalmente bien”. En base a este contexto es necesario un trabajo multidisciplinario, en el cual se capacite a todo el personal médico como al de salud mental sobre los cambios emocionales que podría presentar el paciente antes, durante y después del diagnóstico, psicoeducar al paciente y a la familia con la finalidad de que conozcan la enfermedad y adquieran herramientas que le permitan tener una mejor calidad de vida y de esta manera brindar un servicio de calidad. Así mismo, indagar en el campo social del paciente para reconocer si cuenta o no con personal de apoyo, ya que el cáncer es una enfermedad que desgasta y debilita; por lo que es necesario saber si la familia apoya al paciente o no. Al capacitar al personal médico, a la familia y al paciente conllevará a que estos trabajen de manera conjunta y previa antes de dar el diagnóstico, al darlo y durante el tratamiento a fin de generar en el paciente una adecuada adherencia.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General:

Existe relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana.

1.5.2. Hipótesis Nula

No existe relación entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital en Lima Metropolitana.

1.5.3. Hipótesis Específica

- Existen diferencias estadísticamente significativas en el ajuste mental según sexo, grado de instrucción, estado civil y edad en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

- Existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido según sexo, grado de instrucción, estado civil y edad en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Ajuste Mental al Cáncer

El estado de salud es a lo que muchos aspiramos; debido a que nos permite desempeñarnos adecuadamente a nivel personal, familiar, laboral y social. El estar sano generalmente conlleva a que un sujeto responda de manera adecuada a eventos estresantes, formulando alternativas de solución para enfrentar diversas situaciones. No obstante, alguien enfermo, es aquel que siente constante dolor, preocupación e incertidumbre hacia su futuro y la de su familia. En este sentido, hablaremos de las enfermedades crónicas, como aquellas que perduran a lo largo del tiempo y que generan más cambios en los pacientes, no solo en el aspecto físico, sino también en el psicológico. Generalmente este tipo de enfermedad es asintomática en sus inicios, por lo que el diagnóstico se realiza ya en una etapa avanzada. El proceso para adaptarse a nuevas rutinas y tratamientos generan en el paciente una serie de alteraciones emocionales y estas a su vez, dependerán del diagnóstico y pronóstico de su enfermedad (Laham, s.f.).

Con respecto al impacto de recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica Castillo, Mañas, Moralejo y Ahijado (2017, como se citó en Garcia, 2019), refieren que pueden presentarse los siguientes cambios sociales y emocionales en el paciente:

- Cambio del rol que desempeñaba antes de recibir el diagnóstico, por ejemplo, puede haber sido de alguien activo y que conseguía el sustento económico y ahora se limita a descansar y hacer lo mínimo de esfuerzo debido a su condición física.
- En ocasiones puede presentar una necesidad de tener a alguien al lado que lo apoye en el proceso de la adaptación a la enfermedad.

- Debido a las constantes citas médicas, es posible que deje de laborar y, por ende, dificultades para obtener recursos económicos que le permitan acceder al tratamiento.
- Dependiendo del estadio podría presentar desesperanza como ansiedad.
- Dificultad para incorporar la nueva información, en este caso, el adaptarse a un diagnóstico conlleva a conocer las causas y consecuencias de no tratar adecuadamente la enfermedad.
- Generalmente se presentan un miedo a la muerte; ya que, el diagnóstico de este tipo de enfermedades se concibe como “poco tiempo de vida”, “incurable”, etc.
- En ocasiones, el paciente puede presentar sentimientos de arrepentimiento o culpa, y constantemente se preguntará “¿Qué he hecho mal?”, “¿Por qué estoy siendo castigado?”, etc.

2.1.1. Afrontamiento en la enfermedad física

Al hablar de afrontamiento, generalmente lo relacionamos con un evento estresante, que conlleva cambios en la percepción de la persona hacia un evento de tensión, en base a esto, es que Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Jiménez-Ocampo et al., 2013) refieren al afrontamiento como la capacidad que presenta un individuo para utilizar sus recursos cognitivos y conductuales y que le permiten responder a diferentes demandas propias o del entorno con la finalidad de reducir e impedir el incremento del estrés y de esta manera recuperar el equilibrio previo.

Por otro lado, Roy (como se cita en Fernández, 2012) define al afrontamiento como la capacidad que presenta la persona para utilizar sus habilidades cognitivas y comportamentales y atender las diversas demandas de su entorno, con la finalidad de sobrellevar las diferentes situaciones estresantes.

Hasta el momento estamos comentado del afrontamiento al estrés de manera general; sin embargo, ahora nos referiremos a la enfermedad como el evento estresante y lo detallaremos en los siguientes modelos.

A. Modelo de Lipowski

Según Lipowski (1970), menciona que la enfermedad física puede concebirse como una forma de estrés psicológico que implica una amenaza de sufrimiento y pérdida. Así mismo, da lugar a un conjunto de adaptaciones por medio de una serie de estrategias de afrontamiento que permitan un crecimiento psicológico y de ajuste a su diagnóstico. También refiere que la enfermedad tiene una característica crucial; el primero, es que es una fuente de estrés psicológico encontrándose dentro y no fuera del cuerpo de la persona y como segundo, el diagnóstico denota una imposición de tareas de las cuales no está preparado y perjudica en el cumplimiento de los objetivos de vida.

Entonces, el afrontamiento, en el contexto de la enfermedad física, se define como la capacidad que tiene una persona para utilizar sus diferentes mecanismos cognitivos y conductuales que la persona enferma emplea para preservar su integridad física y mental; a fin de recuperar y compensar sus actividades antes del diagnóstico. Por otro lado, para Lipowski (1970, como se citó en Jorques, 2015) la adaptación a la enfermedad se concibe como la disposición del individuo para hacer frente a los desafíos y tensiones, percibiendo su diagnóstico como un reto; así mismo, esto dependerá de la edad, situación del paciente y su pronóstico.

En este sentido, Lipowski (1970) refiere los siguientes tipos de afrontamiento:

a. Estilos de afrontamiento cognitivo

- Minimización: tendencia a negar, ignorar o racionalizar el significado personal de la enfermedad y sus consecuencias.

- **Vigilancia:** denota respuestas rápidas ante una señal de peligro con la finalidad de reducir la incertidumbre o la ambigüedad sobre algunos aspectos de la enfermedad. Estos pacientes están más propensos a la ansiedad y comportamientos obsesivos.

b. Estilos de afrontamiento conductuales

- **Aproximación:** Implica una disposición a adoptar una actitud activa y de afrontar la enfermedad entendiéndola como un desafío.
- **Capitulación:** se caracteriza por la pasividad y la dependencia hacia su entorno para que tomen decisiones relevantes sobre el diagnóstico y tratamiento.
- **Evitación:** este estilo está orientado a escapar de las responsabilidades de la enfermedad.

B. Modelo de Moos y Schaefer

Moos y Schaeffer (1984, como se citó en Jorques, 2015) presenta un modelo de evaluación y afrontamiento de la enfermedad física grave comprendida como crisis vital, la cual dará lugar a una serie de actividades de adaptación generadoras de habilidades de afrontamiento. En referencia a lo mencionado es que se plantean diferentes tareas de adaptación: manejo del dolor, manejo del tratamiento y del ambiente hospitalario, relación adecuada con el equipo multidisciplinario sanitario, búsqueda del equilibrio emocional adecuado, mantenimiento del sentido de autocompetencia y autoimagen y conservación de las relaciones familiares y sociales.

2.1.2. El Afrontamiento en la enfermedad oncológica

Conociendo la repercusión biológica que toda situación estresante produce en el organismo, y teniendo en cuenta las diferencias individuales en la percepción y afrontamiento del estrés, en este apartado se conocerá las consecuencias del impacto del estrés en la enfermedad oncológica.

A. Aportación teórica de Weisman

Weisman (1979, como se citó en Jorques, 2015), refiere que el estilo de afrontamiento utilizado durante la vida serán los utilizados en la enfermedad. Weisman entiende el afrontamiento como un proceso donde el individuo desarrolla una serie de acciones para recuperar el equilibrio y conseguir alivio y solución al problema; entre las estrategias más habituales en los pacientes de cáncer destaca: la búsqueda de información y consejo, la búsqueda de consuelo, inversión del afecto, supresión del problema, desplazamiento a través de la distracción, confrontar el problema y establecer una línea de acción, redefinición positiva, resignación o aceptación pasiva, fatalismo, hacer algo aunque sean conductas de riesgo como la bebida o las drogas, retirada o huida, externalización y proyección, y autoengaño. Cuando la persona no cuenta con adecuado recursos cognitivos y comportamentales, el afrontamiento suele no ser efectivo, provocando en la persona un estado de vulnerabilidad y malestar subjetivo que puede dar lugar a sentimientos de ansiedad, depresión y desamparo, impotencia y agitación.

B. Teoría de la Adaptación Cognitiva de Taylor

Taylor (1983), refiere una de las cualidades mas importantes del ser humano es su capacidad para resistir y/o afrontar situaciones tragicas con éxito conllevando a que la persona/paciente logre "autocurarse". En base a lo mencionado, es que se crea el modelo de Adaptación Cognitiva el cual refiere que el paciente será capaz de reajustarse a partir de una serie de creencias que serán el resultado de tres tipos de procedimientos cognitivos necesarios para la adaptación:

- **Búsqueda de significado de la experiencia:** Implica la necesidad de preguntarse por qué ocurrió una crisis y cuál es su impacto en la vida del individuo. En el aspecto oncológico, el intento de encontrar significado toma al menos dos formas: una que proporciona una

respuesta a la pregunta de por qué sucedió y la otra, un replanteamiento de las actitudes y prioridades para reestructurar la vida.

- Intento de recuperar el dominio de la experiencia y de sus vidas en general: El dominio se puede lograr a partir de la creencia de que uno puede controlar su enfermedad, en este caso el Cáncer, por medio de decisiones activas con respecto a su estado y tratamiento.
- Restauración de la autoestima a través de la autoevaluación: refiere que la comparación con pacientes en situación parecida o en peores condiciones, ayuda a mantener la autoestima.

2.1.3. Teoría del Ajuste Mental al Cáncer

Como se ha mencionado previamente, el cáncer se ha convertido en uno de los problemas de salud con más incidencia en los últimos años, por tal motivo es que se han realizado una serie de investigaciones, no solo para conocer su origen y el tratamiento; sino, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es por eso, que entre estas indagaciones se descubrió que algunos pacientes lograban adaptarse a la enfermedad, mientras que otros no. Por tal motivo, se hizo hincapié en que características conllevarían a que los pacientes logren adaptarse a la enfermedad y que características no.

Por tal motivo es que Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Torres, 2018) crearon una teoría de afrontamiento al estrés, el cual consiste en el uso de estrategias cognitivas y conductuales para manejar cualquier tipo de respuesta producto de una situación estresante. Estos autores identificaron tres tipos de interpretación que realizan las personas ante una situación de tensión: Daño o pérdida, Desafío y Amenaza. En base a esta valoración del estrés es que la persona buscará cierta estabilidad psicológica como emocional, mediante el uso de dos tipos de estrategias:

focalizadas al problema y a la emoción. Esta teoría nos recalca que ni una estrategia es perfecta, sino que, dependerá de la evaluación que realice la persona y de la situación en que se encuentre.

En base a lo mencionado, es que el modelo de ajuste mental se apoya de la teoría de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman de 1986, acomodando algunos conceptos para crear un modelo para esta población específica (Trigoso, 2012).

La teoría del ajuste mental al cáncer refiere como pieza principal, el significado personal que tiene el paciente hacia su enfermedad y las respuestas que este genere a partir de dicho significado (Bárez, 2002).

De manera más amplia, este término es definido como las respuestas cognitivas y conductuales que utiliza el paciente con cáncer hacia su enfermedad (Watson, et al., 1988), la cual comprende efectuar una valoración (darle un significado a la enfermedad), de identificar las reacciones consecuentes (lo que el paciente piensa y hace para minimizar la amenaza que supone la enfermedad (Watson y Greer, 1988, citado por Soriano, 2012).

No obstante, es importante señalar el término de afrontamiento está relacionado al ajuste mental al cáncer. En el primero, se evalúa al agente estresor, el cual dará apertura a ciertas estrategias; mientras que, en el segundo, se evalúa al cáncer como el agente estresor específico conllevando al uso de un estilo u estilos para manejar la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1984, como se citó en Sierralta, 2015).

- **Esquema de Supervivencia**

Moorey y Greer (1989, como se citó en Soriano, 2002) plantearon un modelo específico para pacientes con cáncer, denominado “Esquema de Supervivencia” o una triada de evaluación cognitiva, el cual se considera como: la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su

diagnóstico o el estado de su enfermedad. En base a este esquema es que se desglosan cinco estilos de ajuste mental: espíritu de lucha, evitación/negación, fatalismo/aceptación estoica, desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa (Torres, 2018).

Antes de describir cada estilo, es necesario tomar en cuenta tres aspectos que fueron relevantes para el desarrollo de este esquema (Trigoso, 2009):

- La percepción del diagnóstico: para conocer este apartado, se realiza la siguiente pregunta ¿qué significado tiene para usted la enfermedad?
- La sensación de control sobre la situación: en este caso se plantea la pregunta ¿qué puedo hacer frente a al cáncer? ¿podré controlarlo?
- La visión acerca del pronóstico: esta información se obtiene respondiendo a la pregunta ¿cuál será el pronóstico probable de mi enfermedad y cómo es de fiable?, a pesar de que el pronóstico sea favorable o no, la visión dependerá de los dos aspectos antes mencionados.

A modo de ejemplo, si una persona quiere sobrevivir el mayor tiempo posible a la enfermedad del cáncer, tendría que procesar su diagnóstico como un desafío, expresando sus emociones como la rabia, para luego sobrellevar la enfermedad por medio de un fuerte espíritu de Lucha (Ibáñez y Romero, 2000).

Con respecto a la aplicación del esquema de supervivencia, en este se relaciona el proceso de valoración, modos de afrontamiento y respuestas emocionales presentados en los pacientes al recibir el diagnóstico y en el transcurso del tratamiento (Soriano, 2002).

- **Estilos de Ajuste Mental al Cáncer**

En este apartado se definen los cinco estilos de ajuste mental al cáncer, no sin antes, es necesario diferenciarlo con el de estrategias de afrontamiento. Los estilos son definidos como la

predisposición que tiene la persona para hacer frente a situaciones nuevas o estresantes; así mismo, estos son responsables de la elección de las diferentes estrategias de afrontamiento. Mientras que las estrategias de afrontamiento son aquellos procesos concretos, que se utilizan en determinados contextos y pueden cambiar dependiendo de las situaciones o los eventos que se presenten (Martin y Fernández, 1997, citado por Torres, 2007).

Tabla 1.

Esquema de Supervivencia Moorey y Greer (1989).

	Espíritu de lucha	Evitación/ Negación	Fatalismo/ Aceptación estoica	Desamparo/ Desesperanza	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Respuesta emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Nota: Soriano (2002, p.78).

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

- *Espíritu de Lucha:* se caracteriza por brindar respuestas de aceptación al diagnóstico, demostrando una actitud optimista, dispuesto a enfrentar a la enfermedad, participando activamente en las decisiones sobre su tratamiento (Soriano, 2002). Además, Trigoso (2012), refiere que estos pacientes se encuentran orientados a cambiar sus hábitos y mejorar

su estilo de vida; conjuntamente, buscan información sobre su enfermedad para poder entenderla y combatirla. Además, Ibáñez y Romero (2000), manifiestan que cuando prevalece este estilo, el paciente se siente capaz de afrontar la enfermedad, considerando que su curación dependiera de lo que el decida y realice.

- *Evitación (negación)*: en este estilo el paciente tiende a rechazar su diagnóstico o minimizar la gravedad del mismo (Soriano, 2002). Esto puede deberse a la falta de confianza en la ciencia, en admitir su vulnerabilidad o desconfiá del personal de salud que le brinde la información (Trigoso, 2012). A pesar de lo mencionado, suelen presentar pocos signos de ansiedad y una actitud optimista ante su pronóstico; presentado como estrategia de afrontamiento la negación o minimización de los acontecimientos estresantes. Debido a esto es que el paciente no genera cambios en su estilo de vida, demostrando un pobre control de su enfermedad (Trigoso, 2009). Ante una alta prevalencia de este estilo, es posible que el enfermo niegue la realidad de su enfermedad, e incluso llegar a generar un cuadro delirante con la finalidad de no aceptarlo (Ibáñez y Romero, 2000).
- *Fatalismo/Aceptación estoica*: ante este estilo, el paciente percibe a su diagnóstico como una amenaza; no obstante, tiende a resignarse que ha mostrar angustia. Demuestra una actitud pasiva y poca iniciativa al tomar decisiones sobre su enfermedad (Trigoso, 2012). Generalmente, los pacientes con este estilo suelen dejar el control en manos de Dios, la suerte o al médico, confiando en ellos como responsables de su situación y capaces de sobrellevarlo; mientras que ellos señalan “pasara lo que tenga que pasar” (Ibáñez y Romero, 2000).
- *Preocupación ansiosa*: se caracteriza por considerar el diagnóstico como una gran amenaza, manifestando ansiedad al tomar decisiones sobre su tratamiento como

incertidumbre por su pronóstico, conllevando a una respuesta emocional de ansiedad (Trigoso, 2009). En este caso, el paciente suele disminuir su angustia, mediante la búsqueda exhaustiva de información, consultando a diversos médicos y pacientes; no obstante, suele darles más importancia a los aspectos negativos o aquellos que confirmen sus temores como el sufrimiento y dolor. Por otro lado, al optar por una preocupación excesiva, estas personas tienen a identificar con mayor facilidad síntomas físicos o malestares que comunicarían una posible recaída (Ibáñez y Romero, 2000).

- *Desamparo/desesperanza*: en este caso, se concibe al diagnóstico como pérdida, en la que el individuo no tiene control de la enfermedad; presentando una actitud pesimista sobre su pronóstico, produciendo una respuesta emocional depresiva (Trigoso, 2012). Además, Trigoso (2009), refiere que los pacientes tienden a afrontar la enfermedad con una actitud de rendición, careciendo de estrategias activas para resolver el problema; así mismo, perciben que “no pueden hacer nada” (desesperanza) y que “nadie puede ayudar” (desamparo). Generalmente, estos pacientes presentan dificultad para adherirse al tratamiento, ya sea por su pobre autoestima o porque delegan la responsabilidad de su tratamiento a otros.

Así mismo, Watson y Greer (1988, como se citó en Demaria, 2012) plantean dos tipos de respuesta: las pasivas y las activas. Las pasivas generan un peor ajuste, prevaleciendo los estilos del fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza. Mientras que los activos, conllevan a un mejor ajuste al cáncer siendo el espíritu de lucha y evitación/negación.

2.2. Apoyo Social Percibido

La definición del apoyo social ha ido evolucionando con el transcurso de los años, es así que House (1981, como se citó en Dura y Garcés, 1991) definió al apoyo social desde un enfoque

conductual, como una transacción entre dos o más personas mediante un vínculo emocional en la cual se brinda ayuda instrumental, de información o de valoración. Mientras que Barra (2004) refiere que el apoyo social es el sentimiento de aprecio y valoración por otras personas y el de pertenencia a una red de apoyo.

Vera y Gonzáles (2009, como se citó en Sierralta, 2015) definen a esta variable como un proceso de interacción entre una persona o grupo de personas que, a través del contacto constante, establecen lazos emocionales en las que comparten información y amistad y reciben apoyo material y emocional para la solución de eventos de tensión o de crisis.

Es así que, Huamán y Lupaca (2019) en su investigación define al apoyo social percibido como toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar a otros, que se realizan entre los individuos que componen la red social de una persona, los cuales interactúan entre sí, de la cantidad y la calidad de las relaciones se obtienen los recursos emocionales y físicos para afrontar situaciones difíciles, estos recursos son provisiones reales, expresivas y recibidas y son aportados por una comunidad, red social o amigos íntimos.

2.2.1. Teorías

A. Teoría de los efectos principales o directos

Esta teoría refiere que el apoyo social fortalece la salud y el bienestar, siendo independiente al nivel de estrés que presente la persona (López y Chacón, 1999, como se citó en Baca, 2013). Es así que se han propuesto dos mecanismos de acción: el primero refiere a que el apoyo social fomenta la mejora en la salud o en todo caso actuaría como defensa ante la enfermedad; en segundo lugar, estaría relacionado con la adopción de hábitos saludables (Alonso et al., 2013). Estos autores refieren que esta teoría está muy cuestionada; mencionado que no hay indicadores significativos

que relacionen la salud con el apoyo social, sino más bien, consideran que el aislamiento es el causante de la enfermedad.

B. Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores

Esta teoría sostiene que el apoyo social actúa como un factor protector solo en situaciones de tensión, preservándolo de los efectos negativos que el estrés pueda generar, fomentando el proceso de adaptación (López y Chacón, 1999, como se citó en Baca, 2013). En base a esta teoría es que se han establecido dos hipótesis; en primer lugar, tras la exposición a un evento estresante, el apoyo social actuaría en el sujeto redefiniendo este evento y permitiéndole adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas evitando o inhibiendo la aparición de perturbaciones emocionales negativas que puedan generarse por la falta de apoyo. La segunda hipótesis refiere que posterior a un evento estresante, el individuo podría reevaluar el daño o la magnitud de un evento crítico; ya que, al percibir que posee recursos personales como materiales a su disposición con los cuales sentirá confianza para poder hacer frente a estas situaciones estresantes (Alonso et al., 2013).

2.2.2. Dimensión del Apoyo social percibido

A. Apoyo estructural o cuantitativo: o “Red Social”

Hace referencia a la cantidad de sujetos con los cuales el individuo se relaciona y con los que puede contar y recurrir para afrontar situaciones y/o problemas (Alonso et al., 2013). Así mismo, Hombrados (2013, como se citó en Sullón, 2018) menciona que las características de las redes sociales en esta dimensión:

- Tamaño de la red: cantidad de personas que conforman la red social del individuo.
- Composición de la red y calidad de apoyo: se refiere a la diversidad de contextos de donde proviene la red social, además de la satisfacción que tiene el sujeto con el apoyo que percibe por parte de ellos.

- Densidad de la red: se refiere a la interconexión entre el sujeto y los participantes de su red, así como la intensidad de este vínculo.
- Reciprocidad: es el intercambio de los recursos entre el individuo y los integrantes de su red social.
- Frecuencia: cantidad de veces con las que el individuo se relaciona con su red de apoyo.
- Multiplicidad: este apartado hace referencia a los diferentes tipos de apoyo que puede brindar el grupo al individuo.
- Dispersión: facilidad o dificultad que tiene el individuo o su red para establecer contacto.
- Homogeneidad: se refiere a las características que presenta el individuo con su red social (sociodemográficas).

B. Apoyo funcional o cualitativo:

A comparación de la anterior, esta da énfasis en la calidad y significancia de las relaciones que tiene el individuo con su entorno (Barra, 2004). Así mismo, Alonso et al. (2013) manifiestan que esta dimensión es de carácter subjetivo y esta relacionada a la disponibilidad que presenta el soporte. Esta dimensión está mediada por la percepción que tiene el individuo; sin embargo, es la que presenta mejores resultados en la salud, Hombrados (2013, como se citó en Sullón, 2018). En este sentido es que Sherbourne, y Stewart (1991) realizan la siguiente clasificación:

Tipos de Apoyo

- Apoyo emocional/informativo: se encuentra relacionado con el cariño y la empatía y se define como la ayuda brindada por medio de consejos o información hacia el sujeto para que pueda absolver sus dudas (Sullón, 2018). Se diferencia del apoyo instrumental; ya que, en este, la información que se brinda es para solucionar las incertidumbres del sujeto y para

que obtenga nuevos recursos de afrontamiento; mas no para resolver sus problemas (Alonso et al., 2013).

- Apoyo material o instrumental: Para Alva (2016, como se citó en Osorio, 2019) este tipo de apoyo es denominado “tangible” o “material”. Este apoyo se refiere a la prestación de ayuda directa a las actividades que realiza el individuo aliviando su carga, tales como ayuda económica, doméstica o de servicios (Sullón, 2018).
- *Interacción Social*: implica pasar tiempo de ocio o recreación con la persona y comprende la capacidad de interactuar estableciendo lazos de confianza con el entorno, por ejemplo: tener disposición e iniciativa de pasar tiempo con otros y distraerse de manera amena y divertida, participar de actividades recreativas o de la compañía de una persona especial (Collacso y León, 2018).
- Apoyo afectivo: representa la percepción de las expresiones de afecto y amor que recibe la persona de su entorno más próximo (Alonso et al., 2013).

2.2.3. Naturaleza del Apoyo social (Huamán y Lupaca, 2019).

- Apoyo social objetivo: se refiere a los recursos reales, tangibles, a los que puede acceder el sujeto cuando se encuentre en búsqueda de apoyo
- Apoyo social percibido: se refiere al apoyo/ayuda que el individuo cree contar

2.2.4. El apoyo social percibido en pacientes con enfermedades crónicas

Si bien el avance de la ciencia como de la tecnología ha realizado grandes mejoras con respecto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas; esta no deja de ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial (Vega y Gonzales, 2009). Al igual que todos los tratamientos médicos que buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes, el apoyo social percibido también ha demostrado su influencia de manera positiva en el cuidado del paciente y la

familia. En este sentido, es que los pacientes que padecen de una enfermedad crónica, presentaran una serie de problemas asociados al cuidado (Barrera-Ortíz et al., 2016):

- Necesidad de modificar sus estilos de vida para mejorar el pronóstico
- Manejo del dolor (asociado a la limitación y a la mutilación en la enfermedad crónica)
- Alteración en la socialización
- Enfrentamiento a la pérdida o a la muerte

En este sentido, el soporte emocional se considerará como un elemento esencial para afrontar diferentes situaciones que afecten o alteren el adecuado desempeño y realización de las actividades del individuo antes, durante y después la enfermedad.

2.2.5. Apoyo social percibido en pacientes oncológicos

En el ámbito de la salud, Valla (1999, como se citó en Schneider et al, 2015) considera al apoyo social percibido como la información o asistencia ofrecida por una persona o grupo de personas con las cuales se tiene un vínculo, los cuales generan efectos emocionales y de comportamientos positivos. Este autor refiere que la familia es quien enseña a una persona a recibir y dar apoyo.

Por otro lado, Castellano-Tejedor (2015) refiere que el apoyo social percibido como un amortiguador de eventos estresantes que tiene como finalidad cubrir las necesidades emocionales que el individuo presente durante su día a día con la enfermedad oncológica. Generalmente el soporte emocional, material e informativo es la familia; sin embargo, la hospitalización y la restricción de visitas (debido a la complejidad de la enfermedad) conllevará a que pasen aún más tiempo en el centro de salud, generando también, apoyo por parte del equipo médico.

En este sentido, las investigaciones mencionan que la percepción del apoyo favorecerá estrategias activas de afrontamiento durante la enfermedad oncológica y a menor presencia de

apoyo social, es probable que aparezcan trastornos psiquiátricos (Costa, 2014). Así mismo, este autor refiere que las personas con relaciones y vínculos sociales tienden a presentar una mejor salud y señalan que al presentar altos niveles de apoyo social estos permitirían reducir el impacto de los eventos estresantes tales como: pérdida de trabajo, enfermedad, pérdida de un familiar, etc., los cuales tienden a influir en la calidad de vida del paciente.

Lepore y Helgeson, (1998, como se citó en Costa, 2014) refiere que la búsqueda de apoyo social es uno de los estilos de afrontamiento más utilizado de los pacientes oncológicos, facilitando la reestructuración de los pensamientos y discusión de emociones por medio del procesamiento de información lo cual permite modular el bienestar emocional de estos pacientes. En este sentido, Pérez et al. (2017) mencionan que las personas con diagnóstico oncológico tienden a presentar un apoyo social eficiente; sin embargo, al analizar los tipos de apoyo, estos suelen variar, encontrándose diferencias al compararlas con los diferentes datos sociodemográficos y médicos.

Capítulo III

Método

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación corresponde a un diseño No experimental – Transversal; ya que, se busca recolectar la información en un periodo único del tiempo; así mismo, su propósito radica en la descripción de la variable, mas no en la manipulación de esta. El tipo de investigación es Descriptivo – Correlacional; ya que, se evaluará cada variable de manera individual para luego determinar si existe relación (Hernández et al., 2010).

3.2. Ámbito temporal y espacial

En el ámbito temporal, la recolección de datos que serán considerados para la realización del trabajo de investigación estará prevista para aplicarse durante los meses de febrero a abril del año 2020, considerando este tiempo para la aplicación de la muestra, redacción de resultados y conclusiones. En el ámbito espacial, se considera aplicar la presente investigación en el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en el Cercado de Lima.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual

- Ajuste mental al cáncer: “Es un término utilizado para estudiar la adaptación del individuo a dicha enfermedad. De esta manera hace referencia al sentido que le otorga la persona al cáncer y las respuestas que se generan, a partir de dichos significados, a nivel cognitivo, emocional y conductual” (Sierralta, 2015, p. 3).
- Apoyo social percibido: “grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la

afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación” (Alonso et al., 2013, p. 118).

3.3.2. Definición operacional

- Ajuste mental al cáncer: son las puntuaciones obtenidas por la muestra seleccionada en base a la aplicación de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC).
- Apoyo social percibido: son las puntuaciones obtenidas de la muestra seleccionada en base a la aplicación del cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss.

3.4.Población y muestra

La población para este estudio estuvo conformada por todos los pacientes oncológicos asistentes al servicio de Salud Mental y el Departamento de Quimioterapia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de febrero a marzo del año 2020.

Por medio de un muestreo no probabilístico o intencional, definido como la elección de participantes en base a las características de la investigación que de la aleatoriedad (Hernández et al., 2010). Se consideraron a todos los pacientes oncológicos que aceptaron ser evaluados y firmaron el consentimiento informado durante los meses de febrero a marzo del año 2020, los cuales fueron asistentes de los servicios de Salud mental y Quimioterapia del Hospital Nacional Dos de Mayo, obteniéndose un total de 66 participantes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que conozcan su diagnóstico de Oncológico.
- Encontrarse en tratamiento oncológico.
- El rango de edad será comprendido desde los 18 años en adelante.

Criterios de exclusión:

- Llenado incorrecto de las pruebas psicológicas (doble marca de ítem, vacío o borrones).

- Participantes que se nieguen a colaborar con la evaluación.
- Pacientes que presenten alguna enfermedad mental.

Tabla 2.

Característica sociodemográficas de la muestra.

	Variable	f	%
Sexo	Femenino	40	60.6
	Masculino	26	39.4
Edad	19 – 29 años	8	12.1
	30 – 40 años	9	13.6
	41 – 51 años	20	30.3
	52 – 62 años	18	27.3
	63 – 73 años	10	15.2
	74 – 84 años	1	1.5
Estado civil	Soltero	23	34.8
	Casado	24	36.4
	Viudo	4	6.1
	Divorciado	2	3.0
	Conviviente	13	19.7
Grado de Instrucción	Primaria completa	5	7.6
	Primaria incompleta	5	7.6
	Secundaria completa	23	34.8
	Secundaria incompleta	8	12.1
	Superior	25	37.9
Ocupación	Ama de casa	29	44.0
	Estudiante	3	4.5
	Independiente	32	48.5
	Policía	1	1.5
	Profesora	1	1.5
	Total	66	100%

Tabla 3.

Características medicas de la muestra.

Variable	F	%	
Tipo de cáncer	Apéndice	1	1.5
	Cabeza y cuello	1	1.5
	Colon	5	7.6
	Estomago	3	4.5
	Leucemia	4	6.1
	Linfoma	3	4.5
	Mama	21	31.8
	Mieloma	2	3.0
	Piel	1	1.5
	Próstata	4	6.1
	Pulmón	5	7.6
	Riñón	1	1.5
	Sarcoma	6	9.1
	Testicular	2	3.0
	Tiroides	1	1.5
	Útero	6	9.1
Estadio oncológico	Estadio I	13	19.7
	Estadio II	15	22.7
	Estadio III	12	18.2
	Estadio IV	3	4.5
	No conoce	23	34.8
Tratamiento oncológico	Quimioterapia	62	93.9
	Radioterapia	1	1.5
	Ambos	3	4.5
Duración del tratamiento	1ra sesión	12	18.2
	1 a 6 meses	32	48.5
	6 a 12 meses	13	19.7
	1 a 2 años	7	10.6
	2 a 3 años	1	1.5
	3 a más años	1	1.5
Total	66	100%	

3.5. Instrumentos

A. Ficha técnica de datos sociodemográficos

Este documento incluye los datos de filiación del paciente, de los cuales, para fines de esta investigación, se tomaron los siguientes: edad, sexo, procedencia y grado de instrucción, diagnóstico y estadio de su enfermedad, ver Anexo 2.

B. Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer

- **Descripción del cuestionario**

Creada por Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, y Robertson (1988) en Inglaterra y adaptada por Trigoso en 2009 para Lima. El presente cuestionario tiene como objetivo identificar los estilos de ajuste mental al cáncer presentes en los pacientes oncológicos. Se encuentra compuesto, en su versión adaptada, por 31 ítems agrupados en 4 categorías o estilos: espíritu de lucha (12 ítems), desamparo/desesperanza (9 ítems), preocupación ansiosa (5 ítems) y fatalismo/aceptación estoica (5 ítems), los cuales se pueden visualizar en la tabla 4. Así mismo, es necesario señalar que el cuestionario original contaba con 40 ítems y una categoría adicional denominada “Negación/Evitación”, ver Anexo 3.

Tabla 4.

Distribución de los ítems según el cuestionario ajuste mental al cáncer MAC.

Estilos	Ítems
Espíritu de Lucha	3, 7, 9, 12, 14, 20, 21, 23, 24, 26, 30, 31
Desamparo/Desesperanza	1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 25, 28.
Preocupación Ansiosa	2, 10, 15, 16, 29
Fatalismo/Aceptación estoica	5, 8, 11, 18, 27

- **Normas de aplicación**

Se entrega del cuestionario indicando lo siguiente: “*A continuación, encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad. A la derecha de cada frase, encontrará los respectivos indicadores, por favor, escoja la opción con la que usted más 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*”.

- **Normas de corrección y calificación**

En cuanto a la calificación, cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, en donde 1 es “Totalmente falso”, 2 “Falso”, 3 “verdadero” y 4 “Totalmente verdadero”, siendo el resultado la sumatoria de la puntuación de los 31 ítems.

- **Interpretación**

Tabla 5.

Interpretación del cuestionario de ajuste mental a cáncer MAC.

Estilos	Niveles		
	Bajo	Medio	Alto
Espíritu de Lucha	31-35	36-38	39-45
Desamparo/Desesperanza	10-18	19-20	21-28
Preocupación Ansiosa	5-11	12-13	14-17
Fatalismo/Aceptación estoica	11-14	15	16-18

El cuestionario brinda resultados por cada dimensión o estilo, para fines de esta investigación se realizó una baremación en base a los percentiles 30 y 70 para identificar los niveles bajo, medio y alto.

- **Validez y confiabilidad**

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

C. Cuestionario de Apoyo Social Percibido – MOS

- **Descripción del cuestionario**

Este cuestionario fue diseñado por Sherbourne y Stewart en Estados Unidos durante el año de 1991 y adaptado y traducido por De la Revilla, Luna, Bailón, y Medina durante el 2005 en España, validándose en pacientes con enfermedades crónicas (Collaco y León, 2018).

Además, se constituye por dos áreas: a) Apoyo social estructural y b) Apoyo social funcional, esta última está constituida por cuatro factores (tipos): Emocional/informacional, afectivo, instrumental e interacción positiva. Así mismo, lo componen 20 ítems y su aplicación es individual, siendo la primera una pregunta abierta en la cual se solicita la cantidad de persona de

las que recibe apoyo social, y el resto de ítems miden el constructo mediante respuestas de tipo Likert de 5 opciones: 1 es “nunca”, 2 es “pocas veces”, 3 es “algunas veces”, 4 “la mayoría de veces” y 5 es “siempre”, ver Anexo 4.

Tabla 6.

Distribución de los ítems del cuestionario de apoyo social percibido MOS.

Estilos de ajuste mental	Ítems
Emocional	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19
Instrumental/material	2, 5, 12, y 15
Interacción social	7, 11, 14 y 18
Afectivo	6, 10 y 20

- **Normas de aplicación**

Se hace entrega del cuestionario indicando que “*las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone*”. Luego se explica la respuesta al ítem 1, en el cual se debe colocar el número de amigos y familiares cercanos. Finalmente se explica que “*en los siguientes ítems deberá colocar en la casilla correspondiente un aspa (X) en la opción que mejor se acerque a su respuesta*”.

- **Normas de corrección y calificación**

Del total de 20 ítems, 19 de ellos se responden con una escala de Likert que evalúa la frecuencia (ítems del 2 al 20), siendo el resultado la sumatoria de los valores correspondientes: 1 nunca a 5 siempre.

- **Interpretación**

Al igual que el cuestionario anterior, en base a los puntajes obtenidos, se estableció la baremación a través del valor de los percentiles 30 y 70 a fin de poder clasificarlos en diferentes niveles.

Tabla 7.

Interpretación del cuestionario de apoyo social percibido MOS.

Apoyo social percibido	Niveles		
	Bajo	Medio	Alto
Apoyo emocional	8-26	27-32	33-40
Apoyo instrumental	5-14	15-17	18-20
Interacción social	4-14	15-16	17-20
Apoyo afectivo	5-12	13	14-15
Apoyo social percibido total	26-68	68-79	80-95

- **Validez y confiabilidad**

Collacso y León (2018) hallaron las propiedades psicométricas en población oncológica, en donde se halló la validez de contenido a través del coeficiente de Aiken, encontrándose resultados no menores a 0.82, lo cual indica una validez óptima; así mismo, se realizó la validez por constructo por medio de un análisis factorial confirmatorio en donde se ratifica 4 factores los cuales coinciden con el modelo teórico encontrándose valores de confiabilidad superiores a 0.70. Con respecto a la validez convergente, se relacionó el cuestionario de apoyo social percibido con la escala de adherencia al tratamiento del cáncer - EATC ($r = 0.45$, $p < 0.001$) y el Índice de Calidad de Vida – ICV ($r = 0.38$, $p < 0.001$) obteniéndose correlaciones altamente significativas. Por otro

lado, la confiabilidad se realizó por consistencia interna mediante el estadístico Alfa de Cronbach (0.948), siendo este resultado, altamente significativo.

3.6.Procedimientos

Para la recolección de los datos de la presente investigación, se procedió inicialmente con la gestión de los permisos necesarios en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Luego de realizar las coordinaciones y cumplir con los requerimientos del Comité de Ética en Investigación Biomédica del hospital, se procedió con la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada.

La aplicación como tal, se realizó en los servicios de Salud Mental y el departamento de Quimioterapia durante los meses de febrero y marzo. Se inició con la presentación de la investigadora ante cada uno de los participantes, a quienes se les explico el estudio y aquellos que aceptaron, tuvieron que firmar el consentimiento informado (ver anexo 1), para luego brindarle los instrumentos de evaluación (este procedimiento tendrá una duración de 30 minutos aproximadamente).

3.7. Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados por el programa SPSS versión 25, comenzando con la confiabilidad, la cual fue evaluada a través de coeficiente Alpha de Cronbach y la validez mediante la correlación ítem-test del instrumento; sin embargo, antes de realizar este análisis se tuvo que identificar la distribución de los datos por medio de la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov a fin de utilizar el estadístico correspondiente, debido a que los resultados fueron significativos se usó el RHO de Spearman. Con respecto al análisis descriptivo, se exploraron las medidas de tendencia central (media, mediana, moda), frecuencias y porcentajes.

A fin de identificar las diferencias significativas al comparar el ajuste mental y el apoyo social percibido con las variables sociodemográficas: sexo, edad, grado de instrucción y estado

civil se utilizó la U de Mann-Whitney (para dos muestras independientes) y la H de Kruskal-Wallis (para más de dos muestras independientes). Por último, para responder al objetivo general se utilizó el estadístico no paramétrico RHO de Spearman a fin de identificar el nivel de relación y significancia entre ambas variables.

3.8.Consideraciones éticas

Richaud (2007) menciona que ética de una investigación dependerá de la ética personal que tenga el investigador; ya que, él será el responsable de velar por el correcto cumplimiento y honestidad de estudio.

En este sentido, el desarrollo de la investigación científica, requiere de la práctica de valores morales como aspecto fundamental en su desarrollo, es decir debe estar basada en los derechos humanos y al respeto mutuo. Es de suma importancia mirar al paciente como un ser humano merecedor de respeto en todas sus formas, por ende, para el desarrollo de la presente investigación, se tuvo en consideración el respeto hacia el paciente oncológico en todas sus dimensiones. En base a lo mencionado, es que se procederá a presentar el siguiente proyecto de investigación al Comité de Ética en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo para su revisión y corrección respectivamente; así mismo, se incluirá el consentimiento informado, que además de informar al paciente sobre la finalidad de la investigación y todo lo que implica participar en ella, le brinda confidencialidad y autonomía.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos: confiabilidad y validez

A. Cuestionario de ajuste mental al cáncer-MAC

- **Confiabilidad**

Con respecto a la confiabilidad, la Tabla 8, se puede visualizar el análisis que se realizó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach obteniéndose valores altos en las dimensiones espíritu de lucha y desamparo/desesperanza, mientras que un valor moderado en las dimensiones de preocupación ansiosa y fatalismo /aceptación estoica. Debido a que sus valores fueron de moderados a altos, pero significativos es que se considera que el instrumento es confiable.

Tabla 8.

Confiabilidad de las dimensiones del cuestionario de ajuste mental al cáncer.

Dimensiones	N ítems	Alfa de Cronbach
Espíritu de Lucha	12	.714
Desamparo / Desesperanza	9	.791
Preocupación ansiosa	5	.679
Fatalismo / Aceptación estoica	5	.415

- **Validez**

En cuanto a la validez, se analizó la correlación ítem-test por medio del estadístico RHO de Spearman; sin embargo, al tratarse de un instrumento que brinda puntajes por estilos, se efectuó

la relación ítem-dimensión; es decir, se correlaciono cada ítem con al puntaje total de cada una de las dimensiones a las que pertenece, en este sentido los cuatro estilos de ajuste mental obtuvieron correlaciones positivas y significativas, las cuales se detallan a continuación:

La Tabla 9 se evidencian los resultados del estilo espíritu de lucha, los cuales reportan coeficientes de correlación que oscilan de 0.317 a 0.647, siendo todos estos valores altamente significativos ($p < 0.01$), lo cual indica que cada ítem mide lo que le corresponde medir en la muestra.

Tabla 9.

Correlación ítem- dimensión espíritu de lucha.

Ítems	rho	p	Ítems	Rho	p
3	.647**	0.000	21	.317**	0.009
7	.614**	0.000	23	.568**	0.000
9	.531**	0.000	24	.357**	0.003
12	.539**	0.000	26	.395**	0.001
14	.503**	0.000	30	.474**	0.000
20	.513**	0.000	31	.450**	0.000

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

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

Mientras que la Tabla 10, demuestra los resultados al correlacionar los ítems con la puntuación total de la dimensión desamparo/desesperanza obteniéndose como valor mínimo (0.300) y valor máximo (0.717) siendo todos estos hallazgos altamente significativos ($p < 0.02$), demostrándose que los ítems presentan una adecuada correlación con su dimensión.

Tabla 10.

Correlación ítem- dimensión desamparo/desesperanza.

Ítems	rho	P	Ítems	rho	P
1	.717**	0.000	19	.689**	0.000
4	.602**	0.000	22	.329**	0.007
6	.471**	0.000	25	.300*	0.014
13	.563**	0.000	28	.588**	0.000
17	.686**	0.000			

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

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

En cuanto a la Tabla 11, se demuestra la dimensión preocupación ansiosa, la cual evidencia correlaciones altamente significativas ($p < 0.01$), hallándose valores que varían de 0.611 a 0.671, los cuales indican que existe una adecuada relación ítems-dimensión.

Tabla 11.

Correlación ítem- dimensión preocupación ansiosa.

Ítems	rho	p	Ítems	rho	p
2	.656**	0.000	16	.611**	0.000
10	.633**	0.000	29	.634**	0.000
15	.671**	0.000			

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

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

Y, por último, con respecto a la correlación ítem – fatalismo/aceptación estoica, la Tabla 12 encuentra resultados altamente significativos ($p < 0.01$) los cuales varían de 0.361 a 0.757. Concluyendo que todas las dimensiones correlacionan significativamente con los ítems a los que pertenecen.

Tabla 12.

Correlación ítem- dimensión fatalismo/aceptación estoica.

Ítems	rho	p	Ítems	rho	p
5	.462**	0.000	18	.550**	0.000
8	.519**	0.000	27	.361**	0.003
11	.757**	0.000			

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

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

B. Cuestionario de apoyo social percibido-MOS

- **Confiabilidad**

En la Tabla 13, se visualiza el análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente de Alfa de Cronbach obteniéndose valores altos (0.950) lo cual indica que es un instrumento altamente confiable.

Tabla 13.

Confiabilidad del cuestionario de apoyo social percibido MOS

Variable	N ítems	Alfa de Cronbach
Apoyo social percibido total	19	0.950

- **Validez**

En cuanto a la validez, se observa en la Tabla 14, que se correlacionaron los ítems-con el puntaje total del cuestionario, obteniéndose como resultados valores altamente significativos que oscilaron de 0.484 a 0.825, lo cual indica que todos los ítems tienen relación con lo que se plantea medir.

Tabla 14.

Correlación ítem-test del apoyo social percibido.

Ítems	Rho	P	Ítems	Rho	p
2	.484**	0.000	12	.570**	0.000
3	.675**	0.000	13	.620**	0.000
4	.703**	0.000	14	.796**	0.000
5	.603**	0.000	15	.578**	0.000
6	.702**	0.000	16	.798**	0.000
7	.654**	0.000	17	.775**	0.000
8	.751**	0.000	18	.825**	0.000
9	.819**	0.000	19	.753**	0.000
10	.787**	0.000	20	.781**	0.000
11	.763**	0.000			

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

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

4.2. Análisis Exploratoria de las variables

En la Tabla 15, se visualizan los resultados que se efectuaron al aplicar la prueba de ajuste de bondad Kolmogorov-Smirnov (K-S) para determinar la distribución de los datos. Se puede identificar valores significativos en todas las dimensiones del ajuste mental al cáncer, al igual que

del apoyo social percibido; en este sentido, se concluye que las variables no presentan una distribución normal ($p < 0.05$) y, por ende, se debe utilizar estadísticos no paramétricos para su respectivo análisis.

Tabla 15.

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Variable	Dimensiones	Estadístico	gl	Sig.
	Espíritu de lucha	0.129	66	0.008
Ajuste mental al cáncer MAC	Desamparo/Desesperanza	0.194	66	0.000
	Preocupación ansiosa	0.132	66	0.006
	Fatalismo/ Aceptación estoica	0.168	66	0.000
Apoyo social percibido MOS		0.169	66	0.000

4.3. Análisis descriptivos de la variable

Con respecto al análisis descriptivos del ajuste mental al cáncer, en la Tabla 16, se obtiene que el estilo que predomina en la muestra es la del espíritu de lucha ($M=36.95$), mientras que el menos utilizado es la dimensión de preocupación ansiosa ($M=12.15$). Además, se describen los valores de la desviación estándar por cada dimensión, los cuales varían de 1.393 a 2.972, datos que no superan los puntajes de la media por cada estilo, por lo que, se puede afirmar que las puntuaciones facilitadas por la muestra no están sesgadas.

Tabla 16.

Estadísticos descritos del ajuste mental al cáncer.

Ajuste mental al cáncer	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>DS</i>	Mínimo	Máximo
Espíritu de Lucha	36.95	36.50	35	2.90	31	45
Desamparo / Desesperanza	18.59	19.00	18	2.97	10	28
Preocupación ansiosa	12.15	12.00	12	2.30	5	17
Fatalismo / Aceptación estoica	14.42	14.50	15	1.39	11	18

En cuanto al apoyo social percibido, la Tabla 17, demuestra una media de 71.74 para la escala total; en tanto el tipo de apoyo predominante es el emocional ($M=29.33$) y el menos utilizado es el afectivo ($M=12.05$). Con respecto a la desviación estándar, los valores varían (según tipo) de 2.48 a 6.69 y de 14.31 para la escala total, identificándose que la desviación estándar no supera a la media y afirmándose que las puntuaciones brindadas por la muestra no están sesgadas.

Tabla 17.

Estadísticos descriptivos del apoyo social percibido (por escala global y tipos).

Variable	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>DS</i>	Mínimo	Máximo
Apoyo social Percibido	71.74	75.50	77	14.31	26	95
Apoyo emocional/informacional	29.33	31.50	32	6.69	8	40
Apoyo instrumental	15.18	16.00	17	3.30	5	20
Interacción social positiva	15.18	16.00	16	3.34	4	20
Apoyo afectivo	12.05	12.00	12	2.48	5	15

4.4.Descripción de las variables según niveles

Para fines de esta investigación y con el propósito de responder a los primeros objetivos planteados, es que se realizó una baremación a través de dos cortes percentilares (30 y 70), a fin de poder clasificar las puntuaciones en niveles bajos, medios y altos. En este sentido, la Tabla 18 describe los niveles del ajuste mental, evidenciando que la mayor cantidad de pacientes se concentra en el nivel bajo de fatalismo/aceptación estoica con un 50% del total y mientras que las menores frecuencias la obtuvieron las dimensiones desamparo/desesperanza y fatalismo/preocupación ansiosa, ambas con 18.18%.

Tabla 18.

Frecuencias y porcentajes de los estilos de ajuste mental al cáncer según niveles .

Ajuste mental al cáncer	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto	
	f	%	f	%	f	%
Espíritu de lucha	23	34.85	26	39.39	17	25.76
Desamparo/Desesperanza	30	45.45	24	36.36	12	18.18
Preocupación ansiosa	25	37.88	24	36.36	17	25.76
Fatalismo/ Aceptación estoica	33	50.00	21	31.82	12	18.18

En la Tabla 19, se evidencia que el 30.30% de los pacientes evaluados percibe un nivel bajo 30.30% de apoyo social percibido, mientras que el 40.91% un nivel medio y el 28.79% un nivel alto. En tanto a los tipos, se visualiza que tipo de apoyo que concentra la mayor cantidad de porcentaje es el afectivo en el nivel bajo con un 54.55%, siguiéndole el tipo instrumental con 46.97% en el nivel medio.

Tabla 19.

Frecuencias y porcentajes del apoyo social percibido según niveles.

Apoyo social percibido	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto	
	f	%	f	%	f	%
Tipo Emocional/informacional	20	30.30	26	39.39	20	30.30
Tipo Instrumental	20	30.30	31	46.97	15	22.73
Tipo Interacción social positiva	21	31.82	25	37.88	20	30.30
Tipo Afectivo	36	54.55	10	15.15	20	30.30
Índice global	20	30.30	27	40.91	19	28.79

4.5.Comparación de las variables según datos sociodemográficos

Con la finalidad de comparar la variable ajuste mental con el sexo, se aplicó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney, encontrándose que la dimensión preocupación ansiosa evidencia diferencias significativas entre ambos grupos, siendo las mujeres las que presentan puntajes más altos que los varones, estos resultados se visualizan en la Tabla 20.

Tabla 20.

Comparación del ajuste mental según sexo.

Ajuste mental	Sexo	N	Rango promedio	U	Z	p
Espíritu de lucha	Femenino	40	33.33	513.000	-.093	.926
	Masculino	26	33.77			
Desamparo/ desesperanza	Femenino	40	36.31	407.500	-1.495	.135
	Masculino	26	29.17			
Preocupación ansiosa	Femenino	40	37.23	371.000	-1.979	.048
	Masculino	26	27.77			
Fatalismo/aceptación estoica	Femenino	40	36.06	417.500	-1.387	.165
	Masculino	26	29.56			

En tanto la Tabla 21, se muestran los resultados al utilizar el estadístico no paramétrico H de Kruskal-Wallis, los cuales evidencian que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) al comparar los puntajes del ajuste mental con el estado civil.

Tabla 21.

Comparación del ajuste mental según estado civil.

Ajuste mental	Estado civil	N	Rango promedio	H	gl	p
Espíritu de lucha	Soltero	23	36.93	3.599	4	.463
	Casado	24	33.21			
	Viudo	4	18.88			
	Divorciado	2	41.00			
	Conviviente	13	31.31			
Desamparo/ desesperanza	Soltero	23	32.46	.398	4	.983
	Casado	24	33.08			
	Viudo	4	34.00			
	Divorciado	2	31.25			
	Conviviente	13	36.31			
Preocupación ansiosa	Soltero	23	32.28	2.201	4	.699
	Casado	24	34.23			
	Viudo	4	44.13			
	Divorciado	2	41.25			
	Conviviente	13	29.85			
Fatalismo/ aceptación estoica	Soltero	23	34.00	4.844	4	.304
	Casado	24	32.94			
	Viudo	4	51.25			
	Divorciado	2	22.75			
	Conviviente	13	29.85			

En la Tabla 22, evidencia la comparación de las puntuaciones del ajuste mental con el grado de instrucción. De acuerdo con ello, se observa que si existen diferencias significativas ($p < 0.05$) respecto a la preocupación ansiosa y los grados de instrucción, siendo los pacientes con primaria incompleta los que puntúan más alto.

Tabla 22.

Comparación del ajuste mental según grado de instrucción.

Ajuste mental	Grado de Instrucción	N	Rango promedio	H	gl	<i>p</i>
Espíritu de lucha	Primaria completa	5	19.30	4.154	4	0.386
	Primaria incompleta	5	26.80			
	Secundaria completa	23	34.20			
	Secundaria incompleta	8	34.69			
	Superior	25	36.66			
Desamparo/desesperanza	Primaria completa	5	46.40	8.914	4	0.063
	Primaria incompleta	5	40.10			
	Secundaria completa	23	34.24			
	Secundaria incompleta	8	42.88			
	Superior	25	25.92			
Preocupación ansiosa	Primaria completa	5	43.80	12.774	4	0.012
	Primaria incompleta	5	49.50			
	Secundaria completa	23	32.96			
	Secundaria incompleta	8	44.81			
	Superior	25	25.12			
Fatalismo/aceptación estoica	Primaria completa	5	45.80	4.679	4	0.322
	Primaria incompleta	5	40.00			
	Secundaria completa	23	32.20			
	Secundaria incompleta	8	38.38			
	Superior	25	29.38			

Mientras que en la Tabla 23, se demuestra que, si existen diferencias significativas al comparar el ajuste mental “fatalismo/aceptación estoica” con la edad, siendo el participante con el rango de edad más alto (74 a 84 años) el que presento un elevado puntaje en esa dimensión.

Tabla 23.

Comparación del ajuste mental según edad.

Ajuste mental	Edad	N	Rango promedio	H	gl	p
Espíritu de lucha	19 - 29	8	40.31	3.189	5	.671
	30 - 40	9	30.33			
	41 - 51	20	36.55			
	52 - 62	18	32.06			
	63 - 73	10	29.05			
	74 - 84	1	17.00			
Desamparo/ desesperanza	19 - 29	8	30.88	5.517	5	.356
	30 - 40	9	25.56			
	41 - 51	20	34.60			
	52 - 62	18	33.33			
	63 - 73	10	42.95			
	74 - 84	1	12.50			
Preocupación ansiosa	19 - 29	8	33.31	5.907	5	.315
	30 - 40	9	20.72			
	41 - 51	20	33.25			
	52 - 62	18	39.42			
	63 - 73	10	35.05			
	74 - 84	1	33.00			
Fatalismo/ aceptación estoica	19 - 29	8	20.69	15.370	5	.009
	30 - 40	9	18.06			
	41 - 51	20	36.53			
	52 - 62	18	37.14			
	63 - 73	10	42.55			
	74 - 84	1	58.50			

En tanto al apoyo social percibido, se realizó el mismo análisis a fin de comparar los datos con diferentes datos sociodemográficos. Con respecto al sexo, se aplicó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney, encontrándose como resultados que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, estos resultados se visualizan en la Tabla 24.

Tabla 24.

Comparación del apoyo social percibido según sexo.

Sexo	N	Rango promedio	U	Z	p
Femenino	40	34.35	486.000	-.447	.655
Masculino	26	32.19			

Mientras que en la Tabla 25, se encuentran los resultados obtenidos al comparar los puntajes del apoyo social percibido con el estado civil, evidenciándose que no existen diferencias significativas entre ambas variables ($p > 0.05$).

Tabla 25.

Comparación del apoyo social percibido según estado civil.

Estado civil	N	Rango promedio	H	Gl	p
Soltero	23	29.00	2.285	4	.684
Casado	24	37.04			
Viudo	4	31.63			
Divorciado	2	37.75			
Conviviente	13	34.85			

La Tabla 26, se visualiza un valor de $p = 0.010$, lo cual indica que, si existen diferencias significativas entre el apoyo social percibido y el grado de instrucción, encontrándose que las puntuaciones más altas la obtuvieron los participantes con secundaria incompleta (47.25) a comparación de los que presentan primaria completa (16.50).

Tabla 26.

Comparación del apoyo social percibido según grado de instrucción.

Estado civil	N	Rango promedio	H	gl	<i>p</i>
Primaria completa	5	16.50			
Primaria incompleta	5	23.00			
Secundaria completa	23	28.48	13.338	4	.010
Secundaria incompleta	8	47.25			
Superior	25	39.22			

Y, por último, la Tabla 27 demuestra que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) entre las puntuaciones del apoyo social percibido y la edad.

Tabla 27.

Comparación del apoyo social percibido según edad.

Edad	N	Rango promedio	H	gl	<i>p</i>
19 - 29	8	23.75			
30 - 40	9	43.44			
41 - 51	20	37.88	10.189	5	.070
52 - 62	18	33.33			
63 - 73	10	21.95			
74 - 84	1	53.00			

4.6. Relación de las variables

En base a la prueba de normalidad aplicada, es que se utilizó el coeficiente de Spearman para comprobar si existe relación entre ambas variables. En este sentido, en la Tabla 28, podemos identificar que existe relación baja y directa entre el apoyo social percibido total y el espíritu de lucha ($\rho = 0.381$, $p < 0.002$); mientras que baja e inversa con las dimensiones desamparo /

Desesperanza ($\rho = -0.369$, $p < 0.002$) y una correlación moderada con Preocupación ansiosa ($\rho = -0.485$, $p < 0.000$). No obstante, se observó una correlación escasa, inversa y no significativa con la dimensión de fatalismo / aceptación estoica ($\rho = -0.025$, $p < 0.839$).

Tabla 28.

Correlaciones de Spearman entre los estilos de ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido.

Ajuste mental al cáncer	Apoyo social percibido	
	ρ	p
Espíritu de lucha	.381**	0.002
Desamparo/Desesperanza	-.369**	0.002
Preocupación Ansiosa	-.485**	0.000
Fatalismo/Aceptación estoica	-0.025	0.839

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

Capítulo V

Discusión de resultados

En este capítulo, se evidencian los resultados previamente presentados entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana; es por ello que se analizó, en primer lugar, los resultados obtenidos a través de los objetivos específicos, los cuales buscaron describir los niveles y comparar las puntuaciones del ajuste mental y el apoyo social percibido según el sexo, estado civil, grado de instrucción y edad, para luego responder al objetivo general que fue determinar si existe relación entre ambas variables.

En base al primer objetivo específico, se identificó que el 50% de los pacientes presentó un nivel bajo del ajuste mental “fatalismo/aceptación estoica”; siendo estos resultados diferentes a los obtenidos por Rodríguez-Quintana, et al. (2012) quienes encontraron que el 71.67% de los pacientes oncológicos uso con mayor frecuencia este estilo, es decir, más de la mitad de los participantes demostraba una preocupación superficial, evitando tomar el control de su vida y dejando que su entorno familiar, social y medico sean los que elijan (Torres, 2018). Mientras que en el nivel alto, los estilos que presentaron mayor porcentaje fueron: a) espíritu de lucha con un 25.76%, lo cual se espera por ser la dimensión que mejor se adapta a la enfermedad (Watson et al. 1988); y a lo que Landaverde et al. (2015) explican indicando que estos participantes no consideran sus respuestas de afrontamiento como pasivas, sino, que son capaces de sobrellevar la enfermedad tomando sus propias decisiones durante el proceso de aceptación al diagnóstico como del tratamiento; y b) con un mismo porcentaje, la preocupación ansiosa, la cual se caracteriza por una búsqueda compulsiva de tranquilidad; en este sentido, Baca (2013) refiere que de encontrarse

niveles altos en esta dimensión, estos afectarían a la calidad de vida del paciente ocasionando en ellos dificultad para percibir adecuadamente su entorno.

En cuanto al segundo objetivo específico, se describieron los niveles del apoyo social percibido total, evidenciándose que los mayores porcentajes se agrupan en el nivel medio con un 40.91%. Estos resultados se contrastan con la investigación realizada por Chérrez et al. (2018) quienes también demostraron, a nivel general, que la mayoría de los participantes refiere que su entorno social cumple con dar un adecuado soporte emocional. Sin embargo, estos hallazgos son diferentes a los encontrados por Alvarado y Bustamante (2018) quienes indican que el 71.6% de los pacientes oncológicos evaluados evidenciaron niveles bajos de apoyo social percibido; así mismo, refiere que los participantes oncológicos se caracterizan por presentar expectativas mínimas hacia su entorno, los cuales repercuten en su estado de ánimo y por ende a la adherencia al tratamiento.

Para responder al tercer objetivo específico, se comparó el ajuste mental con la variable sociodemográfica “sexo”, obteniéndose como resultando que la dimensión “preocupación ansiosa” fue el único estilo que presentó diferencias significativas al compararlo con los puntajes en ambos grupos, siendo las mujeres quienes presentaron puntuaciones más altas. En base a estos hallazgos, podemos mencionar que las mujeres tienden a presentar más sentimientos de incertidumbre asociado a la búsqueda constante de información y de una excesiva atención y preocupación por sus síntomas físicos (Landaverde et al., 2015). A contrario, Trigos (2009), es quien refiere que el fatalismo/aceptación estoica es la dimensión que evidencia diferencias significativas en sus puntuaciones al compararlo con ambos sexos, y al igual que nuestro estudio, las mujeres presentan puntuaciones más altas a comparación que los varones.

En cuanto al siguiente dato sociodemográfico, se determino que no existen diferencias significativas al comparar las dimensiones del ajuste mental con el estado civil; no obstante, en la investigación de Mishra y Saranath (2019) refieren lo contrario; ya que, por medio de un analisis de regresión multiple, identificaron que el estado civil era capaz de predecir la orientación que podrian presentar los pacientes oncologicos hacia un estilo de ajuste mental, en ese caso, al espíritu de lucha; así mismo, mencionan que la actitud de la pareja es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente.

Mientras que al compararlo con el grado de instrucción, se encontro que los pacientes oncologicos con estudios no culminados de primaria, presentaron puntuaciones mas altas y significativas que los de instrucción superior en la dimensión de preocupación ansiosa; estos resultados son similares a los encontrados por Trigos (2012), quien refiere que la sensación de incertidumbre y ansiedad esta directamente relacionada con un nivel de instrucción basico y con una menor percepción de bienestar y proposito de vida. Además, Sierralta (2015) explica que a mayor grado de instrucción, los pacientes tienden a comprender mejor la información y utilizar diversas estrategias de afrontamiento; sin embargo, el mal entendimiento podria generar preocupación, sentimientos de angustia y una limitada disposición de recursos para hacer frente a la enfermedad.

Al comparar el ajuste mental con la edad, se evidencian diferencias significativas en la dimensión fatalismo/aceptación estoica, siendo el rango con mayor puntuación, la de los adultos mayores de 74-84 años a comparación de los adultos de 30-40 años. Estos resultados se contrastan con lo obtenido por Trigos (2012) quien menciona que, los adultos mayores suelen sobrellevar una serie de duelos propios de la edad, por lo que presentan una actitud mas pasiva a comparación de los de 30 a 40 años que se encuentran en constante actividad laboral, academica y/o familiar y

que buscan luchar contra la enfermedad y así cumplir sus metas en la vida. En este sentido Soriano (2002) informa que los pacientes oncológicos mayores de 50 años son, generalmente, más afectados por la enfermedad, utilizando estilos de afrontamiento pasivos. Además, Mishra y Saranath (2019) menciona que los más jóvenes (<46 años) perciben su diagnóstico como un reto y tienden a adaptarse a la enfermedad utilizando el estilo espíritu de lucha en comparación con el grupo de mayor (> 46 años).

Para responder al cuarto objetivo específico, se comparó el apoyo social percibido con los datos sociodemográficos, encontrándose que si bien las mujeres presentaron puntajes superiores al de los varones, no existen diferencias significativas al compararlas. Estos resultados son similares a los encontrados por Baca (2013) y Páez (2018) quienes mencionan que la percepción del apoyo no depende del sexo, sino, que este suele actuar como un factor protector durante situaciones de tensión, fomentando el proceso de adaptación.

En cuanto al estado civil y al apoyo social percibido, se compararon sus puntajes a fin de identificar diferencias significativas, las cuales no se evidenciaron ($p > 0.05$). A contrario de estos resultados es que Mishra y Saranath (2019) menciona que la actitud de la pareja es fundamental para mejorar la calidad de vida; así mismo, Pérez et al. (2017) explican que los pacientes que presentan un adecuado autocuidado como un soporte por parte de su entorno, generalmente está relacionado a la presencia de una pareja estable; ya que, esta puede facilitar la obtención efectiva de esta clase de apoyo.

Mientras que al contrastarlo con el grado de instrucción, se evidencia que las altas puntuaciones recaen significativamente en estudiantes con secundaria incompleta a comparación de quienes terminaron la primaria, estos resultados son diferentes a lo encontrado por Baca (2013) quien menciona que no existen diferencias significativas entre el grado de instrucción y el apoyo

social, debido a que la percepción depende más de la experiencia en sus relaciones interpersonales que de conocimientos generales.

En referencia a la edad, no se hallaron diferencias significativas; sin embargo, se evidenciaron puntajes superiores en pacientes con edades de 74 a 84 años, siendo estos resultados similares a los encontrados por Alvarado y Bustamante (2018) quien en su estudio demostró que el 100% de los participantes de 51 a 60 años presentaron niveles altos de apoyo social; al contrario es que Pérez et al. (2017) manifestaron que los pacientes mayores 50 años refieren que el apoyo que le brinda su entorno es insuficiente a comparación de los otros grupos de edades.

Con respecto al objetivo general, se puede apreciar que si existe relación significativa entre el ajuste mental (espíritu de lucha, desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa) y el apoyo social percibido, por lo que se da paso a aceptar la hipótesis general. Así mismo, estos resultados se irán discutiendo conforme a cada estilo, debido que el ajuste mental no brinda puntajes totales, más si por dimensiones (estilos), comparándose con la escala total del apoyo social percibido.

En primer lugar, se observa que existe una correlación negativa, media y altamente significativa (Hernández et al., 2010) entre la preocupación ansiosa y el apoyo social percibido ($\rho = -0.485$, $p < 0.000$), lo que significa que a mayor preocupación ansiosa menor será la percepción del apoyo social, estos hallazgos se contrastan con la investigación realizada por Mishra y Saranath (2019) quienes mencionan que los pacientes que presentan estos resultados evidencian una falta de control y desgaste emocional debido a que buscan compulsivamente algo que los tranquilice. Así mismo, Costa (2014) refiere que las personas que evidencian niveles bajos de apoyo social se relacionan con un sentimiento de resignación, desesperanza y ansiedad, los cuales influyen en la respuesta adaptativa al cáncer y a una peor calidad de vida. Así mismo, indica

que al encontrar este tipo de relación negativa o inversa, aumenta en el paciente la probabilidad de presentar trastornos psiquiátricos y malestar emocional clínicamente significativo.

Con respecto al otro estilo, nuestros resultados demuestran una relación débil, inversa y significativa del desamparo/desesperanza ($\rho = -0.369$, $p < 0.002$) con el apoyo social percibido, lo cual indica que a mayor nivel de desamparo/desesperanza, menor será la percepción del apoyo. Estos resultados son similares a los encontrados por Sierralta (2015) quien menciona que la enfermedad oncológica es considerada como mortal, impredecible e incontrolable, por lo que al inicio el paciente puede creer que no tiene control de su enfermedad y al mismo tiempo tiende a percibir que no cuenta con recursos interpersonales externos que le permitan acompañarlo y apoyarlo en la toma de decisiones, generando en el paciente sentimientos de soledad y abandono por lo que presentaría una menor adherencia al tratamiento. Así mismo, esta relación se corrobora con los estudios que presentaron Landaverde et al. (2015), los cuales recalcan que los pacientes que evidencian niveles altos de desamparo/desesperanza, perciben a su diagnóstico como una pérdida y consideran su pronóstico como un resultado inevitable y negativo. Adicionalmente, Costa (2014) refiere que las respuestas orientadas a la desesperanza o a la evitación de la enfermedad generan malestar emocional y por ende a una distorsión de su percepción del apoyo que le brinda su entorno.

Respecto al espíritu de lucha, se encontró una relación de 0.381, la cual se considera débil y directa (Hernández et al., 2010), pero significativa ($p < 0.002$) con el apoyo social percibido, siendo estos resultados similares a los encontrados por Sierralta (2015) quien refiere que a un alto puntaje en el espíritu de lucha hay una mayor percepción del apoyo y, por ende, una mejor adherencia a la enfermedad; en este sentido, es importante señalar que ambas variables brindan al paciente herramientas adaptativas para afrontar el diagnóstico como al tratamiento. Así mismo,

Alvarado y Bustamante (2018) refiere que la percepción de apoyo social demuestra ser una variable que actúa de forma indirecta o directa en la salud, manifestándose como un inductor de la autoeficacia y de reducción al estrés durante el proceso de adaptación a la enfermedad; de esta manera, el paciente que recibe apoyo, evidencia una sensación de estabilidad y control de su diagnóstico oncológico.

Si bien se considera al espíritu de lucha como la respuesta idónea de adaptación a la enfermedad, Trigos (2012) en su investigación menciona que este estilo puede considerarse como una respuesta defensiva, pues el paciente no se estaría permitiendo experimentar sus emociones (propias del proceso de adaptación), sino estaría enmascarándolo hacia un optimismo “necesario”, limitando su potencial y el adecuado funcionamiento del paciente. Así mismo, esto también puede ser generado por la familia, amigos y personal médico, quienes suelen mencionar que “tienen” y “deben” estar “bien” para poder afrontar la enfermedad. En la misma línea de investigación, es que Torres (2018) refiere que los pacientes que presentan un nivel alto en el espíritu de lucha, lo cual se caracteriza por presentar una actitud combativa hacia su enfermedad, al encontrarse con una situación en la que su pronóstico ya no es favorable, el paciente podría manifestar un sentimiento de culpa, estrés y frustración; por ende, la percepción del apoyo ya no le será suficiente para afrontar la enfermedad. Así mismo, evidenciar niveles altos en el apoyo social percibido, según Huamán y Lupaca (2019), no son garantía de un adecuado soporte emocional; debido a que el entorno estaría pendiente de las necesidades a cubrir y por ende el individuo se limitaría a utilizar sus recursos para afrontar y adaptarse a su enfermedad.

En cuanto al fatalismo/aceptación estoica, este evidenció una relación inversa y muy débil con el apoyo social percibido ($\rho = -0.025$); sin embargo, este resultado no fue significativo ($p < 0.839$). Sin embargo, Mishra y Saranath (2019) refieren que el apoyo social percibido se asocia

directa y significativamente con el espíritu de lucha y el fatalismo/aceptación estoica, debido a que con ambos estilos los pacientes presentan una mejor adaptación y bienestar psicológico. En el mismo sentido, Landaverde et al. (2015) mencionan que los pacientes que evidencian el presente estilo, se perciben como incapaces de tomar decisiones sobre enfermedad, por lo que su manera de sobrellevar y aceptar el tratamiento es por su entorno familiar o amical más cercano (siendo ellos los que deciden) y porque se encomiendan a lo espiritual, siendo la fe el recurso que más utilizan y que generalmente les brinda mayor seguridad para continuar.

Conforme a lo explicado previamente se concluye que, si existe una relación significativa y directa del espíritu de lucha con el apoyo social percibido e inversa con el desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa. Así mismo estos resultados son contrastados con la teoría de Watson et al. (1988), quien refiere que, con respecto al ajuste mental, sus dimensiones se dividen en activas y pasivas, siendo la activa (espíritu de lucha) las cuales generan un mejor ajuste, mientras que las pasivas (desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa) menor adaptación. Además, según la literatura, el apoyo social es considerado como un generador de bienestar psicológico y por ende permite en el paciente conservar su estado de salud, apoyando aún más cuando atraviesa situaciones altamente estresantes como el diagnóstico de una enfermedad crónica (Sullón, 2018), en este sentido, el encontrar un afrontamiento positivo como el espíritu de lucha en pacientes que percibe un apoyo social moderado, permite en el paciente hacer uso de sus recursos y complementarlos con el soporte de su entorno (Huamán y Lupaca, 2019).

Sin embargo, queda claro que presentar niveles altos en el espíritu de lucha como en el apoyo social percibido no garantiza que el paciente oncológico presente un ajuste adecuado a la enfermedad; no obstante, según lo explicado anteriormente, el evidenciar un predominio del

espíritu de lucha y contar con un adecuado apoyo social, reduce en el paciente los efectos negativos de la situación estresante, en este caso, la enfermedad oncológica (Huamán y Lupaca, 2019), al igual que promueve la iniciativa y fomenta la toma de decisiones con la finalidad de adaptarse a la enfermedad; así mismo, mencionar que como un duelo, el proceso de ajuste al cáncer conlleva a que se presenten una serie de emociones las cuales son más “fáciles” de sobrellevar al contar con un entorno en el que se provee de relaciones sociales saludables y que generan en el paciente bienestar tanto físico como emocional, además ayudan de reducir la tensión, depresión y ansiedad (Herrero, 2004, como se citó en Sullón, 2018).

No obstante, es necesario mencionar las limitaciones del presente estudio; siendo el más relevante el tamaño de la muestra; ya que, al ser una investigación aplicada en el ambiente hospitalario, el 16 de marzo de 2020 el presidente de la república del Perú, restringió el ingreso de investigadores y de pacientes ambulatorios (no emergencia) debido a los acontecimientos de salud pública (Covid-19) que conllevaron a una cuarentena nacional y por ende a suspender la aplicación del estudio de manera indefinida.

Otra limitación, fueron las opciones de respuesta del cuestionario; debido a que algunos de los participantes indicaban solo “verdadero” o “falso”, omitiendo la opción de “totalmente verdadero” y “totalmente falso”, por lo que se tuvo que hacer recordar a los pacientes el resto de opciones durante la aplicación. Así mismo, propio de la localización de la enfermedad y a la edad, es que algunos de los participantes presentaban dificultad para oír, ver o marcar los ítems, en este sentido el investigador tuvo que leer, generando en los pacientes una posible discapacidad social, posibilitando en ellos una respuesta diferente a lo que hubieran marcado solos.

Capítulo VI

Conclusiones

1. Existe relacional significativa entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital de lima metropolitana, siendo específicamente el espíritu de lucha quien presenta una relación directa con el apoyo social percibido e inversa con la preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza.
2. El mayor porcentaje de los participantes alcanzo un nivel bajo en la dimensión fatalismo/aceptación (50%), mientras que los menores porcentajes lo obtuvieron, en el nivel alto, la dimensión espíritu de lucha (25.76%) y preocupación ansiosa (25.76%).
3. En cuanto al índice global del apoyo social percibido, el 40.91% presento un nivel medio; mientras que, con respecto a los tipos, se evidencio un mayor porcentaje en el afectivo con un nivel bajo (54.55%).
4. Se evidencian diferencias significativas al comparar el ajuste mental con el sexo, el grado de instrucción y la edad, puntuando más alto en la dimensión preocupación ansiosa las mujeres con primaria incompleta, mientras que en la dimensión fatalismo/aceptación estoica los pacientes de entre 74 a 84 años.
5. Existen diferencias significativas al comparar el apoyo social percibido con el grado de instrucción, siendo los participantes con secundaria incompleta los que presentan puntuaciones superiores a los de primaria completa.

Capítulo VII

Recomendaciones

1. Reportar los resultados de la investigación a los servicios de Salud Mental y Quimioterapia de un Hospital de Lima Metropolitana, a fin implementar programas de intervención que permitan a los pacientes oncológicos recibir apoyo psicológico antes, durante y después de recibir el diagnóstico; además de un acompañamiento especializado mientras dura el tratamiento al paciente como a la familia.
2. Continuar realizando investigación en el área de psicooncología a fin de conocer a profundidad el impacto psicológico que tiene el diagnóstico oncológico en el paciente y que factores pueden favorecer a una adecuada adaptación.
3. A fin de obtener una visión más amplia de la relación entre las variables como al compararla con los datos sociodemográficos, se sugiere una muestra mayor a la de este estudio. Además de realizar muestreos probabilísticos, de manera que los resultados puedan ser generalizables y, por consecuencias útiles para distintos contextos.
4. Se recomienda utilizar instrumentos adaptados específicamente para pacientes oncológicos, así mismo, se sugiere utilizar otros instrumentos a parte del MAC y MOS a fin de contar con más herramientas que permitan evaluar estos constructos.

REFERENCIAS

- Alonso, A., Menéndez, M., y Gonzáles, L. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria*, 19, 118-123. http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Alvarado, M., y Bustamante, F. (2018). *Apoyo social y depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica del hospital Case Essalud de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7814>
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>
- Bárez, M. (2003). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://ddd.uab.cat/record/36835>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Barrera-Ortíz, L., Campos, M., Gallardo-Solarte, K., Coral-Ibarra, R., y Hernandez-Bustos, A. (2016). Soporte social percibido por la spersonas con enfermedades crónicas y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Revista universidad y salud*, 18(1), 102-112. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a11.pdf>
- Castellano-Tejedor, C. (10 de Diciembre de 2015). Los beneficios del apoyo social durante el cáncer. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.uab.cat/web/detalle-noticia/los->

beneficios-del-apoyo-social-durante-el-cancer-
1345680342040.html?noticiaid=1345694745192

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (04 de Febrero de 2019). *CDC Presentó la situación del Cáncer en el Perú*.
https://www.dge.gob.pe/portal/docs/notas_prensa/2019/notaprensa0012019.pdf

Chérrez, P., Betancour, N., Muñoz, F., y Mantilla, P. (2018). Percepción del apoyo social en pacientes con cáncer y su influencia en la depresión. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, 2(2), 62-67. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v2i2.42.2018>

Collasco, H., y León, L. (2019). *Adaptación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima 2018* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo].
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/36115/Leon_LL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Costa, G. (2014). *Apoyo social percibido en pacientes con Cáncer* [Tesis doctoral, Universidad Jaume I].
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/667042/2014_Tesis_Costa%20Requena_Gemma.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Demaria, V. (2012). *Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento* [Tesina de pregrado, Universidad del Aconcagua].
http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/325/tesis-1610-impacto.pdf

Dura, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de psicología social*, 6(2), 257-271.
<https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>

Fernández, C. (2012). *Afrontar la muerte en ciencias de la Salud* [Tesis doctoral, Universidad de Almería].

https://books.google.com.pe/books?id=wXpVAQAAQBAJypg=PA84ydq=adaptaci%C3%B3n+y+afrontamiento+callista+royyhl=esysa=Xyei=TdZiVaLmKM_qgwTvxINIyved=0CBwQ6AEwAA#v=snippetyq=demandas%20ambienteyf=false

Gandur, N. (2012). Introducción a la oncología. Breve historia del cáncer. Definiciones. En Instituto Nacional del Cáncer (Ed.), *Manual de enfermería oncológica* (pp.7-29).

<https://es.slideshare.net/coniconstanzaaaa/0000000011cnt-08manual-enfermeria-0803>

García, E. (25 de junio de 2019). Enfermedad crónica: efectos sociales y emocionales: La mente es maravillosa. Recuperado el 14 de enero de 2020 de

<https://lamenteesmaravillosa.com/enfermedad-cronica-efectos-sociales-y-emocionales/>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México: Editorial McGrawHill.

https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Huamán, L. E., y Lupaca, D. E. (2019). *Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana*

[Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión].

<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1722>

Ibáñez, E., y Romero, R. (2000). Información, emoción, estrategias de afrontamiento y enfermedad oncológica. En Díaz-Rubio, E., y García-Conde, J. (Eds.), *Oncología clínica básica* (pp.

303-310).

Arán

Ediciones

S.A.

https://books.google.com.pe/books?id=co3E3qO8_zoC&pg=PA98&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

Instituto Nacional de Cáncer (27 de abril de 2018). *Estadísticas del cáncer*. Recuperado el 7 de enero de 2020 de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2017a). *Datos Epidemiológicos*. Recuperado 15 de enero de 2020 de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2017b). *Casos nuevos de Cáncer registrados en INEN, periodo 2000-2017*. https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2017_VF.pdf

Jiménez-Ocampo, V., Zapata, L., y Díaz, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. *Aquichan*, 13(2), 159-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955961>

Jorques, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento ante el Cáncer de Mama* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. <https://core.ac.uk/download/pdf/71050771.pdf>

Laham, M. (s.f.). Aspectos psicológicos de las enfermedades crónicas II, la respuesta ante la enfermedad. *Psicología de la salud*. <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales//aspectos-psicologicos-de-las-enfermedades-cronicas-ii-la-respuesta-ante-la-enfermedad-74.html?p=1>

Landaverde, S., Santos, G., y Tejada, C. (2015). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con diagnóstico oncológico que reciben cuidados paliativos en el hospital Divina Providencia del departamento de San Salvador durante el año 2014* [Tesis de pregrado, Universidad de El Salvador].

<http://ri.ues.edu.sv/7456/1/Estilos%20de%20afrentamiento%20y%20calidad%20de%20vida%20de%20pacientes%20con%20diagnostico%20oncol%C3%B3gico%20que%20reciben%20cuidados%20paliativos%20en%20Hospital%20Divina%20Providencia%20del%20Departamento%20de%20San%20Salv>

Lipowski, Z. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes [Enfermedad física, el individuo y los procesos de afrontamiento]. *Psychiatry in medicine*, 1(2), 91-102.
<https://doi.org/10.2190/19Q3-9QL8-XYV1-8XC2>

Mishra, V., y Saranath, D. (2019). Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer [Asociación entre las características demográficas y el apoyo social percibido en el ajuste mental al cáncer de mama]. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5001>

Organización Mundial de la Salud. (12 de Septiembre de 2018). *Cáncer*. Recuperado el 15 de enero de 2020 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Ortega, M. (2010). Educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 462-470.
<https://doi.org/10.5944/reop.vol.21.num.2.2010.11559>

Osorio, E. (2019). *Relación intrafamiliar y apoyo social percibido en estudiantes universitarios* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3116/UNFV_OSORIO%20LLAJA_ERICK%20FRANK_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Páez, L. (2018). *Apoyo social y su relación con la resiliencia en pacientes oncológicos* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato].

- <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28946/2/Tesis%20Liliana%20P%c3%a1ez%20Paucar.pdf>
- Pérez, P., Gonzáles, A., y Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase>
- Puerto, H., y Gamboa, H. (2015). La comunicación del diagnóstico de Cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Revista Cuidarte*, 6(1), 964-969. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>
- Richaud, M. (2007). La ética en la investigación psicológica. *Enfoques*, 19(1-2), 5-18. <https://www.redalyc.org/pdf/259/25913121002.pdf>
- Rodríguez-Quintana, R., Fernando-Trancho, F., Cruzado, J., Olivarez, E., Jamal, I., y Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional u estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39140
- Sherbourne, C., y Stewart, A. (1991). The MOS social support survey [La encuesta de apoyo social MOS]. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Schneider, J., Pizzinato, A., y Calderon, M. (2015). Mujeres con cancer de Mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33 (2), 439-467. <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2.pdf>

- Sierralta, M. (2015). *Ajuste Mental y Apoyo Social Percibido en pacientes con cáncer de Tiroides* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/6275>
- Soriano, J. (2002). Reflecciones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*(75), 73-85. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Sullón, M. (2018). *Apoyo social percibido y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2165/SULLON%20NIZAMA%20MARIA%20YGNACIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation [Ajuste a eventos amenazantes: una teoría de adaptación cognitiva]. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Torres, G. (2018). *Resiliencia y ajuste mental en mujeres con cáncer de Mama y quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3722>
- Torres, P. (Enero de 2007). *Estilos de afrontamiento y sus implicaciones en la progresión de la enfermedad: cáncer de Mama*. Universidad de la Sabana. <https://core.ac.uk/download/pdf/47066329.pdf>
- Trigoso, V. (2009). *Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)* [Tesis

de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/414>

Trigoso, V. M. (2012). *Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

<http://hdl.handle.net/20.500.12404/1656>

Vega, A., y Gonzales, E. (Junio de 2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2), 1-11.

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale [Desarrollo de un cuestionario de medida de ajuste al cáncer: la escala MAC]. *Psychological Medicine*, 203-209. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002026P>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Ajuste mental y apoyo social percibido en paciente oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana”

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Carolina Victoria Zevallos Vasquez

Le saludo cordialmente y a su vez le invito a participar en la presente investigación. El propósito de este documento es brindar al participante una explicación clara sobre la presente investigación, así como explicarle su rol en ella como participante, quedando entendido que puede decidir voluntariamente si participa o no.

¿Cuál es el propósito de la investigación?

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer la relación entre los diversos estilos de ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos. Esto se realiza con la finalidad de tener un mayor conocimiento de cómo estos aspectos influyen en el paciente a fin de mejorar la atención psicológica en esta población.

¿Qué sucede si participo en la investigación? ¿Cuánto tiempo estaré en la investigación?

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá contestar dos cuestionarios, el primero de los instrumentos contiene 31 preguntas y el segundo 20. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

¿Cuáles son los beneficios por participar en esta investigación?

La presente investigación no está diseñada para su beneficio directo. El beneficio indirecto al participar en esta investigación consiste en que será posible conocer aquellos aspectos que afectan positiva o negativamente el proceso de adaptación que presenta el paciente oncológico. Además, con esta información se podrá contribuir con el desarrollo de programas y estrategias para mejorar el proceso de adherencia al tratamiento.

¿Cómo protegeremos su información?

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Por otro lado, al momento de publicar los resultados de esta investigación, su identidad permanecerá en el anonimato, es decir, no se utilizará su nombre ni cualquier otra información que pudiera identificarle, cada participante sólo será identificado con un número.

¿Qué pasa si usted quiere terminar su participación antes que el procedimiento haya terminado?

Su participación es completamente voluntaria y, de aceptar participar, puede dejar de responder alguna pregunta en particular, como también a todo el cuestionario en cualquier momento, sin que por ello se le perjudique o se interfiera con su cuidado y tratamiento.

¿Qué hacer si tiene preguntas sobre el estudio?

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación o en caso de requerir información adicional sobre la misma, comunicarse con la investigadora principal:

Datos de contacto de la investigadora principal:

Srta. Carolina Victoria Zevallos Vasquez; Celular: 960509618; Correo electrónico: carolv.zeva@gmail.com

Para preguntas sobre sus derechos como participante o alguna queja relacionada con su participación, puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Datos del Comité de Ética:

Presidente del Comité de Ética en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo: Dra. Judith Elisa Herrera Chávez.

Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana s/n, altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado – Lima; Teléfono: 328 0028 anexo 8234; correo electrónico: comite.etica.hndm@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Mediante el presente documento afirmo haber leído la información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas y a su vez, he recibido suficiente información sobre la investigación. He hablado con la Srta. Carolina Victoria Zevallos Vasquez, y comprendo que mi participación es voluntaria, pudiendo decidir si participo o no, o bien, pudiendo retirarme del estudio si así lo deseo y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos. Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

<p>Nombre y Apellido del participante <i>(Todo escrito con puño y letra del voluntario, en caso de ser iletrado consignar huella dactilar)</i></p>	<p>Lugar y fecha</p>	<p>Firma</p>
<p>Nombre y Apellido del investigador <i>(Persona a cargo del proceso de consentimiento)</i></p>	<p>Lugar y fecha</p>	<p>Firma</p>

*Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado.

Anexo 2. Ficha de datos sociodemográfico

FICHA DE DATOS

Sexo Femenino () Masculino () Edad _____

Estado Civil Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

Ocupación _____

Grado de Instrucción Primaria Completa () Primaria Incompleta () Secundaria completa ()
 Secundaria incompleta ()
 Superior () No realizó ni un tipo de estudios ()

Diagnóstico Cáncer _____

Estadio I () II () III () IV ()

Tratamiento Quimioterapia () Radioterapia () Ambos ()

Tiempo de tratamiento 1ra sesión () 1 – 6 meses () 6 – 12 meses () 1 – 2 años ()
 2 – 3 años () 3 a más años ()

Nueva versión del MAC: MAC-R
CUESTIONARIO SOBRE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC)

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

	Totalmente falso	Falso	Verdadero	Totalmente verdadero
1.Creo que no puedo hacer nada para animarme				
2.Mi preocupación por mis problemas de salud, me impiden hacer planes hacia 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 priorizar mi salud y enfrentar todo				
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 mi futuro				
18.De momento, solo procuro vivir mi día a día				
19.Me siento como si me hubiera rendido				
20.A pesar de todo, trato de mantener un buen sentido del humor				
21. Constantemente busco información sobre mi enfermedad a pesar de ya haber consultado.				
22.Creo que no puedo controlar lo que me sucede				
23.Trato de tener una actitud muy positiva				
24. Si bien tengo una enfermedad, a veces olvido que lo estoy, por concentrarme en mis actividades.				
25.Evito conocer más sobre mi enfermedad (diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico)				
26.Veo mi enfermedad como un reto				
27.Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será				
28. Me siento desorientada, no sé qué decisiones tomar con respecto a mi enfermedad.				
29.Me siento muy enfadado(a) por lo que me ha pasado				
30.Me concentro en los aspectos positivos que me ha traído la enfermedad				
31. Intento luchar contra la enfermedad.				

Anexo 4. Protocolo del cuestionario de apoyo social percibido

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE MOSS

¿Aproximadamente, cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tienen? (la gente que se siente cómoda contigo y puedas hablar acerca de lo que tu sientes y piensas).

Amigos cercanos _____ Familiares cercanos _____

Marca con una "X" en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta:

(N) Nunca, (CN) Casi Nunca, (A) A veces, (CS) Casi Siempre, (S) Siempre

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Alguien que le ayude cuando tenga que reposar en cama debido a su condición					
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4	Alguien que le aconseje cuando tiene problemas					
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite					
6	Alguien que me muestre amor y afecto.					
7	Alguien con quien pasar un buen rato					
8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación.					
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y sus preocupaciones					
10	Alguien que le abrace.					
11	Alguien con quien pueda relajarse.					
12	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13	Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
15	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas.					
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas personales.					
17	Alguien que le aconseje acerca de cómo resolver sus problemas personales.					
18	Alguien con quien divertirse.					
19	Alguien que comprenda sus problemas.					
20	Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					