



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

El paciente oncológico debe aprender a lidiar no sólo con los molestos síntomas y efectos secundarios del tratamiento, sino también con una serie de cambios en distintos aspectos de su vida, que resultan muy difíciles de sobrellevar. La manera en la cual el paciente busca adaptarse a ella dependerá, entre otras cosas, de ciertas variables psicológicas como: la percepción del diagnóstico de cáncer, la visión de su pronóstico, la sensación de control que se tiene sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento para lidiar con el estrés, y las reacciones emocionales que emergen de toda esta experiencia (Moorey y Greer, 1989).

Estas variables son agrupadas en el constructo Ajuste Mental al cáncer, el cual se define como las respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer (Watson, Greer, Inayat, Burgess, & Robertson, 1988) y las reacciones emocionales que conlleva (Greer y Watson, 1987 en Nordin, 1999). Consideramos que es de gran importancia para los profesionales de la salud mental y oncológica reconocer estas variables en los pacientes, pues ello permitiría optimizar el trato que se les brinda.

En ese sentido, Forero, Bernal y Restrepo (2005) citan a numerosos autores que refieren que la comprensión de la manera en la cual los pacientes afrontan las demandas impuestas por la enfermedad, permitiría el desarrollo de técnicas de intervención orientadas a proporcionarles recursos y estrategias que minimicen el impacto negativo de la enfermedad, así como las secuelas psicológicas. Sin embargo, no existe en nuestro medio un instrumento validado que mida las diversas respuestas que pueden tener los pacientes hacia el diagnóstico de cáncer, por lo cual surge la necesidad de contar con la validez de un instrumento de este tipo.

La Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale – MAC), mide las respuestas cognitivas y conductuales frente a la enfermedad oncológica de una manera rápida y sencilla. Por ello, el objetivo general del presente estudio es aportar evidencia empírica sobre el comportamiento psicométrico de dicha escala en una muestra de 200 pacientes oncológicos adultos del Perú, cuyas edades fluctúan entre los 20 y 75 años.

Así, intentaremos responder la pregunta de investigación ¿Es la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) válida y confiable para una muestra de pacientes oncológicos peruanos que se atienden en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas? Para ello, buscamos lograr los siguientes objetivos específicos:

1. Comprobar la confiabilidad por consistencia interna de la escala MAC.
2. Explorar la validez de constructo de la escala MAC en una muestra peruana a través del análisis factorial exploratorio.
3. Explorar los estilos de ajuste mental de una muestra de pacientes oncológicos adultos en Lima-Perú.
4. Comparar los estilos de ajuste mental de la muestra de acuerdo a variables sociodemográficas.

La presente investigación pertenece a un paradigma cuantitativo puesto que pretende conocer las características psicométricas de la escala MAC en nuestro contexto (Kerlinger y Lee, 2002). A su vez, tiene un nivel descriptivo ya que busca brindar datos comparativos de acuerdo a las variables de estudio, y cuenta con un diseño no experimental debido a que la recolección de datos se da en un momento único, sin contar con un grupo control, ni manipular variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

En primer lugar, se solicitó el permiso de una de las autoras del instrumento para poder adaptarlo en población peruana; dicha autora y su actual colega en el estudio del MAC otorgaron el permiso. (Watson y Homewood, comunicación personal, 2 de mayo, 2008). Posteriormente se verificó la traducción y la redacción de los ítems de la versión española (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994) en comparación con la versión original (Watson et al, 1988). Luego, se obtuvo la autorización de la institución.

Seguidamente, se convocó a los participantes tanto en ambientes hospitalarios como a nivel de consulta externa. Para informarles el propósito de la investigación, solicitando su consentimiento informado y brindando las instrucciones generales enfatizando la confidencialidad de los resultados.

Los resultados de las pruebas aplicadas fueron procesados con el programa estadístico SPSS, analizando la confiabilidad por consistencia interna de cada subescala en esta muestra. Esto se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de estas, así como la capacidad de discriminación de cada ítem.

Posteriormente, con el fin de evaluar la estructura factorial correspondiente a la muestra, se evaluó la adecuación de esta para dicho análisis mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin, el test de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación MSA por cada ítem. Luego se realizó un análisis factorial exploratorio por componentes principales, efectuando la rotación varimax que asume independencia de factores.

Al evaluar el funcionamiento de la prueba original, no pudimos afirmar que la escala fuera totalmente válida y confiable para nuestra población. Por ello, surgió la necesidad de hacer algunas modificaciones en la estructura de la prueba para así poder adecuarla más a nuestra población. Así, proponemos una versión revisada del MAC: el MAC-R.

Esta nueva versión incluye las subescalas originales Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza, Preocupación Ansiosa y Fatalismo/ Aceptación Estoica con ciertas variaciones a partir del descarte y movilización de ítems. Dichas subescalas alcanzaron niveles de confiabilidad aceptables ($\alpha=0.60-0.76$) y adecuadas correlaciones ítem-test. Si bien la versión propuesta muestra coherencia teórica y adecuado funcionamiento estadístico; recomendamos comprobar su validez en un nuevo estudio, tomando en cuenta las dificultades mencionadas en la presente investigación.

Coincidiendo con otros estudios con el MAC, comprobamos que el ítem 38 no logra medir adecuadamente la complejidad del estilo de ajuste Negación; también comprobamos que las subescalas revisadas de Espíritu de Lucha y Desamparo/ Desesperanza correlacionan negativamente; mientras que esta última correlaciona positivamente con las subescalas Fatalismo/ Aceptación Estoica y Preocupación Ansiosa.

Finalmente, al tener la propuesta de una estructura tentativa y con el fin de determinar los estadísticos a usar, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, encontrando que la distribución de la muestra no correspondía a un modelo normal, por ello, se utilizaron pruebas no paramétricas como la H de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney para el contraste de los distintos grupos según las variables sociodemográficas.

En dicho análisis encontramos que, en cuanto a la variable sexo, los hombres presentan menor puntuación en la subescala Fatalismo/ Aceptación Estoica que las mujeres; mientras que, en relación a la edad, encontramos que los adultos tardíos (46-65 años) puntúan más alto en Desamparo/ Desesperanza respecto a los pacientes más jóvenes. Por otro lado, en relación al grado de instrucción, notamos que el menor nivel académico se relaciona con los estilos Desamparo/ Desesperanza, Fatalismo/ Aceptación Estoica y Preocupación Ansiosa.

Referencias bibliográficas

- Acosta, B., Hernandez, D., y Acosta, P. (2006) Carcinoma de Mama Masculino. *CIMEL*, 11 (1), 44-46.
- Alarcón, A. (2006). La Personalidad del Paciente con cáncer y las Modalidades de Afrontamiento (pp. 91-108). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Barra, E. (2003). Estrés y Salud. (pp. 23-50). En: Barra, E. *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397
- Barrón, A. (1993). Estrés vital, apoyo social y creencias de salud. En: Barriga, J., Leon, M., Martinez, F., Jiménez, F. *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. (pp. 197-218). Sevilla: Librería Reguera.
- Batista-Foguet, J.M., Coenders, G., y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica*, 122 (122), 21-27.
- Bayés, R. (2000). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martinez Roca.
- Brainsky, S. (1998). *Manual de Psicología y Psicopatología Dinámicas*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Bravo, P. (2001). *Descripción en una muestra de Pacientes chilenos que reciben atención en el Hospital Clínico de la Universidad De Chile, de Factores que Inciden en Afrontamiento y Adaptación al Estrés de la enfermedad oncológica*. Proyecto de investigación publicado en Internet. Universidad Autónoma de Madrid.
- Bursih y Lyles (1983). Coping with the Adverse Effects of Cancer Treatments. (pp. 159-189). En: T.G. Bursih y L.A. Bredley (eds.), *Coping with Chronic Disease: Research and Applications*. New York: Academic Press.
- Calderón, A (2005). *Apuntes de clase del curso Estadística 1*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cayrou, S., Dickés, P., Gauvain-Piquard, A., y Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*, 12, 8-23.
- Chau, C., Morales, H., y Werzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, 1, 94-130.
- Delamothe, T. (1991). Social inequalities in health. *British Medicine Journal*, 303,1046-1050.
- Die-Trill, M. (2003). El Cáncer y sus tratamientos. (pp. 41-53) En: *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Die-Trill, M. y Die-Goyanes, A. (2003b). El Cáncer de Mama (pp.165-182). En: *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Dreiffus – Kattan, E. (1990). *Cancer Stories*. New Yersey: The Analytic Press.
- Ferrero, J., Barreto, M. y Toledo, M. (1994). Mental Adjustment to Cancer and Quality of Life in Breast Cancer Patients: An Exploratory Study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Flores, P. (1999). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma no-hodgkin*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Floyd, F., y Widaman, K. (1995). Factor Analysis in the Development and Refinement of clinical Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 7 (3), 286-299.

- Forero, F., Bernal, G. y Restrepo, M. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 3, 135-152.
- Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A., y Maragolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20
- Gregory, R. (2001). Pruebas de aptitud y análisis factorial. En: Gregory, J. *Evaluación Psicológica: historia, principios y aplicaciones*. Mexico: El Manual Moderno.
- Gutierrez, C. y Alarcón, E. (2008). Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *Anales Facultad de Medicina*, 69 (4), 239-243.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holland, J. (1990a). Fears and Abnormal Reactions to Cancer in Physically Healthy Individuals (pp. 13-21). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J. (1990b). Radiotherapy (pp. 134-145). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J., y Lesko, L. (1990) Chemotherapy, Endocrine Therapy, and Immunotherapy (pp. 146-161). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer*. Nueva York: Oxford University Press
- Holland, J., y Murillo, M. (2006). Historia internacional de la psicooncología. (pp. 31-60). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF
- Jacobsen, P., y Holland, J. (1990). Psychological Reactions to Cancer Surgery (pp. 117-130). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer*. Nueva York: Oxford University Press
- Jimenez, K. (2006). Miedo y cáncer. (pp. 175-206). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope?. En: Monat, A., Lazarus, R., y Gretchen, R. (Eds). *The Prager Handbook on Stress and Coping*. Volumen 2. Londres: Praeger.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grupo Editorial Random House.
- Labrador, F., y Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1 (1), 51-66.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Procesos Cognitivos y Estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lefrancois, G. (2001). *Ciclo de la vida*. Santiago: Editorial Thompson.
- Lenhard, R., Osteen, R., Gansler, G. (2001). General Approach to Cancer Patients. En: *Clinical Oncology*. Atlanta: American Cancer Society.
- Manos, D., Sebastian, J., Bueno, M., Mateos, N., y De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish woman with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2 (1), 103-116.
- Massie, M., Spiegel, L., Lederberg, M. y Holland, J. (1996). Complicaciones Psiquiátricas de los Pacientes con Cáncer. En: Lenhard, R., Lawrence, W., y McKenna, D. (Eds). *Oncología Clínica*. Washington: Edición OPS.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Mesenguer, C. (2003). El adulto con cáncer (pp.103-114). En: Die-Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.

- Moorey, S., Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books
- Newby, N. (1996). Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 786-791.
- Nordin, K y Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer. Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7, 413-423.
- Nordin, K., Berglund, G., Terje, I., y Glimelius, B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, 250-259.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2008) *Cáncer*. Extraído de: www.who.int
- Pacheco, M. (2006). Aspectos psicológicos del dolor en el paciente oncológico (p. 143-174). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Paredes, M. (2003). Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pérez-Gil, J., Chacón, S., y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12 (2), 442-446.
- Petticrew M, Bell R, Hunter D. (2003). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*, 325, 1066-1075.
- Rincon, H. (2006). Psiconeuroinmunomodulación y cáncer. (pp. 63-74). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Rodriguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4, 7-19.
- Rodriguez, J. (1995). Estrés psicosocial y enfermedad. (pp. 75-91). En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, J., López, S., Angeles, M. (1993). Estrategias de Afrontamiento de la Enfermedad. En: Barriga, J., Leon, M., Martinez, F., Jiménez, F. *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. (pp. 159-195). Sevilla: Librería Reguera.
- Rodríguez, J., Pastor, M., López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5, 349 - 372
- Rodriguez, S., Vecino, S., y Béjar, E. (2003). Psicoterapia de pareja (pp. 533-544). En: Die-Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Roth, A., Holland, J., y Murillo, M. (2006). Aspectos psicológicos de las enfermedades hematológicas malignas (pp. 143-171). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Rowland, J. (1990a). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model (pp. 25-38). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer*. Nueva York: Oxford University Press
- Rowland, J. (1990b). Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland, J., Rowland, J. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cancer* (pp. 44-57). Nueva York: Oxford University Press.
- Rubin, P. (2003). *Oncología Clínica. Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes*. Barcelona: El Sevier. (Versión electrónica)
- Sandín, B. (1995). El Estrés. En: Belloch, Sandín y Ramos. *Manual de Psicopatología*. Vol 2. Parte IV. Madrid: McGraw-Hill.
- Schnoll, R., Harlow, L., Brandt, U., y Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cáncer. *Psycho-Oncology*, 7, 424-435.

- Sobin, L.H., Dospodarowicz, M., y Wittekind, C. (2009). TNM. Classification of Malignant Tumours. Singapur: Blackwell Publishing. Ltd. (Versión electrónica)
- Solano, M. (2001). *Atribución y afrontamiento en personas adultas diagnosticadas de leucemia en el INEN*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Solidoro, A. (1983). *Tratamiento Médico del Cáncer*. Lima: Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer. Editoriales Unidas
- Solidoro, A. (2005). *Apuntes de Cancerología*. Lima: Fundación Peruana de Cáncer.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Spitalnik, P. y Di Sant'Agnesse, P. (2003). Patología del cáncer (pp.47-61). En: Rubin, P. y Williams, J. (Eds). *Oncología Clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Swchartz, C.E., Daltroy, L.H., Brandt, U., Friedman, R., y Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22, 203-210.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill.
- Thorndike, R. (1989). Elaboración de ítems para prueba. Capítulo 3. (pp. 49-72) *Psicometría Aplicada*. México: Limusa
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-254.
- Varela, S. (2002). *El Cáncer. Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*. Madrid: Elsevier Science.
- Velásquez, L. (1997). *Calidad de vida y Autoestima en mujeres mastectomizadas*. Tesis de Licenciatura de Psicología no publicada. Universidad Federico Villarreal, Lima.
- Watson, M., Greer, J., Inayat, Y., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*. 18, 203-209
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., y Bliss, J (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331- 1336
- Watson, M., Greer, S., Bliss, J. y Homewood, J. (2008). *Mental Adjustment to Cancer Scale. User's Manual*.
- Watson, M. y Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: Psychometric Properties in a Large Cancer Cohort. *Psycho-Oncology*.



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)
en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas (INEN)

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

Viviana María Trigoso Obando

Asesora: Magaly Nóblega

Lima, 2009

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1: Ajuste Mental en pacientes oncológicos adultos	1
La enfermedad oncológica y sus repercusiones psicológicas	1
Generalidades del cáncer	1
Curso de la enfermedad y reacciones psicológicas	4
Tratamientos oncológicos	7
Afrontamiento y Ajuste Mental: Restaurando el equilibrio	9
Estrés y afrontamiento en la salud	9
Modelo de Ajuste Mental	15
Planteamiento del problema	20
CAPÍTULO 2: Metodología	21
Participantes	21
Instrumentos	24
Ficha de datos	24
Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)	24
Procedimiento	27
CAPÍTULO 3: Resultados	29
Características psicométricas del MAC	29
Análisis de Confiabilidad de la composición original de los ítems	29
Análisis Factorial Exploratorio	32
Análisis de Confiabilidad nueva propuesta	36
Descripción de la muestra según las variables sociodemográficas	37
CAPÍTULO 4: Discusión	43
Funcionamiento de la escala MAC en nuestra muestra	43
Negación	46
Espíritu de Lucha	48

Preocupación Ansiosa	51
Desamparo/ Desesperanza	53
Fatalismo/ Aceptación Estoica	54
Características del ajuste mental de acuerdo a las variables sociodemográficas	55
Conclusiones finales	58
Implicancias de los resultados para la atención clínica de estos pacientes	59
Limitaciones y futuras líneas de investigación	60
REFERENCIAS	61
ANEXOS	69
Anexo A: Instrumentos	
A1: Ficha de Datos	
A2: Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)	
A3: Consentimiento Informado	
Anexo B: Análisis de confiabilidad y validez del MAC	
B1: Medidas de Adecuación Muestral (MSA) con 40 ítems	
B2: Gráfico de Catell de MAC original	
B3: Varianza total explicada con 40 ítems	
B4: Matriz Factorial con rotación Varimax. 40 ítems	
B5: MSA y eliminación de ítems	
B6: Gráfico de Catell con 31 ítems	
B7: Varianza total explicada con 31 ítems	
B8: Matriz Factorial con rotación Varimax. 31 ítems	
B9: Versión revisada del MAC (MAC-R)	
Anexo C: Análisis descriptivos	

RESUMEN

Propiedades Psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

La presente investigación consiste en el estudio psicométrico de la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra heterogénea de 200 pacientes oncológicos del INEN, cuyas edades fluctúan entre los 20 y 75 años de edad. Los resultados de confiabilidad y validez de constructo mostraron que la versión original del MAC presentaba algunas dificultades en nuestra muestra. Por ello, proponemos una versión revisada del MAC (MAC-R), la cual conserva 31 de los 40 ítems originales, agrupándose en 4 subescalas: Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza, Preocupación Ansiosa, y Fatalismo/Aceptación Estoica. Dichas subescalas alcanzaron niveles de confiabilidad aceptables ($\alpha=0.60-0.76$) y adecuadas correlaciones ítem-test. Presentamos también la descripción de los estilos de ajuste mental al cáncer medidos por esta versión en función a las variables sociodemográficas del grupo, encontrando diferencias significativas en las variables sexo, edad, grado de instrucción y lugar de residencia.

Palabras clave: Ajuste Mental al Cáncer, Pacientes Oncológicos, Psicooncología, Afrontamiento, Psicometría.

ABSTRACT

Psychometric properties of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a sample of patients of the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

This investigation consists of a psychometric study of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a heterogeneous sample of 200 oncological patients at the INEN. The patients range in age from 20 to 75. The reliability of the results and validity of the construct demonstrate that the original version of the MAC presented certain challenges in our sample. As a consequence, we propose a revised version of the MAC (MAC-R), which preserves 31 of the original 40 items, grouped in four subscales: Fighting Spirit, Helplessness/Hopelessness, Anxious Preoccupation, and Fatalism/Stoic Acceptance. These subscales reach acceptable levels of reliability ($\alpha=0.60-0.76$) and adequate item-test correlations. We also present a description of the styles of mental adjustment to cancer measured in this version as a function of the sociodemographic variables within the group, accounting for significant differences in such variables as sex, age, level of education completed, and place of residence.

Keywords: Mental Adjustment to Cancer, Oncological Patients, Psycho oncology, Coping, Psychometrics.



*A Claudita, amiga de siempre
Te llevo en mi corazón.*

AGRADECIMIENTOS

A Magaly Nóblega, por su valiosa asesoría y sobre todo por brindarme el impulso necesario para concluir este proyecto a pesar de las dificultades. ¡Gracias!

A Patricia Martinez, por acompañarme en los inicios de esta investigación; por sus valiosos aportes y dedicación.

A Lourdes Ruda, por ayudarme en la revisión de la primera parte del trabajo, y sobre todo por su importante guía y apoyo emocional durante mi internado en el INEN.

A Arturo Calderón y Doris Miranda, por ayudarme a aclarar las dudas estadísticas, que significaron todo un reto en esta investigación.

A Cecilia Chau y Mónica Cassaretto, por su revisión del trabajo y valiosos comentarios.

A Giovanna Galarza por brindarme su ayuda para acceder a la información y a los permisos necesarios para que esta investigación pueda llevarse a cabo.

A Rosa Arguelles y mis compañeros del internado en el INEN, por su apoyo en la aplicación de protocolos; y sobre todo, por su valiosa amistad y compañía en un año tan difícil.

A mis padres, Angela y German, por ser un ejemplo de lucha y perseverancia. Gracias por su amor, su compañía y apoyo.

A mis hermanos, Tatty, Sami, Karim y Micha, por acompañarme siempre; por su gran cariño y confianza en todos los momentos de mi vida.

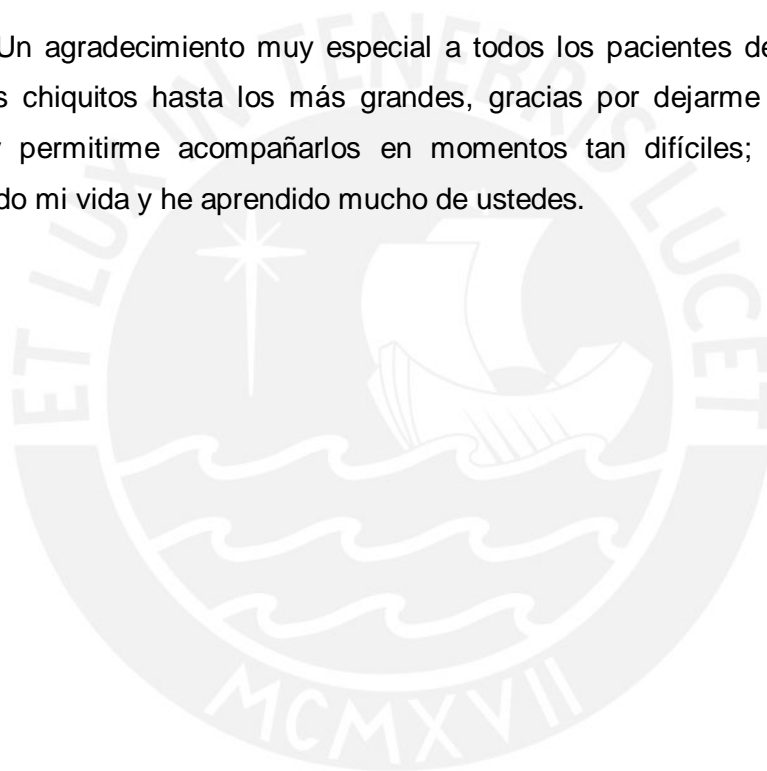
A Krishna, mi sobrino mayor, por su cariño y por darme siempre ánimos para terminar esta investigación. También a mis sobrinos pequeñitos: Amira, Jacobo, Irene, Alonso, Mía y Airel, por llenarme siempre de sonrisas y alegría.

A mi abuelo Luchito, gracias por tu apoyo durante toda mi carrera y por tu gran cariño.

A todos mis amigos y amigas que me acompañaron durante este proceso, por sus valiosas palabras, los buenos momentos, y también las largas amanecidas de trabajo. Gracias por apoyarme siempre, son muy importantes para mí.

A mi gran amiga Randy, quien a la distancia me ha apoyado mucho en poder sacar adelante este proyecto. Gracias por todo.

Un agradecimiento muy especial a todos los pacientes del INEN desde los más chiquitos hasta los más grandes, gracias por dejarme entrar en sus vidas y permitirme acompañarlos en momentos tan difíciles; sin duda han cambiado mi vida y he aprendido mucho de ustedes.



INTRODUCCIÓN

La enfermedad oncológica es una de las más temidas por el ser humano, ya que suele asociarse de manera directa con la muerte, además de poseer un carácter impredecible en cuanto a su aparición y desarrollo. Así, recibir el diagnóstico de cáncer, desestabiliza notablemente la vida del individuo (Dreiffus, 1990).

El paciente oncológico se encuentra inmerso en una realidad sumamente compleja y difícil. La sospecha del diagnóstico marca el inicio de un proceso que pareciera no tener fin; el paciente no sólo debe aprender a lidiar con el malestar físico de la enfermedad y con una serie de angustias y emociones intensas, sino que además debe tomar decisiones para las cuales muchas veces no está preparado. Una de las decisiones se relaciona con el tratamiento a seguir, pues los tratamientos oncológicos pueden involucrar efectos secundarios incluso más aversivos que los síntomas de la enfermedad misma. Es por ello que la enfermedad oncológica y su tratamiento se convierten en un fuerte estresor para el paciente, ya que acarrear alteraciones tanto físicas, emocionales, como sociales.

La experiencia de trabajo con estos pacientes nos permitió apreciar de cerca lo intenso de su vivencia, observando al mismo tiempo que no existe un estilo único de vivir la enfermedad y de afrontarla. Esto se produce debido a que cada persona otorga un significado particular a su diagnóstico, sea como un reto potencialmente superable, como una amenaza capaz de vencerlo o, como daño-pérdida irreparable (Lazarus y Folkman, 1986; Moorey y Greer, 1989).

A partir de este significado, el paciente se ve en la necesidad de restaurar su equilibrio y adaptarse a la situación, para lo cual pondrá en marcha esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales; estos esfuerzos conjuntos son conocidos como las estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

La teoría del Ajuste Mental al Cáncer (Watson, Greer, Inayat, Burgess & Robertson, 1988; Moorey y Greer, 1989), sistematiza estas variables en 5 estilos de adaptación a la enfermedad: Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Fatalismo/ Aceptación Estóica, y Negación.

Consideramos, entonces, que resulta de gran importancia que los profesionales que trabajan con esta población puedan reconocer estos modos particulares para así poder optimizar el trato que se les brinda a los pacientes.

Si bien en el Perú se han realizado diversos estudios acerca del afrontamiento y adaptación a la enfermedad oncológica; estos han sido realizados con muestras específicas dentro del país (en cuanto a edad y determinado tipo de cáncer), haciendo uso de instrumentos generales de medición del afrontamiento.

En este sentido, el presente estudio se propuso evaluar el funcionamiento psicométrico del instrumento creado especialmente para medir las respuestas de los pacientes con cáncer frente a su enfermedad: la Escala de Ajuste Mental al Cáncer/ Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC).

Para ello, aplicamos el instrumento en una muestra de pacientes oncológicos adultos peruanos, con el objetivo de comprobar la pertinencia de su uso por diferentes profesionales de la oncología y psicooncología en nuestro país. Asimismo, el estudio brinda datos relacionados a las particularidades en el tipo de ajuste mental dependiendo de las características sociodemográficas.

Esperamos que dichos aportes sirvan de base para futuros estudios con esta población, y que se logren reunir datos que permitan crear mejores niveles de intervención tanto médica como psicológica, para así poder atender mejor las necesidades del paciente favoreciendo su adaptación a la enfermedad.

CAPÍTULO 1

AJUSTE MENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS

La enfermedad oncológica y sus repercusiones psicológicas

La enfermedad oncológica constituye el núcleo de una realidad sumamente compleja en la que la persona experimenta una serie de dificultades físicas producto del deterioro de la salud y de la respuesta a los tratamientos, así como el desgaste psíquico y emocional que de ello se deriva.

El carácter impredecible y temible de la enfermedad se refleja desde su terminología, ya que el término cáncer (en griego *kankros*: cangrejo), se vincula con aquel animal que se esconde y que silenciosamente atrapa y devora a sus presas (Pacheco, 2006). No en vano, Dreyfus (1990) refiere que el cáncer muchas veces es percibido por los pacientes como algo malo creciendo dentro de ellos y devorándolos por dentro.

A continuación presentamos información relacionada a los aspectos médicos y psicológicos de la enfermedad, para así tener una visión más global acerca de la vivencia del paciente con cáncer.

Generalidades del cáncer

Cáncer es un término genérico que se usa para definir a un grupo numeroso de enfermedades, para las cuales también se emplean los términos de neoplasias o tumores malignos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008). Las neoplasias pueden ser benignas o malignas, de acuerdo a su comportamiento biológico. El cáncer constituye una neoplasia maligna que se caracteriza por la generación rápida y el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos u órganos vecinos y llegar a producir las llamadas metástasis; causando, cuando no ha habido tratamiento efectivo, la muerte (OMS, 2008; Spitalnik & Di Sant'Agnesse, 2003).

En cuanto a su origen, se considera al cáncer como una enfermedad de origen desconocido, o causada por la combinación de múltiples factores. Al respecto, Varela (2002), clasifica algunos de los factores en exógenos (químicos, físicos y biológicos), y endógenos (herencia, inmunidad, nutrición y hormonas).

En lo que respecta a incidencia, a nivel mundial, se calculan alrededor de 10.1 millones de casos nuevos cada año (Ferlay, Bray, Parkin & Pisani, 2001,

2. Ajuste Mental en pacientes oncológicos

en OMS, 2008). Si bien en el Perú no existe un registro nacional que nos permita dar cuenta de la magnitud del problema del cáncer en el país, Solidoro (2005) nos brinda luces sobre el tema a través de los datos obtenidos por el Registro del Cáncer de Lima Metropolitana en el año 2004.

Estos datos refieren la existencia de una Tasa Cruda de 111.39 enfermos de cáncer por cada 100 000 personas residentes en la capital. Asimismo, en el documento de la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer (Pinillos, 2007), se calcula que anualmente se detectan aproximadamente 35500 casos de cáncer en el país.

En cuanto al género, el mismo documento, refiere que el MINSA recibe más consultas por cáncer de parte de mujeres. Este dato es comprobado por el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (2004, en Soriano, 2005) reportando que, de los casos nuevos de cáncer, el 43% se dieron en hombres y el 57% en mujeres.

Por otro lado, respecto al status socioeconómico, Delamothe (1991) refiere que éste puede influir notablemente en la incidencia de la enfermedad y en la calidad de su tratamiento. Así, menciona como ejemplo que algunas formas de cáncer de colon y cáncer de mama, resultan más frecuentes en personas de clase media y alta; sin embargo, la mortalidad por estos tipos de cáncer es mayor en la clase baja. El autor, al respecto, asegura que dicha brecha sigue creciendo. En nuestro país, Gutierrez y Alarcón (2008) encontraron, en una muestra de pacientes del INEN, que la pobreza se relaciona con una menor posibilidad de detección temprana de neoplasias ginecológicas.

En relación a la edad, los datos del Registro del Cáncer de Lima Metropolitana (2004, en Soriano, 2005) refieren que las personas más afectadas son aquellas de mayor edad, en especial aquellas que superan los 50 años.

Dentro de la población adolescente y en los adultos jóvenes (15 a 29 años), se encuentra que el cáncer testicular es el más común en los varones, seguido por las leucemias y tumores del cerebro; mientras que en las mujeres predomina el cáncer de tiroides, las leucemias y el cáncer de ovario.

En el grupo de adultos entre 30 y 54 años, se encuentra que existe bastante diferencia entre el número de mujeres afectadas a comparación que el de hombres (razón de 2,4:1 respectivamente). Dentro de este grupo el cáncer que predomina en las mujeres es el de mama seguido por el de cuello uterino, y en los varones el de estómago seguido por los Linfomas no Hodgkin.

Finalmente, el cáncer predominante en las mujeres entre 55 y 75 años

es también el de mama y cuello uterino, mientras que en los varones de este grupo el más frecuente es el cáncer de próstata seguido por el de estómago.

Como ya se ha mencionado anteriormente, es bastante conocida la asociación que se hace del cáncer con la muerte, y si bien se han descubierto nuevas medidas de control y mejora, el número de defunciones continúa siendo alto. Así, de acuerdo a la OMS (2008), el cáncer aún constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Durante el año 2007 alcanzó 7.9 millones de defunciones, de las cuales, el 72% fueron registradas en países de ingresos bajos y medianos.

En el caso de Perú la mortalidad por cáncer se viene incrementando, llegando a ocupar el tercer lugar en las causas de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y las infecciones (Solidoro, 2005). Al respecto, la OMS (2008) reporta que en nuestro país, el número de defunciones por cáncer fue de aproximadamente 32 000 durante el año 2005, siendo 17 000 de estas personas menores a 70 años.

Por otro lado, tomando en cuenta que el cáncer no involucra una sola enfermedad sino que constituye un amplio número de estas, la clasificación resulta compleja. Así, Spitalnik y Di Sant'Agnese (2003) refieren que para clasificarlas, es necesario tomar en cuenta el tipo de tejido o de las células afectadas, el tipo de diferenciación de éstas y su localización anatómica.

En relación al tipo de tejido o células afectadas, encontramos que, de existir un tumor, las neoplasias pueden ser en cuatro categorías: carcinomas, linfomas, sarcomas y leucemias (Albornoz & Peña, 1999; Buceta & Bueno, 1996; Simonton, 1990 citados en Bravo, 2001). Los carcinomas son conocidos como las neoplasias malignas de la piel y de órganos; los linfomas son definidos como cánceres que afectan el sistema linfático; los sarcomas implican una neoplasia maligna en el tejido muscular, óseo o conectivo; mientras que las leucemias afectan los órganos que forman la sangre.

De acuerdo a su localización, Solidoro (2005) divide a los cánceres de acuerdo a la zona en la cual se encuentren conglomeradas las células cancerosas. Dividiéndose en: tumores del aparato digestivo, cánceres de cabeza y cuello, cáncer de mama, tumores del torax, tumores urogenitales, linfomas malignos y leucemias. Por su parte, el Registro de Cáncer en Lima Metropolitana (2004) lleva una clasificación similar respecto a la localización.

Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005), señalan que la localización del cáncer puede influir en las variables psicológicas de los pacientes. Se han realizado

4 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

algunos estudios a nivel mundial en poblaciones oncológicas específicas de acuerdo a la localización del cáncer, predominando los estudios con pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

En el Perú también se han realizado algunas investigaciones en poblaciones específicas de pacientes oncológicos en distintos grupos de edad. Dentro de las investigaciones con adultos tenemos la de Solano (2001) quien relacionó los estilos de atribución y de afrontamiento en adultos con leucemia, encontrando que los pacientes de la muestra presentaban atribuciones internas inestables y controlables; asimismo encontraron que destacan los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, en especial, acudir a la religión; por otro lado encontraron también que la variable Locus de Control Externo correlacionaba positivamente con los estilos evitativos de afrontamiento, mientras que el Locus de Control Interno correlacionó positivamente con las estrategias de aceptación y planificación.

Por otro lado, tenemos también la de Paredes (2003), quien relacionó la calidad de vida y el soporte social en las pacientes con cáncer de mama; encontrando, que aquellas con mejor calidad de vida mostraban un mejor funcionamiento emocional y de rol, además de menores síntomas de fatiga, náuseas y vómitos; caso contrario ocurría en aquellas con peor calidad de vida. En relación al soporte social, encontraron que las pacientes que llevan quimioterapia perciben menor efectividad y satisfacción con su soporte íntimo; y que las pacientes mayores sienten mayor necesidad de este.

Curso de la enfermedad oncológica y reacciones psicológicas

El cáncer es una enfermedad de larga evolución pues puede demorar varios años en desarrollarse dependiendo del huésped y de múltiples factores. El proceso de enfermarse de cáncer se da en distintas fases. Para empezar, la fase de iniciación se caracteriza por la estimulación de un cambio en el material genético de una célula convirtiéndola en precancerosa. Seguido a esto viene la fase de promoción en la cual la célula se convierte en cancerosa, lo cual puede agudizarse al dividirse, proliferarse y generar el crecimiento de una masa o tejido extra llamado tumor (Dickson & Lippman, 2000 en Paredes, 2000).

Con el fin de realizar un mejor estudio de cada caso se creó un sistema de estadificación tumoral universalmente conocido. Dicho sistema es llamado sistema TNM cuyas siglas remiten a la información del tamaño (T) y la infiltración

del tumor, la existencia de infiltración en los ganglios (N) y la posibilidad de metástasis(M), es decir, de su diseminación a distancia (Sobin, Dospodarowicz, & Wittekind, 2009)

Las diferentes combinaciones de los hallazgos de dicho sistema permiten reconocer cinco etapas de progresión tumoral. Así, en la etapa 0, el cáncer se encuentra en las primeras fases de desarrollo, encontrándose concentrado en un área específica. Durante la etapa o estadio I, el cáncer se ha extendido a otras áreas cercanas, sin embargo continúa concentrado dentro del tejido u órgano de origen. En el estadio II, se da la extensión hacia otros tejidos u órganos cercanos sin llegar a atacar nodos linfáticos cercanos. El estadio III se caracteriza porque el cáncer ataca nodos de linfa cercanos, aunque aún no afecta otras partes del cuerpo. Finalmente, durante el estadio IV, el cáncer ha avanzado y se encuentra atacando áreas más remotas del cuerpo. En el caso de recurrencia del cáncer, lo que ocurre es un nuevo desarrollo de la enfermedad después del tratamiento.

Obtener la certeza del diagnóstico oncológico puede demorar debido a que los exámenes realizados deben ser rigurosamente analizados para poder determinar adecuadamente el diagnóstico y poder elegir mejor el tratamiento (Solidoro, 2005). Si bien el proceso de conocer el diagnóstico y de asimilarlo es vivido de manera muy particular para cada individuo, se han identificado algunos aspectos psicológicos comunes.

Podríamos identificar primero una fase pre-diagnóstica, en la cual la persona está con alguna sospecha del cáncer o de algún malestar físico. Dreyfuss (1990) asegura que en este periodo, debido a los temores a la palabra cáncer por la asociación que se hace de esta con la muerte, muchas veces los pacientes encuentran razones para postergar la realización de exámenes médicos o demoran en recibir los resultados de dichos exámenes.

Holland (1990a) por su parte, al revisar diversas investigaciones, hace referencia a factores que posiblemente influyan en esta demora, como por ejemplo, la edad avanzada, bajo nivel educativo y socioeconómico, escaso conocimiento sobre la sintomatología del cáncer, intensos temores o experiencias negativas con la enfermedad, entre otros.

Una vez que la persona acudió a realizarse los exámenes, llega el momento de confirmar el diagnóstico, lo cual es vivido por la persona como un desastre personal (Solidoro, 2005). Las reacciones iniciales más comunes varían entre incredulidad y shock, desesperación, desesperanza, abandono,

6 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

sentimientos de sospecha y desconfianza frente a todo lo médico (staff y tratamientos), entre otros. (Alarcón, 2006; Dreyfuss, 1990; Solidoro, 2005). Asimismo aparece en la conciencia del paciente la percepción inmediata de la posibilidad de perder la vida (Mesenguer, 2003), ya que el paciente puede interpretar la situación como el término de toda esperanza al “*imaginarse un lento proceso de destrucción corporal y muerte inevitable*” (Dreyfuss, 1990, p. 2).

El paciente oncológico se encuentra, entonces, en un predecible y comprensible periodo de crisis (Taylor, 2003), en el cual, descubre la vulnerabilidad de su condición humana (Bayés, 2000; Jimenez, 2003), sintiéndose amenazado por las posibles pérdidas y cambios debido a la enfermedad. Dentro de las posibles pérdidas, Mesenguer (2003), enumera algunas, como la pérdida de la identidad, del control, de las relaciones sociales, de las experiencias sexuales futuras, de la imagen de sí mismo, del estilo de vida, proyectos futuros, entre otras.

De acuerdo a Kübler-Ross (1969), podría decirse que todo lo anterior forma parte de un primer momento, considerado como un estado de conmoción general. Una vez pasada la crisis inicial del diagnóstico, los pacientes empiezan a desarrollar un sentido más particular acerca de cómo la enfermedad y tratamiento alterarán su vida. Luego de ello suele venir una etapa de disturbio emocional y disforia, puesto que la realidad de la enfermedad va siendo lentamente reconocida. En esta etapa puede que la persona exprese más con sus actos que con sus palabras el malestar y la incomodidad que siente. (Alarcón, 2006). Asimismo se agudiza el temor a la pérdida de control sobre su salud, a la dependencia que se genera y la pérdida de la funcionalidad (Vargas, 2006).

Por otro lado, Brennan (2001) refiere que la crisis de un evento de vida puede ser también considerada como una oportunidad para el crecimiento positivo personal; en ese sentido, Pacheco (2006) asegura que es posible que, después del diagnóstico de cáncer, surjan reacciones positivas como por ejemplo el incremento del sentido del humor.

Algunos autores hacen el intento de clasificar las reacciones emocionales de los pacientes, proponiendo la existencia de una serie de etapas de aceptación de la enfermedad o de la muerte. Es importante destacar que estas etapas no deben ser consideradas de manera estricta, pues pueden variar de acuerdo al individuo y su situación personal.

Elisabeth Kübler-Ross (1969) plantea cinco estadios de aceptación de la muerte pero que podrían aplicarse también frente a la aceptación de una enfermedad crónica. El primer estadio que describe es el de *negación y aislamiento*, que aparece como una defensa necesaria al inicio, ya que funciona como amortiguador del impacto de la noticia, al permitir al paciente recobrar y dar paso progresivamente a defensas menos radicales. Este estadio es seguido por una segunda fase conocida como la de *ira, cólera y resentimiento por la enfermedad*, donde la atención gira alrededor de la pregunta “¿por qué yo?”, la cual, al no poder ser respondida y generar ira e impotencia, es proyectada hacia miembros de la familia o personal. Un tercer estadio consiste en la *negociación* que hace el individuo albergando la esperanza de una recompensa por buenas conductas. En cuarto lugar, la *depresión* aparece como respuesta a las constantes pérdidas, como una necesidad de vivenciar el dolor para luego dar paso a la aceptación. Finalmente, la *aceptación* es considerada la fase final de adaptación a la enfermedad, en la cual la persona acepta su condición sin placer, sin resignación, pero con calma.

Morse y Johnson, por su parte, plantearon en 1991, cuatro estadios de la presentación psicológica de la enfermedad (Solano, 2001). El primer estadio es llamado el de *incertidumbre*, en el cual el paciente intenta entender el significado y la severidad de los primeros síntomas; seguido a ello, una vez que el individuo se reconoce afectado por la enfermedad, se da el estadio de *ruptura*, que representaría la fase diagnóstica detallada anteriormente puesto que involucra una etapa de crisis caracterizada por altos montos de estrés y de dependencia con médicos y familiares. Seguido a esto, viene el estadio de *lucha por la recuperación*, en el cual el paciente intenta obtener el control de su enfermedad apoyándose en el medio social así como de sus propias estrategias de afrontamiento; para, finalmente, dar paso a la *restauración del bienestar*, en dicho estadio, el paciente busca lograr un nuevo equilibrio adaptándose a la enfermedad y a las consecuencias que esta acarrea.

Tratamientos oncológicos

Para tomar una decisión acerca del tratamiento que se aplicará a cada paciente, el médico debe tomar en cuenta una serie de factores: a) *la neoplasia*, evaluando, entre otras cosas, el tipo histológico del tumor, la localización de este, su tamaño y extensión; b) *el huésped*, es decir, las características del

8 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

paciente tales como sexo, edad, estado nutritivo, etc.; y finalmente, c) el *objetivo del tratamiento*, ya que este puede ser curativo o paliativo (Solidoro, 2006).

Lenhard, Osteen, y Gansler (2001) refieren que existen dos tipos de tratamiento, uno locorregional y otro sistémico. De estos dos se derivan las modalidades de tratamiento del cáncer más comunes: la Cirugía, Radioterapia, y Quimioterapia:

- a) *Cirugía*: La intervención quirúrgica constituye el método más antiguo de tratamiento del cáncer. Resulta efectivo en aquellos casos en los cuales la neoplasia está localizada y puede ser extirpada sin riesgo (Jacobsen y Holland, 1990; Solidoro, 1983).
- b) *Radioterapia*: La emisión de radiaciones es usada para tratar la enfermedad local o regional en aquellos casos en los cuales la cirugía no pudo extraer toda la neoplasia, o dicho procedimiento pondría en riesgo al paciente (Holland, 1990b; Solidoro, 1983).
- c) *Quimioterapia*: Consiste en la administración de fármacos que impiden la reproducción de las células malignas. (Holland y Lesko, 1990; Solidoro, 1983;).

Bursih y Lyles (1983) aseguran que una de las cosas que distingue al cáncer de otras enfermedades crónicas es que su tratamiento puede ser igual de aversivo o incluso más que los propios síntomas de la enfermedad, tanto por la administración misma del tratamiento como por sus efectos secundarios; esto incrementa su potencial estresante. Además, ningún tratamiento ofrece una garantía absoluta, pues, como ya se mencionó, depende de la evaluación de diversos factores y de la observación de la forma en que cada organismo responde al tratamiento elegido.

La eficacia de los tratamientos no se mide sólo en términos del período de remisión de enfermedad y de tiempo de supervivencia; sino también, por la calidad de vida del paciente, su funcionamiento social y familiar, así como el grado de ausencia del malestar físico y psicológico (Barroilhet et al, 2005). Desde este punto de vista, la efectividad del tratamiento se encuentra, entre otras cosas, condicionada variables psicológicas relacionadas a la comprensión de parte del paciente acerca del procedimiento y la necesidad de este, así como de la tolerancia al estrés y las molestias asociadas, pues esto le permite valorar los beneficios del tratamiento y contribuir con su adherencia.

Afrontamiento y Ajuste Mental: Restaurando el equilibrio

El enfermar de cáncer se considera una vivencia estresante pues, como toda enfermedad crónica, produce un fuerte impacto en la vida del paciente generando una sensación de desequilibrio y una ruptura con su modo habitual de comportamiento (Rodríguez, 1995). Además de esto, los componentes particulares del cáncer, ya mencionados en el apartado anterior; así como las características personales de cada individuo pueden llevar a que dicho estrés sea vivido con mayor o menor intensidad e influir en las estrategias de afrontamiento que se generen para reestablecer el equilibrio.

El siguiente apartado incluye información relacionada a los efectos del estrés en la salud, así como una breve revisión de la teoría de afrontamiento planteada por Lazarus y Folkman, la cual permite explicar con mayor claridad el constructo del presente estudio: el Ajuste Mental al Cáncer.

Estrés y afrontamiento en la salud

En la década de los sesenta, los investigadores centraron su atención en el fenómeno del estrés; el cual involucra eventos ambientales y psicológicos, interpretaciones de ellos y respuestas fisiológicas y conductuales (Barra, 2003; Rodríguez, López, & Ángeles, 1993). La investigación sobre el tema ha seguido desarrollándose con los años dentro de diversas áreas de la psicología, surgiendo distintas definiciones y teorías de acuerdo al énfasis colocado en algunos componentes del estrés.

La definición más difundida y aceptada en la literatura y en las investigaciones es la planteada por Lazarus y Folkman (1986), quienes definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y una situación que ésta valora como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Estos autores señalan que esta relación entre el individuo y la situación estresante se caracteriza por ser dinámica, constantemente cambiante y, también, por conllevar un carácter bidireccional a través del cual tanto la persona como la circunstancia influyen una sobre la otra simultáneamente.

En el campo de la psicología de la salud, Barra (2003), asegura que el estrés constituye un concepto central, pues, no sólo interviene en la adaptación a los cambios ambientales, sino que además parece tener un papel central en la

10 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

fisiología de diversas enfermedades; ya que, como afirma Rincón (2006), las alteraciones de la mente implican alteraciones en el cuerpo y viceversa.

Se han realizado numerosas investigaciones sobre el papel que cumplen los aspectos psicológicos en el origen y desarrollo de las enfermedades desde el campo de la psiconeuroinmunología, encontrando hallazgos diversos. En relación al cáncer hay quienes aseguran que el estrés es responsable de alteraciones en las funciones del sistema inmunológico y hormonal, así como en la función neuroquímica que influye en el cáncer (Solano, 2001). Así, Conti (1999, en Rincón, 2006) considera que no es que el estrés causa la enfermedad sino que más bien este contribuye a la activación de una neoplasia latente o en el deterioro de la inmunovigilancia en una fase crítica de la vida.

Desde el área de psicooncología como subespecialidad de la oncología (Holland & Murillo, 2006), se han realizado numerosos estudios acerca del impacto emocional y las respuestas psicológicas frente a la enfermedad oncológica. Así, se dice que el carácter estresante del diagnóstico del cáncer deriva, entre otras cosas, del significado psicosocial de la enfermedad, de los molestos síntomas y de las consecuencias de los tratamientos (Rodríguez, López et.al, 1993). Bayés (2000), por su parte, explica lo anterior refiriendo la existencia de un “condicionamiento cultural” en el cáncer que fortalece el vínculo entre ciertos estímulos y una consecuencia aversiva para la persona. Menciona como ejemplos de estímulos altamente estresantes: la expresión preocupada del médico, la forma y contenido del mensaje al dar el diagnóstico, los efectos del tratamiento, las reacciones de las redes sociales, entre otros. Esto produce un estrés caracterizado por la incertidumbre, ya que existe una imposibilidad de predecir lo acontecimientos y consecuencias futuras relacionadas a la enfermedad; también emergen sentimientos negativos y la sensación de pérdida de control, además de las constantes amenazas hacia el autoestima por los cambios producidos por la enfermedad.

Lazarus y Folkman (1986) aseguran que frente a una situación demandante, la persona realiza 3 tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La *evaluación primaria* surge como patrón de respuesta inicial catalogando al evento o situación dentro de 4 modalidades: amenaza, daño o pérdida, desafío, o beneficio; siendo portadoras de estrés las 3 primeras. En la *evaluación secundaria* se hace una valoración de los recursos de la persona para afrontar la situación demandante. Mientras que la *reevaluación* consiste en realizar correcciones sobre valoraciones previas.

De acuerdo a los autores, existen dos tipos de factores que determinan la evaluación de un acontecimiento como estresante: los factores personales y los factores situacionales. Los primeros incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales. Los segundos se refieren a las características distintivas objetivas del acontecimiento o situación, es decir, si se trata de un acontecimiento de pérdida o castigo; y las dimensiones objetivas de la situación, como su valencia, controlabilidad, mutabilidad, ambigüedad, potencial de ocurrencia o recurrencia y, momento cronológico respecto al ciclo vital de la persona.

Para poder sobrellevar aquellas situaciones emocionalmente demandantes y perturbadoras, como en este caso es la enfermedad, los seres humanos hacemos uso de dos modalidades básicas de manejo: los mecanismos de defensa, que son en esencia inconscientes (Alarcón, 2006; Brainsky, 1998), y las estrategias de afrontamiento, que se encuentran más relacionados a elementos cognitivos y conductuales de la conciencia.

Existe una distinción entre los estilos y estrategias de afrontamiento. Mientras los primeros se refieren a predisposiciones del individuo para enfrentar situaciones demandantes; las estrategias constituyen esos procesos concretos y específicos para manejarlas (Carver & Sheier, 1994; Sandin, 1995). Es decir, un estilo está conformado por varias estrategias.

Entonces, en su conjunto, el afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que son desarrollados para manejar las demandas específicas tanto internas como externas, debido a que estas son percibidas como excedentes o desbordantes a los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Este constructo es más accesible de estudiar empíricamente pues, como sostiene McCrae (1984), se centran en identificar objetivamente el estresor y el sujeto brinda un autorreporte de lo que hace para afrontarlo.

El planteamiento de Lazarus y Folkman (1986), respecto al tema, es el más difundido y utilizado en las investigaciones. Ellos distinguen dos tipos de afrontamiento: aquellos que se encuentran focalizados en el problema y los que están focalizados en la emoción. Las *estrategias focalizadas en el problema*, se dirigen a modificar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, con el objetivo de manejar la fuente generadora de estrés. Las *estrategias focalizadas en la emoción*, por su parte, se dirigen a modificar el

12 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para reducir el estrés, para así regular la respuesta emocional que este produce.

El tipo de afrontamiento utilizado, depende de la evaluación que realiza la persona respecto a la situación estresante. Si es que considera que se puede hacer algo probablemente afrontará focalizándose en el problema, si es que considera que no, lo hará focalizándose en la emoción (Belloch et al., 1995; Kleinke, 2007). Ambas formas de afrontamiento pueden facilitarse mutuamente contribuyendo la una a la otra, pero también podría ocurrir el caso contrario.

Cabe resaltar que, de acuerdo a Lazarus y Folkman, el término afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo, inadaptable, eficaz o ineficaz, por ello debe separarse de los resultados.

En el caso del cáncer, las estrategias de afrontamiento que adopte el individuo para enfrentar el estrés que conlleva, dependerán de una serie de factores: aquellos relacionados al estresor como la naturaleza de la enfermedad, sus síntomas, localización, tipo de tratamiento, pronóstico y demás; los aspectos individuales, como la etapa del desarrollo, valores y creencias, entre otros; y los relacionados a las variables socioculturales, como las actitudes sociales, los recursos disponibles y redes (Barroilhet et.al, 2005; Flores, 1999; Massie, Spiegel, Lederberg, y Holland, 1996; Rodríguez, López, y Angeles, 1993; Rowland, 1990a; Rowland, 1990b; Solidoro, 2001).

En relación a la *naturaleza de la enfermedad* como estresor, se ha encontrado que variables como: la forma de aparición, curso y tratamiento de la enfermedad; la naturaleza y extensión de las limitaciones; así como el tipo y extensión de los cambios en la apariencia y funciones corporales; influyen en la valoración que hará el individuo del evento, en sus estrategias de afrontamiento y los resultados que obtendrá con ellas.

El cáncer, como enfermedad crónica, se caracteriza por llevar un curso impredecible, además de un tratamiento difícil y doloroso, por lo que se considera altamente estresante (Rodríguez, 1995). En relación a las otras variables, como las limitaciones y los cambios que produce la enfermedad, el tipo de respuesta psicológica es variado ya que depende de las particularidades del caso. Por ejemplo, tomando el criterio de localización, Die-Trill y Die-Goyanes (2003) comentan que en el cáncer de mama, las respuestas psicológicas que normalmente se generan están relacionadas con aspectos íntimos de la femineidad, la sexualidad, la maternidad y la imagen corporal, afectando la identidad y autoestima femenina de manera muy profunda.

Respecto a los *factores individuales*, como hemos visto, se consideran aspectos como la etapa del ciclo vital, el nivel de desarrollo cognoscitivo y psicológico, las características de personalidad, las experiencias previas con el cáncer, las crisis vitales concurrentes y el apoyo que reciba de los familiares y otras personas (Massie et al, 1996; Newby, 1996; Rowland, 1990a; Sandin, 1995). Lazarus y Folkman (1986) por su parte, destacan, como factores individuales, dos elementos cognitivos: las creencias y los compromisos. Las variables antes mencionadas, influirán en la manera en la que cada individuo maneja su enfermedad y el estrés que acarrea.

Por ejemplo, en relación a la etapa del ciclo vital, es importante tomar en cuenta cómo se encuentra el individuo respecto a sus metas y a sus tareas en los ámbitos biológico, psicológico y social, puesto que se ha visto que influye de manera determinante en la valoración que el sujeto hará del evento y en la toma de decisiones de las estrategias de afrontamiento que utilizará (Roth, Holland & Murillo, 2006). En relación a la población adulta, Massie et al. (1996), refieren que el principal temor es hacia una muerte dolorosa, así como a las posibles incapacidades que genere la enfermedad como el volverse dependientes, el sufrir alteraciones en la fisonomía, y el deterioro de las funciones corporales. Por su parte, Roth et al. (2006) aseguran que los adultos jóvenes sienten afectada su búsqueda de relación íntima debido a las alteraciones sufridas en la apariencia y en su funcionamiento sexual; mientras que los adultos de mediana edad se sienten más afectados debido a la alteración del campo profesional y familiar.

Holland y Rowland (1990) sintetizan información relacionada a la influencia de la enfermedad en distintos campos de la vida del sujeto a lo largo de las etapas de la adultez, como: las relaciones interpersonales; los procesos de dependencia e independencia; la interrupción del logro de metas; la imagen e integridad sexual; así como en temas existenciales.

En relación a la variable de personalidad, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990, citado en Sandin, 2005), plantean 6 tipos de reacción al estrés de acuerdo a características de la personalidad; dentro de estas, existen dos tipos que se asocian al cáncer. El tipo 1, conocida como *predisposición al cáncer*, incluye a las personas que presentan elevado grado de dependencia y se muestran conformistas respecto a un objeto o persona idealizada; además, les resulta difícil establecer intimidad o aproximarse a personas queridas, reaccionando con sentimientos de desesperanza frente al estrés y tendiendo a reprimir sus emociones. El tipo 5, llamada *racional-antiemocional*, incluye a las personas con

14 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales, suprimiendo o negando sus manifestaciones afectivas. Otros autores, como Morris y Greer, y Temoshok (en Alarcón, 2006), postulan la bastante conocida *Personalidad tipo C*, en la cual incluyen a las personas contenidas emocionalmente, poco asertivas, con poca expresividad de los afectos negativos, y con complacencia social. A pesar de estos planteamientos, no se ha comprobado la existencia de un tipo de personalidad que sea propensa al cáncer.

Finalmente, dentro del *contexto sociocultural* se ha encontrado que la cultura influye en la valoración que el individuo hace de la situación. Die Trill (2003) asegura que, si bien el cáncer es temido en todas las culturas, existen variables culturales que influyen en la adaptación a la enfermedad; dentro de ellas destaca las particularidades en la comunicación médico paciente, el rol que se le asigna a la familia del enfermo, la variedad de atribuciones causales del cáncer, las actitudes ante el dolor y, las actitudes frente a la muerte y al duelo.

Una vez que se toman en cuenta todas aquellas variables que influyen en la estrategia de afrontamiento que el individuo usará, el siguiente punto de interés radica en la efectividad de dichas estrategias, evaluando si estas resultan adaptativas o no para el individuo de acuerdo a cada caso.

Para evaluar la efectividad del afrontamiento, Rodríguez et al. (1993) refieren que hay que tomar en cuenta tres factores: el dominio del resultado, el momento temporal y el contexto. Así, el resultado de las conductas de afrontamiento depende no sólo de los esfuerzos y el estado psicológico del paciente, sino también la manera en la que el entorno social reacciona ante éstas; tema por el cual, el soporte social efectivo es de especial importancia. Se ha comprobado además que ciertos mecanismos de afrontamiento y la red social del paciente pueden tener valor terapéutico (Conti, 1999 en Rincon, 2006).

Chau, Morales y Wetzell (2002), refieren que, estudios que han investigado la relación entre afrontamiento y desarrollo de cáncer, encuentran mejores resultados clínicos asociados al afrontamiento activo y orientado hacia el problema, caso contrario al uso de estrategias de evitación. Estos autores citan a Cardenal (1997), quien asegura la predominancia de un estilo represivo de afrontamiento en las personas que se encuentran enfermas de cáncer.

En el Perú se han realizado investigaciones que emplean el modelo de Lazarus y Folkman y, en el caso del cáncer se han encontrado algunas particularidades. Por ejemplo, en la investigación de Solano (2001) se encontró que los pacientes diagnosticados con leucemia tienden a utilizar más los estilos

enfocados en la emoción, el mismo resultado se dio en el estudio de Chau et al. (2002) con pacientes de diferentes tipos de cáncer.

Modelo de Ajuste Mental

Gracias a los aportes de la teoría de Lazarus y Folkman, antes mencionada, Watson et al (1988) y, Moorey y Greer (1989) plantearon un modelo de adaptación al cáncer llamado Ajuste Mental al Cáncer. Este modelo estaría centrado en el significado personal que tiene el cáncer para el individuo y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha para lograr su adaptación (Barez, 2002).

Estos autores proponen un esquema de supervivencia o una triada de evaluación cognitiva, para la cual se toman en cuenta 3 aspectos. En primer lugar, la *percepción del diagnóstico*; respondiendo a la pregunta “¿qué significado tiene para usted esta enfermedad?”. Esta percepción guarda relación con la evaluación primaria planteada por Lazarus y Folkman (1986), por la cual, la enfermedad puede percibirse como un reto potencialmente superable, como una amenaza capaz de superar los propios recursos y destruirlo, una evaluación de daño o pérdida, o, la total negación de la situación.

En segundo lugar, se toma en cuenta la *sensación de control sobre la situación*, respondiendo a las preguntas “¿qué puede hacerse frente a la enfermedad?” y “¿se puede controlar?”. Este concepto se relaciona con la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman, al tomar en consideración los recursos con los que cuenta la persona para hacer frente a la enfermedad y controlar la situación.

En tercer lugar, se toma en cuenta la *visión acerca del pronóstico*, respondiendo a la pregunta “¿cuál es el pronóstico de la enfermedad y cómo es de fiable?”. Independientemente de la situación real de pronóstico favorable o no del paciente, esta visión se relaciona con los dos aspectos mencionados anteriormente.

Estos aspectos permiten definir 5 estilos o tipos de ajuste mental que presenta el individuo para sobrellevar la enfermedad, y cada uno tendrá su consecuente respuesta emocional (Moorey y Greer, 1989 en Soriano, 2002). Así vemos que los tipos de ajuste y la respuesta emocional que tiene el individuo frente a su estado de salud dependen de la evaluación que el sujeto hace de la enfermedad.

16 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

Los cinco estilos que presentan los autores son: Espíritu de Lucha, Evitación/Negación, Fatalismo/Aceptación Estoica, Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa.

El *Espíritu de Lucha* es aquel estilo que se caracteriza por evaluar el diagnóstico del cáncer como un reto personal, sobre el cual tiene un control moderado; es decir, se siente capaz de hacerle frente a la enfermedad considerando que su curación depende en gran medida de lo que realice para controlarla (Ibañez & Romero, 2000).

Ello lleva a que tenga una actitud optimista hacia su pronóstico, mostrando una reacción emocional positiva con pocos signos de ansiedad. Asimismo, se caracteriza porque sus estrategias de afrontamiento están basadas en la reevaluación positiva de la situación, dirigiéndose así a la búsqueda de información acerca de la enfermedad y tratamientos para curarla; así como a asumir un papel activo en su recuperación, con intentos por retomar su estilo de vida habitual. Estos pacientes pueden tener mejor pronóstico, dado que son individuos activos y eficientes (Ibañez & Romero, 2000).

Las personas con estilo de *Evitación/Negación* no perciben amenaza en el diagnóstico de cáncer, sea porque lo evitan o porque realmente no lo aceptan. No se preocupan del control que tengan sobre la enfermedad. Mantienen una actitud optimista hacia el pronóstico, mostrando pocos signos de ansiedad, y presentando como estrategia principal de afrontamiento la minimización. Ibañez y Romero (2000) refieren que el pronóstico puede ser favorable en estos pacientes en cuanto a que gozan de la ilusión de control de la enfermedad, pero sólo será posible en cuanto se adhieran a los tratamientos.

Los pacientes con *Preocupación Ansiosa*, se caracterizan por percibir el diagnóstico como una gran amenaza. Tanto el control que consideran tener frente a la situación, así como el pronóstico que imaginan tener, se caracterizan por una sensación de incertidumbre que lleva a una respuesta emocional ansiosa. Las estrategias más usadas se refieren a la búsqueda de información, pero con tendencia a interpretarla negativamente, asimismo buscan seguridad, y muestran excesiva atención a los síntomas físicos que podrían detectar una recaída.

Ibañez y Romero (2000) refieren que en estos pacientes pueden aparecer sentimientos de culpa como intento de darle significado a la amenaza. Estos autores también afirman que el pronóstico puede ser bueno en cuanto a

que, por su excesiva preocupación a nivel físico, pueden identificar rápidamente una recaída.

El *Fatalismo/Aceptación Estoica*, conlleva una percepción de la enfermedad como amenaza sobre la cual el paciente no siente control; por ello, respecto al pronóstico muestran una actitud de aceptación frente al desenlace “resignándose a su suerte”. Desarrollan estrategias de afrontamiento pasivas, puesto que no desarrollan aquellas dirigidas al problema, depositando la responsabilidad y posibilidades de cura sobre fuentes externas, como los médicos y profesionales de salud. Estos pacientes se caracterizan por presentar poca ansiedad, conllevando un tono emocional sereno, pero no positivo.

Finalmente, en el estilo *Desamparo/Desesperanza* se observa que los pacientes se sienten desbordados ante el diagnóstico, percibiéndolo como una gran amenaza o pérdida afectiva. Estos pacientes consideran que no tienen control alguno de la situación; poseen una visión pesimista del pronóstico, produciendo una respuesta emocional depresiva, puesto que consideran que “no se puede hacer nada” (desesperanza) y que “nadie puede ayudar” (desamparo). Las estrategias de afrontamiento tienen que ver con la rendición careciendo de estrategias dirigidas al problema y de expresión emocional de la rabia, por ejemplo.

Respecto a estos dos últimos estilos, Ibañez y Romero (2000) refieren que en estos pacientes existe una gran merma en su autoestima, se abandonan a su suerte sintiéndose desconfiados de la posibilidad de mejoría. Por ello, el pronóstico es malo, pues, independientemente del estado físico en que se encuentren, no se adhieren adecuadamente al tratamiento dado que delegan la responsabilidad a otros.

El único instrumento psicométrico que mide el constructo de ajuste mental, como tal, es la escala MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale), desarrollado por Watson et al (1988). Dicho instrumento ha sido validado en distintas partes del mundo occidental, realizándose investigaciones que permiten vincular al constructo con otras variables sociodemográficas, médicas y psicológicas.

En Italia, por ejemplo, Grassi, Rosti, Lasalvia y Maragolo (1993), encuentran que los pacientes que perciben tener Apoyo Social y que además, presentan bajo Locus de Control Externo, muestran una mejor adaptación favoreciendo el estilo de ajuste Espíritu de Lucha. En contraparte, aquellos que muestren un inadecuado Apoyo Social y un Locus de Control Externo alto, se

18 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

manejan mediante los estilos de Desesperanza/Desamparo y Fatalismo/Aceptación Estóica, los cuales conllevan estrategias menos adaptativas.

Por su parte, Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach (1998), en Inglaterra, investigaron la relación entre edad y estadio de la enfermedad, con el ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama (estadios II y IV) con tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Estos autores encontraron que tanto la edad como el estadio influyen directamente en los estilos de ajuste que adoptará la persona. Así, afirman que las mujeres mayores que se encuentran en un estadio más grave de enfermedad tienden a presentar un bajo Espíritu de Lucha, mostrando entonces, estrategias del estilo Desesperanza/Desamparo, Fatalismo/Aceptación Estóica y de Preocupación Ansiosa. Por el otro extremo, aquellas mujeres más jóvenes con mejor pronóstico mostraron estrategias mayormente basadas en el Espíritu de Lucha y denotaban además, un mejor estado anímico y mejor calidad de vida.

Tomando en cuenta solo el factor edad, Ferrero, Barreto y Toledo (1994), refieren que los pacientes mayores usan más la Negación como estrategia y presentan menos Preocupación Ansiosa. Los mismos autores, encontraron que el Espíritu de Lucha se encuentra asociado con una mejor percepción global de la calidad de vida y un menor malestar emocional. Por otro lado, al describir hallazgos acerca de las subescalas, refieren que la subescala Fatalismo/ Aceptación Estóica no aparece como causa, sino como el resultado de un malestar prolongado; mientras que la subescala Preocupación Ansiosa funciona como un indicador del malestar emocional más que como una medida de evaluación cognitiva y de afrontamiento a la enfermedad.

En cuanto al tipo de ajuste y curso del cáncer, Watson, Haviland, Greer, Davidson y Bliss (1999) realizaron un estudio acerca de la influencia de la respuesta psicológica en la supervivencia del cáncer de mama. Si bien aseguran que los resultados deben ser interpretados con cautela, encontraron que a lo largo de 5 años, existía mayor riesgo de recaída en aquellos pacientes con alto índice de Desamparo/Desesperanza. No encontraron una relación lo suficientemente significativa entre el Espíritu de Lucha y la supervivencia.

En relación a tipos específicos de cáncer, Nordin y Glimelius (1998), en Suecia, realizaron un estudio con pacientes de cáncer gastrointestinal. En él encontraron que el Espíritu de Lucha se asocia con mayor bienestar emocional; contrariamente al caso de Desesperanza/Desamparo y Preocupación Ansiosa, en las que dicho bienestar disminuye.

Durante el 2007, se encontró en una muestra de pacientes con cáncer localizado en la mama, en el colon y pulmón; que los pacientes deprimidos presentaban con mayor frecuencia estilos de afrontamiento caracterizados por la Preocupación Ansiosa, Desamparo/ Desesperanza y Fatalismo/ Aceptación Estóica; en contraste, aquellos que no mostraban signos depresivos se caracterizaron por un mayor Espíritu de Lucha (Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora y Castelo, 2007).

Planteamiento del problema

La posibilidad de enfermar de cáncer, el período de exámenes de descarte del diagnóstico, así como la confirmación del mismo, representan un conjunto de vivencias disruptivas para el individuo, pues desorganizan y alteran su estabilidad, llevándolo a replantearse su manera de ver el mundo y de afrontar la situación en busca de restaurar el equilibrio.

De acuerdo a Forero et al. (2005), numerosos autores refieren que la comprensión de la manera en la cual los pacientes afrontan las demandas impuestas por la enfermedad, permitiría el desarrollo de técnicas de intervención orientadas a proporcionarles recursos y estrategias que minimicen el impacto negativo de la enfermedad, así como las secuelas psicológicas. Sin embargo, no existe en nuestro medio un instrumento validado que mida las diversas respuestas que pueden tener los pacientes hacia el diagnóstico de cáncer, por lo cual surge la necesidad de contar con la validez de un instrumento de este tipo.

La Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale – MAC), mide las respuestas cognitivas y conductuales frente a la enfermedad oncológica de una manera rápida y sencilla. Por ello, el objetivo general del presente estudio es aportar evidencia empírica sobre el comportamiento psicométrico de dicha escala en una muestra de pacientes oncológicos adultos del Perú.

Así, intentaremos responder la pregunta de investigación ¿Es la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) válida y confiable para una muestra de pacientes oncológicos peruanos que se atienden en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas? Para ello, buscamos lograr los siguientes objetivos específicos:

1. Comprobar la confiabilidad por consistencia interna de la escala MAC.
2. Explorar la validez de constructo de la escala MAC en una muestra peruana a través del análisis factorial exploratorio.

20 Ajuste Mental en pacientes oncológicos

3. Explorar los estilos de ajuste mental de una muestra de pacientes oncológicos adultos en Lima-Perú.
4. Comparar los estilos de ajuste mental de la muestra de acuerdo a variables sociodemográficas.



CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA

La presente investigación pertenece a un paradigma cuantitativo puesto que pretende conocer las características psicométricas de la escala MAC en nuestro contexto (Kerlinger y Lee, 2002). A su vez, tiene un nivel descriptivo ya que busca brindar datos comparativos de acuerdo a las variables de estudio, y cuenta con un diseño no experimental debido a que la recolección de datos se da en un momento único, sin contar con un grupo control, ni manipular variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Participantes.

La muestra consta de 200 pacientes oncológicos adultos que se encuentran atendidos de manera hospitalaria o ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). El número de participantes elegido para esta investigación, se encuentra en un rango adecuado según la clasificación de Comrey para el análisis factorial; asimismo, cumple con el criterio establecido por Tabachnick y Fidell, quienes consideran que debe existir un mínimo de cinco personas por cada variable (Gregory, 2001).

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico incidental, ya que no se contó con una base de datos para seleccionar la muestra. (Hernandez et al., 2003). Los participantes fueron evaluados individualmente, durante su hospitalización o atención en consulta externa, y grupalmente antes de empezar algunas reuniones organizadas por el servicio de psicología. Se procuró que los pacientes que conformen la muestra conocieran su diagnóstico.

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas, observando en la misma que los participantes, en su mayoría, son mujeres. Asimismo, podemos apreciar que la edad de los participantes varía entre los 20 y los 75 años, con una media de 45.9 años y una desviación estándar de 12.54. Cabe resaltar que se dividieron las edades en 4 etapas de adultez de acuerdo a lo planteado por Rowland (1990a) para facilitar posteriormente la descripción de resultados.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

Variable		f	%
Sexo	Femenino	142	71.0
	Masculino	58	29.0
Etapa adulta	Joven (20-30años)	23	11.5
	Madura (31-45años)	75	37.5
	Tardía (46-65años)	91	45.5
	Mayor (66-75años)	11	5.5
Lugar de residencia *	Lima	139	69.5
	Provincia	61	30.5
Tipo de relación de pareja	Con pareja estable	121	60.5
	Sin pareja estable	79	39.5
Religión	Católica	159	79.5
	Evangélica	37	18.5
	Otros	4	2.0
Grado de Instrucción	Primaria Incompleta	20	10.0
	Primaria Completa	38	19.0
	Secundaria Completa	85	42.5
	Superior Completa	57	28.5
Tarifa	Tarifa INEN	100	50.0
	Tarifa Social	20	10.0
	EsSalud	18	9.0
	SIS	62	31.0

* En los últimos 6 meses

En la tabla notamos también que, independientemente del lugar de nacimiento, la mayor proporción de la muestra reside en Lima; observamos que la mayoría reporta tener una pareja estable; y que predominan los pacientes católicos. En relación al nivel educativo, encontramos que el mayor porcentaje de pacientes ha concluido la secundaria o los estudios superiores.

Por otro lado, como criterio de evaluación económica, se recogieron datos relacionados a la tarifa que pagan los pacientes en su atención en el hospital. Así observamos que la mitad de la muestra está compuesta por aquellos pacientes que pagan Tarifa INEN, es decir, la tarifa general del instituto; seguido por aquellos que cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), la cual es la tarifa más económica. Las tarifas menos frecuentes son la Tarifa Social, aplicada a aquellos pacientes que se le brinda una exoneración parcial; y los pacientes que cuentan con seguro EsSalud, pero que, al decidir atenderse en el INEN, pagan un precio mayor, en esta tarifa se incluye también a los pacientes de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Además de los datos sociodemográficos, se recogieron datos relacionados a la enfermedad, el tipo de atención y tratamiento recibido. Dichos datos se muestran en la Tabla 2 con sus respectivas frecuencias.

Dado que la muestra es heterogénea, es decir, los participantes presentan distintos tipos de cáncer, se agruparon los diagnósticos de acuerdo a la localización del tumor (TM) formando 5 categorías principales que constituyen un 86% de la muestra, y agrupando el resto en la categoría “otros”.

Tabla 2
Características médicas de la muestra

Variable		f	%
Tipo de cáncer	Cáncer de mama	43	21.5
	TM Ginecológicos	56	28.0
	TM Abdominales	29	14.5
	TM Urológicos	19	9.5
	TM Cabeza y Cuello	25	12.5
	Otros	28	14.0
Tiempo de conocer el diagnóstico	Menos de 6 meses	114	57.0
	Más de 6 meses	86	43.0
Tratamiento actual	Cirugía	135	67.5
	No Quirúrgico	48	24.0
	Sin Tratamiento	17	8.5
	Otros	4	2.0
Tratamiento oncológico anterior	Sí	95	47.5
	No	105	52.5
Tipo de atención	Ambulatoria	44	22.0
	Hospitalización	156	78.0

Entonces, encontramos que los diagnósticos más frecuentes son los de cáncer ginecológico y de mama, guardando relación con que la mayoría de la muestra esté compuesta por mujeres. Cabe destacar que dentro del diagnóstico de cáncer de mama se incluye un caso masculino, del cual sabemos la incidencia es menor al 1% de todos los casos (Acosta, Hernandez y Porfirio, 2006). Observamos también que la mayor parte de la muestra conoce su diagnóstico hace menos de 6 meses.

En relación al tratamiento que llevan actualmente, predomina el de cirugía, esto se relaciona con que la mayor parte de la muestra es de hospitalización y este suele ser el tratamiento más frecuentemente aplicado en dicha condición. Dentro de los tratamientos no quirúrgicos se encuentran aquellos que llevan quimioterapia (17 casos) radioterapia (21 casos) y otros (10

casos). Notamos también que tanto los pacientes que han recibido tratamiento oncológico previo, como los que no, se distribuyen de manera casi proporcional.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para recoger la información requerida, consistieron en una ficha de datos sociodemográficos y médicos, y la Escala de Ajuste Mental al Cáncer – MAC.

Ficha de datos

La ficha se desarrolló tomando en cuenta los datos sociodemográficos y médicos que aparecían como relevantes en la bibliografía consultada referida al Ajuste Mental al Cáncer, tales como: sexo, edad, grado de instrucción, diagnóstico oncológico, tratamiento, entre otros (Anexo A1). Esta herramienta proporcionó entonces, los datos necesarios para la realización de los análisis descriptivos y comparativos.

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)

Las respuestas psicológicas ante el diagnóstico de cáncer eran anteriormente medidas por Greer y sus colaboradores mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes oncológicos adultos. Watson et al (1988) crearon la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), a partir del análisis y adaptación de expresiones extraídas de las grabaciones de dichas entrevistas.

La primera versión constaba de 58 ítems, para luego, después de los estudios estadísticos correspondientes, quedar compuesta por 40 ítems; cada uno con 4 opciones de respuesta. Los ítems fueron seleccionados a través de un análisis factorial que resultó en 4 dimensiones: Espíritu de Lucha (16 ítems), Desesperanza/Desamparo (6 ítems), Preocupación Ansiosa (9 ítems), Fatalismo/Aceptación Estóica (8 ítems). Finalmente añadieron la subescala Negación que sólo contaba con 1 ítem.

Moorey y Greer (1989) aseguran que cada una de estas dimensiones involucra un esquema cognitivo relacionado: al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control que se tiene sobre este, y a la visión de su pronóstico. Por ello, los autores de la prueba, consideran que es fundamental que los pacientes que completarán el cuestionario conozcan su diagnóstico.

La confiabilidad del instrumento se demostró mediante el cálculo de la estabilidad de las respuestas en términos temporales (entre 0.32 y 0.65), y del coeficiente Alfa de Cronbach como índice de consistencia interna de cada subescala (entre 0.65 y 0.84). Por otro lado, para comprobar la validez del instrumento, se correlacionaron las respuestas del autorreporte de un grupo de pacientes con las que reportaban sus parejas respecto a ellos; encontrando correlaciones altamente significativas (entre 0.63 y 0.76), a excepción de la subescala de Negación (0.34).

Adicionalmente, los autores se interesaron en la relación entre las respuestas psicológicas y la incidencia de depresión y ansiedad; por ello, aplicaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en parte de la muestra y la correlacionaron con las respuestas en el MAC. Encontraron que la subescala Ansiedad correlacionaba significativamente con la subescala Preocupación Ansiosa, mientras que la subescala Depresiva correlacionaba con las subescalas de Desesperanza/Desamparo y Fatalismo/ Aceptación Estoica.

En cuanto a la calificación del MAC, cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que va desde la alternativa “Definitivamente esto no se aplica a mi” con el puntaje mínimo, hasta “Definitivamente esto se aplica a mi” con el puntaje máximo. Los ítems que conforman cada subescala y sus respectivos puntajes mínimos y máximos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3
Ítems de cada subescala del MAC

Subescala	Ítems	Punt. mín.	Punt. máx.
Espíritu de Lucha (EL)	4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40	16	64
Desamparo/ Desesperanza (DD)	2, 9, 17, 23, 25, 36	6	24
Preocupación Ansiosa (PA)	1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37	9	36
Fatalismo/ Aceptación Estoica (FA)	7, 8, 12, 15, 24, 30, 33, 35	8	32
Negación (N)	38	1	4

Se han realizado numerosos estudios con el MAC, traduciéndolo en distintos idiomas y adaptándolo en varios países como: Estados Unidos (Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman, y Stolbach, 1992); Suecia (Nordin, y Glimelius, 1999); Australia (Osborne et al, 1999); Francia (Cayrou, Dickes, Gauvain-Piquard y Roge, 2003); Colombia (Forero, Bernal y Restrepo, 2005); y

Grecia (Mystakidou, 2005); entre otros. Estos estudios, además de proporcionar evidencia respecto a la validez y confiabilidad de la versión original, han creado nuevas estructuras factoriales que se acoplan mejor a las poblaciones estudiadas. Algunos de ellos se muestran en la tabla 4, indicando el tipo de análisis realizado y la cantidad de factores.

Tabla 4
Estudios principales con el MAC

País	Número de participantes	Tipo Análisis Factorial	Número de subescalas
USA	239	Exploratorio	4
Suecia	868	Exploratorio	4
		Confirmatorio	4
Australia	632	Confirmatorio	6
Francia	317	Exploratorio	7
		Confirmatorio	3
Colombia	95	Exploratorio	4
Grecia	200	Exploratorio	5

Watson y Homewood (2008) hacen una revisión de los estudios más representativos, y afirman que la variedad de resultados en cuanto a la estructura factorial pueden deberse a la diversidad de métodos para el análisis factorial y las diferencias culturales en el entendimiento de los enunciados.

Después de la revisión, las autoras decidieron hacer un nuevo análisis factorial del MAC y el establecimiento de sus propiedades psicométricas en una muestra más amplia (1255 pacientes); para ello se realizaron los mismos análisis de confiabilidad y validez que en el estudio original. Estos autores, además realizaron un segundo análisis a través del cual comprueban la existencia de dos categorías: una de Ajuste Positivo y otra de Ajuste Negativo.

Los resultados principales del estudio consistieron en la comprobación de la estabilidad de la subescala Desamparo/Desesperanza y la reagrupación de los ítems en dos factores indicando un sentido positivo y otro negativo del ajuste al cáncer. Los autores aseguran que la escala puede usarse con ambas estructuras factoriales; indican que el criterio de decidir cuál usar dependerá del investigador y sus objetivos de estudio, así como de la población con la cual se trabajará. Es así que para la versión del presente estudio (Anexo 2), evaluaremos el funcionamiento de la prueba considerando las 5 subescalas.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó el permiso de una de las autoras del instrumento para poder adaptarlo en población peruana; dicha autora y su actual colega en el estudio del MAC otorgaron el permiso. (Watson y Homewood, comunicación personal, 2 de mayo, 2008).

Posteriormente se verificó la traducción y la redacción de los ítems de la versión española (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994) en comparación con la versión original (Watson et al, 1988) encontrándola adecuada para la población peruana. Seguidamente se realizaron ligeras variaciones en algunos ítems de acuerdo a las sugerencias planteadas por un lingüista experto.

Una vez obtenida la autorización de la institución, se convocó a los participantes tanto en ambientes hospitalarios como a nivel de consulta externa. Luego, se les informó el propósito de la investigación, solicitando su consentimiento informado (Anexo A3) y brindando las instrucciones generales con especial énfasis en la confidencialidad de los resultados.

Los resultados de las pruebas aplicadas fueron procesados con el programa estadístico SPSS, analizando la confiabilidad por consistencia interna de cada subescala en esta muestra. Esto se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de estas, así como la capacidad de discriminación de cada ítem.

Posteriormente, con el fin de evaluar la estructura factorial correspondiente a la muestra, se evaluó la adecuación de esta para dicho análisis mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin, el test de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación MSA por cada ítem. Luego se realizó un análisis factorial exploratorio por componentes principales, efectuando la rotación varimax que asume independencia de factores.

Una vez obtenidos la cantidad de factores y su composición para la muestra peruana, se realizaron modificaciones descartando ítems y replanteando nuevamente el análisis factorial para apreciar los cambios generados con el fin de acercarnos a la estructura más adecuada para nuestra muestra.

Finalmente, al tener la propuesta de una estructura tentativa y con el fin de determinar los estadísticos a usar, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, encontrando que la distribución de la muestra no correspondía a un modelo normal, por ello, se utilizaron pruebas no paramétricas

28 Metodología

como la H de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney para el contraste de los distintos grupos.



CAPÍTULO 3

RESULTADOS

El presente capítulo se divide en dos partes. En la primera se presentan los resultados psicométricos, es decir, los análisis de confiabilidad y validez de la versión original en nuestra muestra; así como las consiguientes modificaciones realizadas para optimizar dicho funcionamiento.

En la segunda parte presentamos el análisis de los hallazgos descriptivos y comparativos de los estilos de Ajuste Mental en función a variables sociodemográficas.

Características psicométricas del MAC

En este apartado reportamos los resultados del análisis de confiabilidad de las subescalas originales del MAC; así como los datos de validez del instrumento mediante la realización de un análisis factorial exploratorio.

Seguido a ello exponemos los datos relacionados a las modificaciones realizadas en la prueba original, es decir presentando los criterios de eliminación de ítems y la realización de sucesivos análisis factoriales; para luego proponer una nueva estructura factorial del MAC para nuestra muestra. Finalmente, presentaremos los datos de confiabilidad y validez de esta nueva propuesta.

Análisis de Confiabilidad de la composición original de los ítems

El estudio de la confiabilidad por consistencia interna de la escala MAC se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach (α) de cada subescala, a excepción de la de Negación dado que, al estar compuesta sólo por un ítem, no permite correr adecuadamente los estadísticos. Asimismo, se observó la capacidad de discriminación de cada ítem mediante su correlación con la subescala a la que pertenece. Los resultados se muestran a continuación.

La subescala Espíritu de Lucha (EL) alcanzó un nivel de confiabilidad medio (Hernandez et al., 2006) al obtener un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.61 con sus 16 ítems originales. La Tabla 5 muestra la correlación de cada uno de esos ítems con la subescala total y el coeficiente de confiabilidad alcanzado en caso de eliminar alguno de ellos.

Tabla 5
Correlaciones ítem-test de la subescala EL

Ítem	Correlación ítem-test
Item04	.32
Item05	.03
Item06	.28
Item11	.33
Item13	.16
Item16	.18
Item18	-.03
Item20	.29
Item26	.40
Item27	.09
Item28	.25
Item31	.37
Item32	.34
Item34	.38
Item39	.38
Item40	.26

Podemos observar que algunos ítems presentan una correlación considerada, por el criterio de Cohen, como irrelevante con respecto a la subescala total (Calderón, 2005); este es el caso de los ítems 5, 18 y 27.

Por su parte, la subescala Desamparo/Desesperanza (DD), reporta un nivel medio de confiabilidad, acercándose al aceptable, ya que obtiene un coeficiente alfa de 0.72 con sus 6 ítems originales. Tal cual observamos en la Tabla 6, todos presentan correlaciones consideradas grandes.

Tabla 6
Correlaciones ítem-test de la subescala DD

Ítem	Correlación ítem-test
Item02	.39
Item09	.40
Item17	.46
Item23	.54
Item25	.57
Item36	.38

En el caso de la subescala Preocupación Ansiosa (PA), el coeficiente de confiabilidad es 0.46, encontrándose por debajo del nivel esperado. En la tabla 7 podemos ver los resultados de los 6 ítems que conforman la subescala, notando que de los ítems 1, 10 y 19 presentan una correlación ítem-test demasiado baja.

Tabla 7*Correlaciones ítem-test de la subescala PA*

Ítem	Correlación ítem-test
Item01	.86
Item03	.25
Item10	-.03
Item14	.37
Item19	-.03
Item21	.33
Item22	.40
Item29	.17
Item37	.21

Por último, la subescala Fatalismo/ Aceptación Estoica (FA), compuesta por 8 ítems, reporta un coeficiente de confiabilidad de 0.54, el cual también se encuentra por debajo del rango esperado. Los detalles se encuentran en la Tabla 8, observando que los ítems 7, 30 y 33 presentan correlaciones mínimas con la subescala general.

Tabla 8*Correlaciones ítem-test de la subescala FA*

Ítem	Correlación ítem-test
Item07	.16
Item08	.26
Item12	.38
Item15	.35
Item24	.26
Item30	.19
Item33	.12
Item35	.38

Observamos entonces que, a excepción de la subescala Desamparo/ Desesperanza, algunos ítems de las otras subescalas, presentan una correlación irrelevante o mínima con respecto a la subescala a la que pertenecen.

Sin embargo, aunque la eliminación de estos ítems representaría un alza en la confiabilidad de dichas subescalas, no se puede asumir el resultado como determinante, dado que, tal cual aseguran Batista-Foguet, Coenders y Alonso (2004), los datos de validez deben preceder al de confiabilidad para tener la certeza de tener la confiabilidad de lo que realmente se quiere medir. Por ello, siguiendo nuestro segundo objetivo, el siguiente paso consistió en realizar un Análisis Factorial Exploratorio, para así encontrar el número de factores para nuestra muestra y la distribución de los ítems en estos.

Análisis Factorial Exploratorio

Inicialmente se consideraron los 40 ítems originales de la prueba para comprobar la adecuación de nuestra muestra para el análisis factorial, esto se realizó tomando en cuenta tres criterios que serán explicados a continuación.

El primer criterio consiste en el test de Kayser-Meyer-Olkin (KMO), el cual, para nuestro caso resultó 0.72, considerado dentro de un rango mediano (Pett, Lackey y Sullivan, 2003). Con ello podemos comprobar medianamente la existencia de posibilidades explicativas mediante un análisis factorial.

Seguido a ello, como segundo criterio, se observaron los resultados obtenidos mediante la prueba de esfericidad de Barlett; al obtener una significancia bastante menor a 0.05, podemos justificar la agrupación de las variables mediante un análisis factorial

Como tercer criterio se tomó en cuenta el llamado MSA (Measure of Sampling Adequacy); en nuestro caso encontramos que algunos ítems presentan un índice menor a 0.6 (Anexo B1), por lo cual, no se ajustan adecuadamente al modelo ya que se comportan como variables aisladas. También se analizaron las comunalidades de los ítems, todas superaban el 0.4, resultando así adecuadas para el estudio.

Después de evaluar la adecuación al modelo, es preciso continuar observando el funcionamiento de cada ítem dentro del análisis y cómo se distribuyen estos en los factores. Para ello, en primer lugar buscamos identificar el número de factores en los cuales se agrupan los 40 ítems, esto se realizó considerando los criterios establecidos por el Método de Catell, el Método de Kaiser y el del Mínimo porcentaje acumulado.

El gráfico del Método de Catell para nuestro estudio (Anexo B2), parece mostrar cambios en la pendiente a partir del cuarto componente, lo cual sugiere la estabilidad de las varianzas en este punto, es decir, la existencia de 4 factores. Por otro lado, los resultados obtenidos mediante el método de Kaiser y el del Mínimo porcentaje acumulado (Anexo B3), sugieren la existencia de hasta 13 factores que explican el 60.92% de la varianza total.

Al observar la matriz derivada de la rotación ortogonal varimax (Anexo B4), notamos que los ítems se distribuyen en 13 factores. Sin embargo, dicha distribución se produce de manera poco clara, ya que existen algunos ítems que presentan cargas significativas en más de un factor y, además, algunos factores presentan sólo uno o dos ítems. Es importante recalcar que algunos de estos

ítems coinciden con aquellos que no se mostraban adecuados para el modelo factorial de acuerdo al MSA.

Entonces, hasta el momento podemos apreciar que, si bien existe pertinencia en la realización del análisis factorial, algunos ítems de la prueba se distribuyen de manera poco clara con respecto a los factores a los que pertenecen en la versión original de la prueba.

Con el objetivo de optimizar el funcionamiento de la prueba para nuestra muestra, observamos con detalle las características de cada uno de los ítems que presentaba dificultades tanto en sentido estadístico como cualitativo; para así evaluar la pertinencia de conservarlos o no en el análisis. Los criterios que tomamos en cuenta para ello, consistían en la evaluación de: MSA, cargas factoriales en la matriz, correlación ítem-test, comprensión del enunciado, entre otros motivos. Dichas particularidades serán profundizadas en el capítulo de discusión.

Cada vez que algún ítem reunía los criterios para ser descartado de la prueba, se realizaba un nuevo análisis factorial para evaluar las posibles mejorías en el funcionamiento del resto de ítems. Para ello, se tomaron en cuenta los criterios descritos anteriormente para medir la adecuación muestral (Anexo B5) y la observación de la distribución de los ítems en la matriz factorial. El resumen del proceso, indicando el orden en que fueron descartados los ítems, se presenta en la Tabla 9.

Tabla 9*Resumen del proceso de análisis factorial y eliminación de ítems*

N ítems	KMO	Prueba de esfericidad de Barlett			Número de factores	Varianza explicada	Ítem a eliminar
		Chi-cuadrado	gl	Sig			
40	.72	1941.00	780	.00	13	60.92	38
39	.72	1887.66	741	.00	13	61.60	18
38	.73	1853.51	703	.00	12	60.04	10
37	.73	1794.54	666	.00	12	60.73	19
36	.73	1729.19	630	.00	11	58.80	1
35	.73	1684.46	595	.00	10	56.81	5
34	.74	1646.97	561	.00	10	57.69	27
33	.74	1595.30	528	.00	9	55.49	6
32	.75	1514.86	496	.00	9	56.17	28
31	.76	1467.28	465	.00	8	54.07	

Podemos observar que conforme se fueron realizando ajustes en el modelo mediante la eliminación progresiva de ítems y replanteamiento de la estructura factorial, se fue incrementando el índice del KMO, se mantuvo la

significancia de la prueba de Barlett y se redujo el número de factores logrando explicar una varianza aceptable.

Una vez eliminados 9 ítems, se prestó especial atención al funcionamiento de la prueba con los 31 restantes. En primer lugar, se verificó el número de factores mediante los métodos anteriormente descritos.

En la gráfica derivada del método de Catell (Anexo B6), si bien observamos que la pendiente se estabiliza alrededor del componente número 8, podemos apreciar también que después del cuarto componente los cambios son más ligeros en las varianzas. Del mismo modo, el método de Kaiser y el del mínimo porcentaje acumulado (Anexo B7), reafirman la existencia de 8 factores. Entonces, al asumir la independencia de estos se realizó una rotación ortogonal varimax para poder observar la distribución en los 8 factores encontrados.

Si bien en la matriz notamos que algunos ítems poseen cargas factoriales significativas en más de un factor (Anexo B8), podemos observar que la mayoría de los ítems se encuentran distribuidos en 4 de los 8 factores. Así, notamos que el factor 2 incluye ítems que originalmente pertenecían a la subescala Espíritu de Lucha; en el factor 3 se encuentran ítems de la subescala Preocupación Ansiosa; por otro lado, en el factor 4 existen ítems pertenecientes a Desamparo/Desesperanza; mientras que el factor 5 se encuentra conformado por ítems de la subescala Fatalismo/ Aceptación Estoica.

Además de la agrupación de los ítems antes mencionados, el resto de ítems se encontraba disperso entre los 4 factores restantes, es decir, dentro de los factores 1, 6, 7 y 8. Por ello, se revisaron minuciosamente los aspectos estadísticos y cualitativos en relación a la distribución de ítems, realizando algunos ajustes que permitieron proponer una nueva versión de la prueba conservando, en su mayor parte, las subescalas originales.

Dicha propuesta reorganiza los ítems en 4 factores, de tal manera que la subescala Espíritu de Lucha que se encontraba mayoritariamente en el factor 2, reunirá también los ítems agrupados en los factores 6, 7 y 8; por su parte, la subescala Desamparo / Desesperanza combinará los factores 1 y 4; mientras que Preocupación Ansiosa y Fatalismo/ Aceptación Estoica se mantienen en los factores 3 y 5 respectivamente. Los detalles de esta propuesta se presentan a continuación, en la Tabla 10.

Tabla 10
Cargas factoriales elegidas y cambios realizados

Subescala Original	Subescala Final. Número de ítem y enunciado	Factor	Carga Factorial
<u>Espíritu de Lucha (revisada)</u>			
EL	4 Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud	7	.59
EL	11 Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	8	.70
EL	13 Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	8	.59
EL	16 Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	8	.77
EL	20 Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo	7	.49
EL	26 Trato de tomármelo con sentido del humor	2	.42
PA	29 Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad	6	.69
EL	31 Trato de tener una actitud muy positiva	2	.54
EL	32 Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	2	.66
EL	34 Veo mi enfermedad como un reto	2	.62
EL	39 Me concentro en los aspectos buenos	2	.45
EL	40 Intento luchar contra la enfermedad.	6	.63
<u>Desamparo / Desesperanza (revisada)</u>			
DD	2 Creo que no puedo hacer nada para animarme	4	.74
FA	7 Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	4	.43
DD	9 Siento que en la vida no me queda esperanza	4	.63
DD	17 Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	4	.40
DD	23 No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	4	.55
DD	25 Me siento como si me hubiera rendido	4	.68
FA	30 Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	.64
FA	33 Evito informarme más sobre la enfermedad	1	.31
DD	36 Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer	1	.62
<u>Preocupación Ansiosa (revisada)</u>			
PA	3 Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	3	.51
PA	14 Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.	3	.48
PA	21 Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	3	.64
PA	22 Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	3	.57
PA	37 Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado	3	.55
<u>Fatalismo/ Aceptación Estoica (revisada)</u>			
FA	8 Dejo todo en manos de mis médicos	5	.60
FA	12 Será lo que Dios quiera	5	.71
FA	15 He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.	5	.68
FA	24 De momento, procuro vivir día a día	5	.45
FA	35 Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	5	.34

Análisis de Confiabilidad de la nueva propuesta

Una vez determinada la estructura factorial de la nueva propuesta, se realizó el estudio de confiabilidad mediante el análisis por consistencia interna de cada una de las subescalas formadas, así como de la capacidad de discriminación de los ítems que las componen. En la Tabla 11 se muestran los resultados por subescala.

Tabla 11
Correlaciones ítem-test de la nueva propuesta

Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
Espíritu de Lucha-R ($\alpha = .68$)		Desamparo / Desesperanza-R ($\alpha = .76$)	
Item04	.32	Item02	.39
Item11	.33	Item07	.16
Item13	.16	Item09	.40
Item16	.18	Item17	.46
Item20	.29	Item23	.54
Item26	.40	Item25	.57
Item29	.17	Item30	.19
Item31	.37	Item33	.12
Item32	.34	Item36	.38
Item34	.38		
Item39	.38		
Item40	.26		
Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
Preocupación Ansiosa-R ($\alpha = .64$)		Fatalismo/Aceptación Estoica-R ($\alpha = .60$)	
Item03	.25	Item08	.26
Item14	.37	Item12	.38
Item21	.33	Item15	.35
Item22	.40	Item24	.26
Item37	.21	Item35	.38

Podemos apreciar que después de los ajustes realizados existe un incremento en el coeficiente Alfa de Cronbach de todas las subescalas en su versión revisada, alcanzando niveles más confiables. Observamos que se cumple lo planteado por Nunally (1978, en Nordin 1999), quien refiere que, para fines de investigación, los coeficientes alfa deberían ser por lo menos de 0.60. Asimismo, notamos que todos los ítems presentan una correlación ítem-test aceptable con la subescala a la que pertenecen.

Para evaluar la relación entre las subescalas de la versión revisada del MAC (MAC-R), se calcularon las correlaciones entre estas; las cuales se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12
Correlaciones entre las subescalas del MAC-R

	Espíritu de Lucha	Desamparo / Desesperanza	Preocupación Ansiosa
Desamparo / Desesperanza	-.30**		
Preocupación Ansiosa	-.08	.53**	
Fatalismo/ Aceptación Estoica	.34**	.22*	.19*

*p < 0,01 **p < 0,001

Observamos que existe una correlación negativa entre Espíritu de Lucha y Desamparo/Desesperanza; mientras que, esta última, se correlaciona positivamente con Preocupación Ansiosa; del mismo modo que ocurre entre Espíritu de Lucha y Fatalismo/ Aceptación Estoica.

Una vez evaluado el funcionamiento psicométrico de la escala MAC y habiendo determinado la nueva estructura; utilizamos esta nueva versión (Anexo B9) para comparar la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas, como veremos en el apartado siguiente.

Descripción de la muestra según las variables sociodemográficas

Para poder determinar qué estadísticos usar para las comparaciones, realizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el objetivo de determinar la normalidad o no de la muestra (Anexo C1). Dado que la muestra no siempre se distribuye normalmente, hicimos uso de pruebas no paramétricas.

En primer lugar, evaluamos los hallazgos de acuerdo al sexo de los participantes. En la Tabla 13 podemos apreciar la media (\bar{X}) de las puntuaciones en las subescalas, así como el cálculo del estadístico U de Mann-Whitney para poder comparar ambos grupos.

Tabla 13
Descripción de la muestra de acuerdo al sexo

	Femenino		Masculino		U
	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	
Espíritu de Lucha	39.31	4.13	38.26	4.29	-1.66
Desamparo / Desesperanza	17.29	4,46	16.83	4.96	-0.73
Preocupación Ansiosa	12.00	2.99	12.03	3.23	-0.15
Fatalismo/ Aceptación Estoica	15.54	2.43	14.48	2.75	-2.64*

* p < 0.05

Tal como podemos ver, únicamente los puntajes de la subescala Fatalismo/ Aceptación Estoica parecen diferenciarse de acuerdo al sexo de los participantes, encontrando así que las mujeres puntúan más alto que los hombres en dicha subescala.

Seguido a ello, evaluamos los resultados obtenidos de acuerdo a la edad, la cual, como vimos anteriormente, fue segmentada en 4 grupos: adultos jóvenes (20-30 años), adultos maduros (31-45 años), adultos tardíos (46-65 años), y adultos mayores (65 años a más). En la Tabla 14 se aprecia la media de las puntuaciones y la desviación estándar.

Tabla 14*Descripción de la muestra de acuerdo a los grupos de edad*

	A. Joven		A. Madura		A. Tardía		A. Mayor		H
	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	
Espíritu de Lucha	38.26	4.05	39.55	3.98	38.68	4.32	39.55	4.97	2.77
Desamparo/ Desesperanza	15.39	4.11	16.60	5.03	17.93	4.24	18.18	4.40	8.13*
Preocupación Ansiosa	11.35	2.72	11.65	3.02	12.43	3.19	12.36	2.58	4.07
Fatalismo/ Aceptación Estoica	14.35	2.46	14.95	2.67	15.56	2.47	16.36	2.29	6.41

*p < .05

En la misma tabla podemos encontrar los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis (H), la cual sólo reporta diferencias significativas en la subescala Desamparo/ Desesperanza. Para poder determinar entre qué grupos de edad existe esta diferencia se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (U), encontrando niveles de significancia menores a 0.05 únicamente entre los Adultos Tardíos frente a los Adultos Jóvenes y frente a los Adultos Maduros.

Posteriormente, revisamos los datos relacionados al grado de instrucción de los pacientes, tal cual lo vemos en la Tabla 15. Dicha tabla muestra, además, los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis.

Tabla 15*Descripción de la muestra de acuerdo al grado de instrucción*

	Primaria Incompleta		Primaria Completa		Secundaria Completa		Superior Completa		H
	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	
Espíritu de Lucha	37,35	4,07	38.82	3.94	39.47	4.23	39.02	4.30	3.16
Desamparo / Desesperanza	19,40	4,48	18.82	4.07	16.68	4.87	15.96	4.07	15.90*
Preocupación Ansiosa	12,65	3,38	12.53	2.89	12.28	3.07	11.04	2.87	8.48*
Fatalismo/ Aceptación Estoica	15,75	1,92	16.29	1.99	15.19	2.60	14.42	2.80	11.37*

*p < .05

Observamos que existen diferencias significativas en las subescalas: Desamparo/ Desesperanza, Preocupación Ansiosa y Fatalismo/ Aceptación Estoica. Para poder determinar en dónde se encuentran las diferencias se realizó la prueba U de Mann-Whitney comparando de par en par las categorías del grado de instrucción, los resultados significativos se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16*Diferencias significativas según el grado de instrucción*

Subescala	Grupos	U
Desamparo/ Desesperanza	P. Incompleta > Sec. Completa	-2.45*
	P. Incompleta > Sup. Completa	-2.91*
	P. Completa > Sec. Completa	-2.63**
	P. Completa > Sup. Completa	-3.13**
Preocupación Ansiosa	P. Completa > Sup. Completa	-2.54*
	Sec. Completa > Sup. Completa	-2.40*
Fatalismo/ Aceptación Estoica	P. Completa > Sup. Completa	-3.23**

*p < .05 **p < .01

Observando los resultados, notamos que en el caso de la subescala Desamparo/ Desesperanza, los pacientes que no completaron los estudios de primaria presentan mayor puntaje frente a aquellos que tuvieron como grado máximo la educación secundaria y superior. Asimismo, encontramos también que los pacientes que culminaron la primaria presentan mayor puntuación en la misma subescala así como en la de Preocupación Ansiosa y Fatalismo/ Aceptación Estoica, respecto a los pacientes que tienen estudios superiores completos. Entonces, según lo reportado en la tabla, parece existir una tendencia a puntuar más bajo en dichas escalas conforme se avanza en grado de instrucción.

Por otro lado, en la Tabla 17 apreciamos la media en el puntaje de cada subescala de acuerdo al lugar de residencia en los últimos 6 meses. En dicha tabla observamos también que la única diferencia significativa muestra que los que residen en provincia puntúan más alto en la subescala Desamparo/ Desesperanza frente a los que residen en Lima.

Tabla 17*Descripción de la muestra según el lugar de residencia*

	Lima		Provincia		U
	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	
Espíritu de Lucha	39.09	4.28	38.80	4.02	-0.53
Desamparo / Desesperanza	16.73	4.65	18.11	4.39	-2.02*
Preocupación Ansiosa	11.81	3.13	12.46	2.84	-1.32
Fatalismo/ Aceptación Estoica	15.07	2.58	15.61	2.51	-1.51

* $p < .05$

Como criterio económico se compararon las puntuaciones en las subescalas de acuerdo a la tarifa que pagan en el INEN. En la tabla 18 se presenta la media de los puntajes así como el resultado del estadístico Kruskal-Wallis que sólo reporta diferencias significativas en la subescala Fatalismo/ Aceptación Estoica.

Tabla 18*Descripción de la muestra según tarifa pagada*

	Tarifa INEN		Tarifa Social		EsSalud		SIS		H
	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	\bar{X}	D.E	
Espíritu de Lucha	39.00	4.35	39.80	3.52	37.56	4.29	39.18	4.11	3.23
Desamparo / Desesperanza	17.10	4.54	16.65	5.56	16.39	4.06	17.63	4.58	1.42
Preocupación Ansiosa	11.81	3.19	12.45	3.49	11.39	2.40	12.37	2.84	1.87
Fatalismo/ Aceptación Estoica	15.08	2.55	13.90	3.23	14.61	2.97	16.10	1.92	11.30*

* $p < .05$

Para determinar en qué grupos se encuentran las diferencias significativas se realizó la prueba U de Mann-Whitney, encontrando contrastes significativos en Fatalismo/ Aceptación Estoica entre los pacientes que cuentan con SIS frente a los que pagan la Tarifa INEN y frente a los que pagan la Tarifa Social.

Finalmente, además de las variables sociodemográficas mencionadas anteriormente, encontramos que en el caso de las variables estado civil y religión, no existen diferencias significativas.



Referencias bibliográficas

- Acosta, B., Hernandez, D., y Acosta, P. (2006) Carcinoma de Mama Masculino. *CIMEL*, 11 (1), 44-46.
- Alarcón, A. (2006). La Personalidad del Paciente con cáncer y las Modalidades de Afrontamiento (pp. 91-108). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Barra, E. (2003). Estrés y Salud. (pp. 23-50). En: Barra, E. *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397
- Barrón, A. (1993). Estrés vital, apoyo social y creencias de salud. En: Barriga, J., Leon, M., Martinez, F., Jiménez, F. *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. (pp. 197-218). Sevilla: Librería Reguera.
- Batista-Foguet, J.M., Coenders, G., y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica*, 122 (122), 21-27.
- Bayés, R. (2000). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martinez Roca.
- Brainsky, S. (1998). *Manual de Psicología y Psicopatología Dinámicas*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Bravo, P. (2001). *Descripción en una muestra de Pacientes chilenos que reciben atención en el Hospital Clínico de la Universidad De Chile, de Factores que Inciden en Afrontamiento y Adaptación al Estrés de la enfermedad oncológica*. Proyecto de investigación publicado en Internet. Universidad Autónoma de Madrid.
- Bursih y Lyles (1983). Coping with the Adverse Effects of Cancer Treatments. (pp. 159-189). En: T.G. Bursih y L.A. Bredley (eds.), *Coping with Chronic Disease: Research and Applications*. New York: Academic Press.
- Calderón, A (2005). *Apuntes de clase del curso Estadística 1*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cayrou, S., Dickés, P., Gauvain-Piquard, A., y Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*, 12, 8-23.

- Chau, C., Morales, H., y Werzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, 1, 94-130.
- Delamothe, T. (1991). Social inequalities in health. *British Medicine Journal*, 303,1046-1050.
- Die-Trill, M. (2003). El Cáncer y sus tratamientos. (pp. 41-53) En: *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Die-Trill, M. y Die-Goyanes, A. (2003b). El Cáncer de Mama (pp.165-182). En: *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Dreiffus – Kattan, E. (1990). *Cancer Stories*. New Yersey: The Analytic Press.
- Ferrero, J., Barreto, M. y Toledo, M. (1994). Mental Adjustment to Cancer and Quality of Life in Breast Cancer Patients: An Exploratory Study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Flores, P. (1999). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma no-hodgkin*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Floyd, F., y Widaman, K. (1995). Factor Analysis in the Development and Refinement of clinical Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 7 (3), 286-299.
- Forero, F., Bernal, G. y Restrepo, M. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 3, 135-152.
- Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A., y Maragolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20
- Gregory, R. (2001). Pruebas de aptitud y análisis factorial. En: Gregory, J. *Evaluación Psicológica: historia, principios y aplicaciones*. Mexico: El Manual Moderno.
- Gutierrez, C. y Alarcón, E. (2008). Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *Anales Facultad de Medicina*, 69 (4), 239-243.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holland, J. (1990a). Fears and Abnormal Reactions to Cancer in Physically Healthy Individuals (pp. 13-21). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds).

- Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer.* Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J. (1990b). Radiotherapy (pp. 134-145). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer.* Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J., y Lesko, L. (1990) Chemotherapy, Endocrine Therapy, and Immunotherapy (pp. 146-161). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer.* Nueva York: Oxford University Press
- Holland, J., y Murillo, M. (2006). Historia internacional de la psicooncología. (pp. 31-60). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología.* Bogotá: JAVEGRAF
- Jacobsen, P., y Holland, J. (1990). Psychological Reactions to Cancer Surgery (pp. 117-130). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer.* Nueva York: Oxford University Press
- Jimenez, K. (2006). Miedo y cáncer. (pp. 175-206). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología.* Bogotá: JAVEGRAF.
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope?. En: Monat, A., Lazarus, R., y Gretchen, R. (Eds). *The Prager Handbook on Stress and Coping.* Volumen 2. Londres: Praeger.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Grupo Editorial Random House.
- Labrador, F., y Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1 (1), 51-66.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Procesos Cognitivos y Estrés.* Barcelona: Martinez Roca.
- Lefrancois, G. (2001). *Ciclo de la vida.* Santiago: Editorial Thompson.
- Lenhard, R., Osteen, R., Gansler, G. (2001). General Approach to Cancer Patients. En: *Clinical Oncology.* Atlanta: American Cancer Society.
- Manos, D., Sebastian, J., Bueno, M., Mateos, N., y De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish woman with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2 (1), 103-116.

- Massie, M., Spiegel, L., Lederberg, M. y Holland, J. (1996). Complicaciones Psiquiátricas de los Pacientes con Cáncer. En: Lenhard, R., Lawrence, W., y McKenna, D. (Eds). *Oncología Clínica*. Washington: Edición OPS.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919–928.
- Mesenguer, C. (2003). El adulto con cáncer (pp.103-114). En: Die-Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Moorey, S., Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books
- Newby, N. (1996). Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 786-791.
- Nordin, K y Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer. Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7, 413-423.
- Nordin, K., Berglund, G., Terje, I., y Glimelius, B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, 250-259.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2008) *Cáncer*. Extraído de: www.who.int
- Pacheco, M. (2006). Aspectos psicológicos del dolor en el paciente oncológico (p. 143-174). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Paredes, M. (2003). Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pérez-Gil, J., Chacón, S., y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12 (2), 442-446.
- Petticrew M, Bell R, Hunter D. (2003). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*, 325, 1066-1075.
- Rincon, H. (2006). Psiconeuroinmunomodulación y cáncer. (pp. 63-74). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.

- Rodriguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4, 7-19.
- Rodriguez, J. (1995). Estrés psicosocial y enfermedad. (pp. 75-91). En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, J., López, S., Angeles, M. (1993). Estrategias de Afrontamiento de la Enfermedad. En: Barriga, J., Leon, M., Martinez, F., Jiménez, F. *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. (pp. 159-195). Sevilla: Librería Reguera.
- Rodríguez, J., Pastor, M., López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5, 349 - 372
- Rodriguez, S., Vecino, S., y Béjar, E. (2003). Psicoterapia de pareja (pp. 533-544). En: Die-Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Roth, A., Holland, J., y Murillo, M. (2006). Aspectos psicológicos de las enfermedades hematológicas malignas (pp. 143-171). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Rowland, J. (1990a). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model (pp. 25-38). En: Holland, J., Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer*. Nueva York: Oxford University Press
- Rowland, J. (1990b). Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland, J., Rowland, J. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cancer* (pp. 44-57). Nueva York: Oxford University Press.
- Rubin, P. (2003). *Oncología Clínica. Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes*. Barcelona: El Sevier. (Versión electrónica)
- Sandín, B. (1995). El Estrés. En: Belloch, Sandín y Ramos. *Manual de Psicopatología*. Vol 2. Parte IV. Madrid: McGraw-Hill.
- Schnoll, R., Harlow, L., Brandt, U., y Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cáncer. *Psycho-Oncology*, 7, 424-435.
- Sobin, L.H., Dospodarowicz, M., y Wittekind, C. (2009). TNM. Classification of Malignant Tumours. Singapur: Blackwell Publishing. Ltd. (Versión electrónica)
- Solano, M. (2001). *Atribución y afrontamiento en personas adultas diagnosticadas de leucemia en el INEN*. Tesis para optar el título de

- licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Solidoro, A. (1983). *Tratamiento Médico del Cáncer*. Lima: Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer. Editoriales Unidas
- Solidoro, A. (2005). *Apuntes de Cancerología*. Lima: Fundación Peruana de Cáncer.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Spitalnik, P. y Di Sant'Agnesse, P. (2003). Patología del cáncer (pp.47-61). En: Rubin, P. y Williams, J. (Eds). *Oncología Clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Swchartz, C.E., Daltroy, L.H., Brandt, U., Friedman, R., y Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22, 203-210.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill.
- Thorndike, R. (1989). Elaboración de ítems para prueba. Capítulo 3. (pp. 49-72) *Psicometría Aplicada*. México: Limusa
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-254.
- Varela, S. (2002). *El Cáncer. Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*. Madrid: Elsevier Science.
- Velásquez, L. (1997). *Calidad de vida y Autoestima en mujeres mastectomizadas*. Tesis de Licenciatura de Psicología no publicada. Universidad Federico Villarreal, Lima.
- Watson, M., Greer, J., Inayat, Y., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*. 18, 203-209
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., y Bliss, J (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331- 1336
- Watson, M., Greer, S., Bliss, J. y Homewood, J. (2008). *Mental Adjustment to Cancer Scale. User's Manual*.
- Watson, M. y Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: Psychometric Properties in a Large Cancer Cohort. *Psycho-Oncology*.



ANEXO A

INSTRUMENTOS

Anexo A1

Ficha de datos

I. Datos Demográficos

- * Edad:
- * Sexo: Masculino Femenino
- * Estado Civil: Soltero (a): Conviviente: Casado (a): Viudo (a):
- * Grado de Instrucción:
- | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Primaria Incompleta: | <input type="checkbox"/> | Técnica Incompleta: | <input type="checkbox"/> |
| Primaria Completa: | <input type="checkbox"/> | Técnica Completa: | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria Incompleta: | <input type="checkbox"/> | Superior Incompleta: | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria Completa: | <input type="checkbox"/> | Superior Completa: | <input type="checkbox"/> |
- * Ocupación:
- Lugar de Nacimiento:
- * Tiempo de Residencia en Lima:
- * Con quiénes vives: Familia Nuclear Familia Extensa Otros
- * Religión:
- * Nº hrs. Semanales dedicadas a las prácticas religiosas:

II. Datos Medicos:

- Número de Historia Clínica:
- Tipo de Atención: Ambulatoria Hospitalización
- * Diagnóstico Médico:
- * ¿Hace cuánto tiempo recibió su diagnóstico?
- Estadío de la enfermedad:
- Departamento Médico:
- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Medicina | <input type="checkbox"/> | Tumores Mixtos | <input type="checkbox"/> |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> | Cabeza y Cuello | <input type="checkbox"/> |
| Ginecología | <input type="checkbox"/> | Neurooncología | <input type="checkbox"/> |
| Ortopedia | <input type="checkbox"/> | RIC | <input type="checkbox"/> |
| Torax | <input type="checkbox"/> | Urología | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="text"/> | | |

* ¿Se ha hospitalizado en el INEN previamente?
Sí No

Si su respuesta fue sí, especifique el año y el motivo de la última hospitalización:

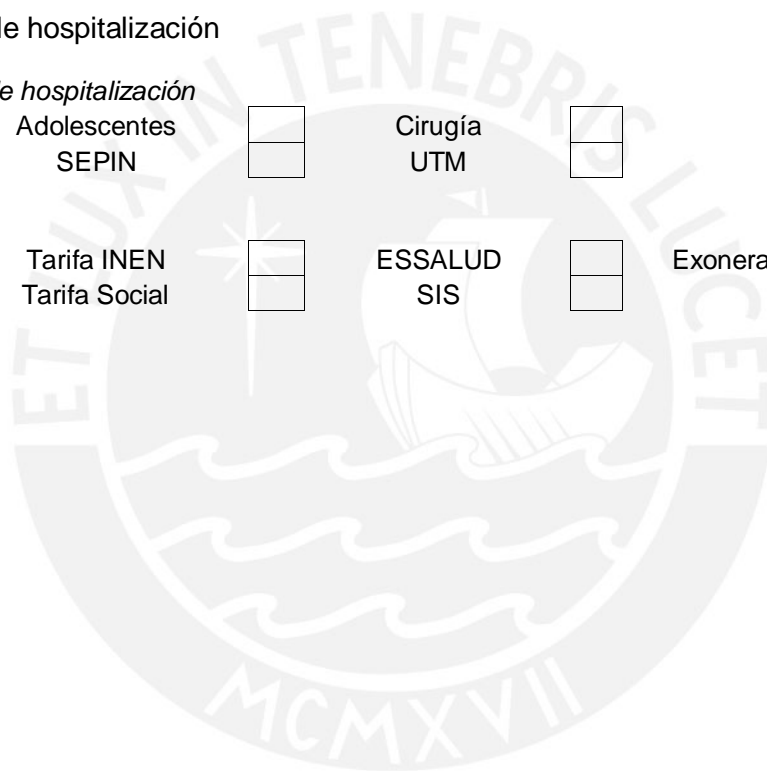
* Tratamiento Actual:
 Quimioterapia Cirugía
 Radioterapia Otros _____

* ¿Ha recibido tratamiento antes?
 Sí ¿Cuál(es)? _____
 No

En caso de hospitalización

Área de hospitalización
 Adolescentes Cirugía
 SEPIN UTM

Tarifa
 Tarifa INEN ESSALUD Exoneración
 Tarifa Social SIS



Anexo A2

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 con la situación, escoja la opción: “definitivamente no se aplica a mi” marcando con una X en el recuadro correspondiente.

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, modificar mi dieta)				
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme				
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro				
4. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud				
5. No estoy obsesionado con mi enfermedad				
6. Creo firmemente que mejoraré				
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas				
8. Dejo todo en manos de mis médicos				
9. Siento que en la vida no me queda esperanza				
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)				
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella				
12. Será lo que Dios quiera				
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)				
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.				
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.				
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud				

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme				
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre				
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo				
20. Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo				
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi				
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad				
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro				
24. De momento, procuro vivir día a día				
25. Me siento como si me hubiera rendido				
26. Trato de tomármelo con sentido del humor				
27. Hay gente que se preocupa más por mi que yo mismo(a)				
28. Pienso en otras personas que están peor que yo				
29. Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad				
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede				
31. Trato de tener una actitud muy positiva				
32. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad				
33. Evito informarme más sobre la enfermedad				
34. Veo mi enfermedad como un reto				
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será				
36. Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer				
37. Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado				
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna				
39. Me concentro en los aspectos buenos				
40. Intento luchar contra la enfermedad.				

Muchas Gracias por su colaboración.

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la psicóloga Viviana Trigoso. La meta de este estudio es conocer lo que los pacientes piensan con respecto a su enfermedad. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, o puede comunicarse telefónicamente con el Servicio de Psicología del hospital al 7106900, anexo: 2267. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya les agradezco mucho su tiempo y su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



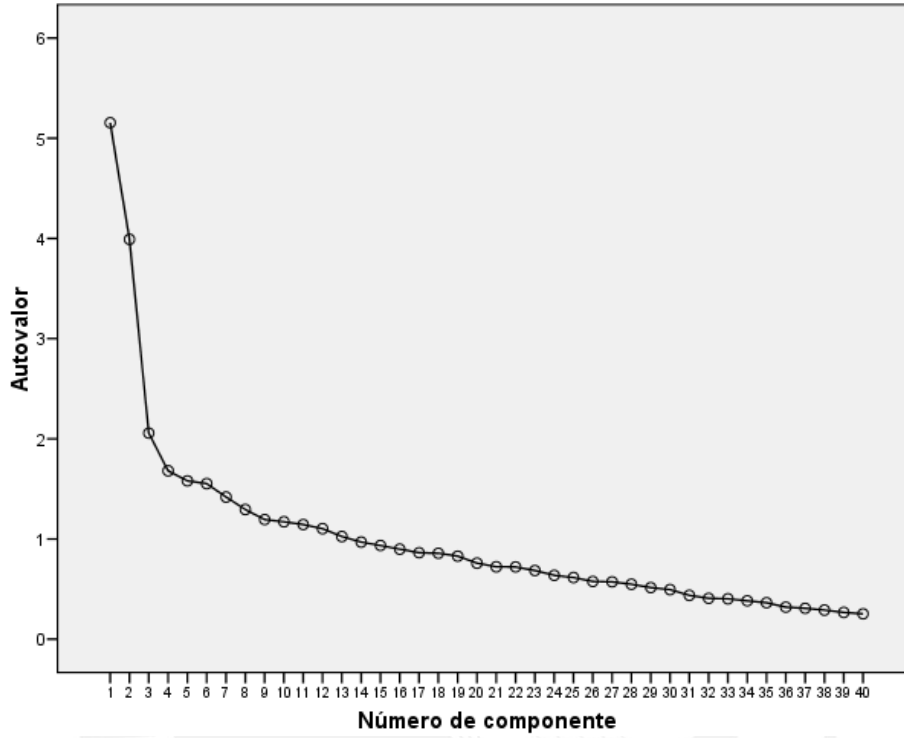
Anexo B1

Medidas de adecuación muestral (MSA) con 40 ítems

ITEM	MSA	Com
Item01	0,53	0,65
Item02	0,73	0,63
Item03	0,70	0,57
Item04	0,70	0,61
Item05	0,41	0,68
Item06	0,58	0,68
Item07	0,79	0,53
Item08	0,62	0,57
Item09	0,73	0,59
Item10	0,74	0,56
Item11	0,72	0,63
Item12	0,67	0,67
Item13	0,74	0,52
Item14	0,66	0,66
Item15	0,68	0,63
Item16	0,65	0,62
Item17	0,82	0,54
Item18	0,39	0,74
Item19	0,68	0,61
Item20	0,76	0,61
Item21	0,70	0,72
Item22	0,78	0,63
Item23	0,80	0,67
Item24	0,69	0,45
Item25	0,82	0,66
Item26	0,74	0,54
Item27	0,61	0,58
Item28	0,61	0,64
Item29	0,66	0,63
Item30	0,75	0,72
Item31	0,78	0,62
Item32	0,69	0,62
Item33	0,76	0,63
Item34	0,76	0,60
Item35	0,76	0,57
Item36	0,82	0,56
Item37	0,78	0,48
Item38	0,67	0,63
Item39	0,73	0,61
Item40	0,66	0,55

Anexo B2

Gráfico de Catell del MAC original



Anexo B3

Varianza total explicada con 40 ítems

	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,15	12,89	12,89	5,15	12,89	12,89	3,29	8,22	8,22
2	3,99	9,98	22,86	3,99	9,98	22,86	2,67	6,67	14,89
3	2,06	5,14	28,00	2,06	5,14	28,00	2,17	5,42	20,30
4	1,68	4,20	32,21	1,68	4,20	32,21	1,90	4,75	25,05
5	1,58	3,95	36,16	1,58	3,95	36,16	1,89	4,73	29,78
6	1,55	3,88	40,04	1,55	3,88	40,04	1,84	4,60	34,38
7	1,42	3,55	43,59	1,42	3,55	43,59	1,64	4,11	38,49
8	1,29	3,24	46,82	1,29	3,24	46,82	1,64	4,10	42,59
9	1,19	2,99	49,81	1,19	2,99	49,81	1,60	3,99	46,58
10	1,17	2,93	52,74	1,17	2,93	52,74	1,50	3,74	50,33
11	1,14	2,86	55,60	1,14	2,86	55,60	1,49	3,72	54,04
12	1,10	2,76	58,35	1,10	2,76	58,35	1,47	3,67	57,71
13	1,02	2,56	60,92	1,02	2,56	60,92	1,28	3,20	60,92
14	0,97	2,42	63,34						
15	0,94	2,34	65,68						
16	0,90	2,25	67,92						
17	0,86	2,16	70,08						
18	0,86	2,14	72,22						
19	0,83	2,07	74,30						
20	0,76	1,90	76,19						
21	0,72	1,81	78,00						
22	0,72	1,80	79,80						
23	0,69	1,71	81,52						
24	0,64	1,59	83,11						
25	0,62	1,54	84,65						
26	0,58	1,44	86,09						
27	0,57	1,43	87,52						
28	0,55	1,37	88,89						
29	0,51	1,29	90,18						
30	0,50	1,24	91,42						
31	0,44	1,09	92,51						
32	0,41	1,02	93,53						
33	0,40	1,01	94,54						
34	0,38	0,96	95,50						
35	0,36	0,91	96,40						
36	0,32	0,80	97,20						
37	0,31	0,77	97,97						
38	0,29	0,73	98,70						
39	0,27	0,67	99,37						
40	0,25	0,63	100,00						

Anexo B4

Matriz factorial con rotación Varimax

40 ítems

	Subescala Original	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
Ítem04	EL	-	0,24	0,25	-	0,07	0,19	0,02	-	0,06	0,39	-	0,09	0,04	0,16	0,04	0,40	-	0,31
Ítem05	EL	-	0,07	0,11	0,00	-	0,11	0,25	0,04	0,13	0,04	0,13	0,72	0,05	0,17	0,07	-	-	-
Ítem06	EL	-	0,08	0,20	-	0,08	0,04	0,04	0,18	0,04	0,02	0,03	-	0,01	0,07	0,76	0,05	-	-
Ítem11	EL	-	0,14	0,16	0,12	-	0,43	0,10	0,48	0,09	0,12	0,18	-	0,10	0,25	0,13	0,00	-	-
Ítem13	EL	-	0,31	0,10	0,11	-	0,55	0,17	0,17	0,12	0,01	0,06	-	0,06	0,05	0,07	-	0,10	-
Ítem16	EL	-	0,06	0,07	-	0,17	0,15	0,04	0,05	0,71	0,08	-	-	0,09	0,03	0,16	0,03	-	0,01
Ítem18	EL	-	0,06	0,04	0,05	0,05	-	0,01	0,01	-	0,06	0,02	0,03	0,04	0,01	0,04	0,85	-	-
Ítem20	EL	-	0,26	0,30	-	-	0,02	0,02	0,65	-	0,10	0,06	0,03	0,02	-	0,04	0,03	-	-
Ítem26	EL	-	0,34	0,51	0,02	0,05	0,33	0,09	-	0,01	0,05	0,16	0,11	-	0,06	0,04	0,02	-	-
Ítem27	EL	-	0,22	0,17	-	0,06	0,07	0,18	-	0,03	0,19	0,05	0,02	0,61	-	0,02	0,21	0,04	-
Ítem28	EL	-	0,18	0,32	0,01	-	0,06	0,13	0,28	0,20	-	-	0,13	-	0,34	0,38	0,14	-	-
Ítem31	EL	-	0,32	0,50	-	0,27	0,19	0,00	0,17	0,10	-	-	-	0,09	0,03	0,03	0,28	-	-
Ítem32	EL	-	0,07	0,60	-	-	-	-	0,23	-	-	-	0,08	0,11	-	0,09	0,17	-	-
Ítem34	EL	-	0,15	0,60	-	0,08	0,15	0,09	0,19	0,20	0,08	0,09	-	0,18	0,18	0,12	0,10	-	-
Ítem39	EL	-	0,03	0,63	0,02	-	0,21	0,17	-	0,14	0,03	0,17	0,03	-	0,05	0,06	0,29	0,01	-
Ítem40	EL	-	0,07	0,38	0,03	-	0,10	0,55	-	-	0,11	-	0,06	0,06	0,03	-	0,05	0,24	-
Ítem02	DD	-	0,12	0,04	0,69	0,12	-	0,18	0,13	-	0,06	0,01	0,13	-	0,17	0,06	0,07	-	0,10
Ítem09	DD	-	0,08	-	0,10	0,67	0,20	0,20	-	0,08	0,02	0,03	0,09	0,12	0,03	0,08	0,07	-	-
Ítem17	DD	-	0,25	-	0,04	0,45	0,36	0,03	-	-	0,04	0,07	0,12	-	0,17	0,14	0,18	0,06	0,20
Ítem23	DD	-	0,46	0,11	0,51	-	0,05	0,00	-	0,16	0,13	0,20	-	0,05	0,11	0,02	0,20	0,19	-
Ítem25	DD	-	0,63	-	0,10	0,42	-	0,05	0,11	0,08	0,07	0,02	-	0,02	0,04	0,21	0,04	0,02	-
Ítem36	DD	-	0,68	0,05	0,05	0,12	0,02	-	0,02	-	0,07	0,06	0,16	0,12	0,11	0,00	-	0,10	0,08
Ítem01	PA	-	0,02	0,10	-	0,08	0,07	0,12	0,14	0,02	-	0,06	0,13	0,09	0,75	-	0,09	0,02	-
Ítem03	PA	-	0,10	-	0,01	0,26	0,63	-	0,10	0,12	0,09	0,03	0,12	-	0,09	0,01	0,19	0,06	-
Ítem10	PA	-	0,20	0,00	0,09	0,03	0,13	0,07	0,24	-	0,06	0,34	0,18	0,50	0,17	0,05	-	-	-
Ítem14	PA	-	0,34	0,03	0,20	0,18	0,18	0,06	0,64	-	0,07	0,03	0,01	-	0,11	0,01	0,07	-	-
Ítem19	PA	-	0,25	0,02	0,08	0,04	0,08	0,08	0,68	0,02	0,21	-	0,12	0,03	0,04	0,09	0,09	0,01	-
Ítem21	PA	-	0,37	-	0,01	0,25	0,43	0,29	0,01	-	0,08	0,34	0,27	-	0,21	0,06	0,07	-	-
Ítem22	PA	-	0,58	0,08	0,14	0,32	-	0,04	0,33	-	0,15	-	0,04	-	-	-	-	-	-

2						0,01			0,09		0,07		0,15	0,05
Ítem29	PA	0,06	0,07	0,09	-	0,70	0,09	0,04	0,00	0,08	-	0,14	0,09	0,06
Ítem37	PA	0,52	-	0,00	0,28	0,06	-	0,11	-	0,12	0,21	-	0,08	0,06
Ítem07	F	0,05	-	0,33	0,44	0,05	0,00	-	0,12	0,18	0,32	-	-	-
Ítem08	F	0,07	0,15	-	-	0,05	0,25	-	0,45	0,15	-	-	0,19	0,03
Ítem12	F	0,10	0,09	-	-	-	0,31	0,15	0,66	0,25	0,09	0,04	-	0,00
Ítem15	F	0,00	0,05	0,17	0,10	0,06	0,00	-	0,75	-	0,11	0,07	-	-
Ítem24	F	0,02	0,40	0,06	0,03	0,21	0,10	0,14	0,19	0,14	0,03	-	0,21	0,25
Ítem30	F	0,60	-	0,17	0,10	0,11	0,10	-	0,11	-	0,22	0,15	0,28	-
Ítem33	F	0,35	0,01	0,27	-	-	-	-	-	0,29	0,01	-	0,03	-
Ítem35	F	0,25	0,46	0,05	0,15	0,09	0,22	0,09	0,27	0,00	0,33	0,02	0,07	0,13
Ítem38	N	0,08	0,03	0,10	0,05	0,00	-	-	0,05	0,77	0,08	0,07	0,06	0,04

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 20 iteraciones.



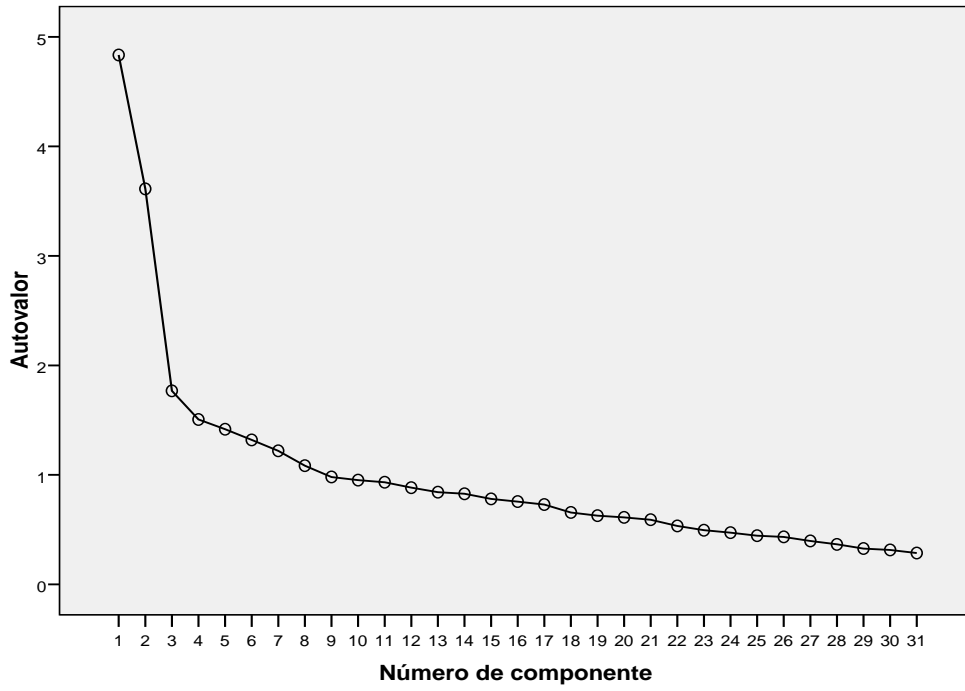
Anexo B5

MSA y eliminación de ítems

Ítem	Número de ítems									
	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31
Ítem01	0,53	0,54	0,54	0,53	0,53					
Ítem02	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,74	0,74	0,74	0,75	0,75
Ítem03	0,70	0,70	0,70	0,74	0,74	0,74	0,74	0,74	0,73	0,73
Ítem04	0,70	0,71	0,72	0,72	0,72	0,72	0,75	0,76	0,85	0,85
Ítem05	0,41	0,40	0,41	0,40	0,40	0,40				
Ítem06	0,58	0,58	0,59	0,58	0,57	0,58	0,59	0,59		
Ítem07	0,79	0,80	0,80	0,80	0,80	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82
Ítem08	0,62	0,62	0,62	0,61	0,59	0,62	0,62	0,62	0,65	0,65
Ítem09	0,73	0,73	0,73	0,72	0,72	0,74	0,74	0,74	0,74	0,73
Ítem10	0,74	0,72	0,73							
Ítem11	0,72	0,72	0,72	0,71	0,70	0,69	0,69	0,68	0,67	0,68
Ítem12	0,67	0,66	0,66	0,66	0,64	0,64	0,63	0,63	0,63	0,63
Ítem13	0,74	0,74	0,74	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,76
Ítem14	0,66	0,67	0,69	0,70	0,69	0,70	0,70	0,70	0,71	0,72
Ítem15	0,68	0,68	0,69	0,68	0,67	0,67	0,67	0,66	0,66	0,66
Ítem16	0,65	0,65	0,65	0,63	0,63	0,63	0,63	0,63	0,62	0,62
Ítem17	0,82	0,82	0,82	0,82	0,81	0,83	0,82	0,82	0,86	0,86
Ítem18	0,39	0,39								
Ítem19	0,68	0,67	0,68	0,69						
Ítem20	0,76	0,76	0,76	0,76	0,77	0,79	0,79	0,78	0,77	0,76
Ítem21	0,70	0,69	0,69	0,68	0,68	0,68	0,69	0,68	0,72	0,72
Ítem22	0,78	0,77	0,77	0,78	0,78	0,81	0,82	0,82	0,84	0,84
Ítem23	0,80	0,80	0,80	0,80	0,81	0,81	0,83	0,83	0,82	0,82
Ítem24	0,69	0,69	0,69	0,69	0,68	0,68	0,68	0,68	0,66	0,68
Ítem25	0,82	0,82	0,82	0,81	0,81	0,81	0,82	0,82	0,82	0,84
Ítem26	0,74	0,74	0,76	0,76	0,76	0,76	0,76	0,78	0,78	0,77
Ítem27	0,61	0,61	0,62	0,61	0,69	0,69	0,67			
Ítem28	0,61	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,62	0,61	0,64	
Ítem29	0,66	0,66	0,67	0,66	0,65	0,64	0,63	0,63	0,63	0,62
Ítem30	0,75	0,75	0,76	0,76	0,76	0,76	0,76	0,75	0,76	0,76
Ítem31	0,78	0,78	0,78	0,79	0,78	0,78	0,77	0,77	0,77	0,80
Ítem32	0,69	0,68	0,68	0,68	0,67	0,67	0,67	0,66	0,66	0,65
Ítem33	0,76	0,75	0,75	0,75	0,76	0,75	0,75	0,75	0,76	0,75
Ítem34	0,76	0,76	0,76	0,76	0,78	0,78	0,77	0,78	0,79	0,78
Ítem35	0,76	0,76	0,76	0,76	0,77	0,77	0,77	0,76	0,75	0,75
Ítem36	0,82	0,82	0,83	0,82	0,81	0,81	0,82	0,82	0,82	0,82
Ítem37	0,78	0,78	0,80	0,80	0,79	0,79	0,81	0,81	0,82	0,84
Ítem38	0,67									
Ítem39	0,73	0,73	0,73	0,74	0,74	0,74	0,74	0,74	0,73	0,72
Ítem40	0,66	0,67	0,66	0,66	0,65	0,65	0,68	0,67	0,72	0,72

Anexo B6

Gráfico de Catell del MAC con 31 ítems



Anexo B7

Varianza total explicada con 31 ítems

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,835	15,596	15,596	4,835	15,596	15,596	2,692	8,683	8,683
2	3,612	11,651	27,248	3,612	11,651	27,248	2,437	7,862	16,545
3	1,767	5,702	32,950	1,767	5,702	32,950	2,190	7,064	23,609
4	1,506	4,858	37,808	1,506	4,858	37,808	2,135	6,888	30,497
5	1,417	4,571	42,379	1,417	4,571	42,379	2,005	6,469	36,966
6	1,319	4,256	46,635	1,319	4,256	46,635	1,935	6,241	43,207
7	1,220	3,934	50,569	1,220	3,934	50,569	1,717	5,538	48,744
8	1,084	3,496	54,065	1,084	3,496	54,065	1,649	5,320	54,065
9	,981	3,164	57,229						
10	,952	3,072	60,301						
11	,933	3,008	63,309						
12	,883	2,850	66,159						
13	,842	2,716	68,875						
14	,827	2,669	71,544						
15	,781	2,518	74,062						
16	,756	2,438	76,500						
17	,729	2,353	78,853						
18	,657	2,118	80,971						
19	,628	2,025	82,996						
20	,612	1,973	84,969						
21	,591	1,905	86,874						
22	,534	1,722	88,596						
23	,495	1,596	90,192						
24	,472	1,523	91,715						
25	,445	1,435	93,150						
26	,434	1,399	94,549						
27	,396	1,278	95,828						
28	,366	1,179	97,007						
29	,327	1,056	98,062						
30	,314	1,014	99,077						
31	,286	,923	100,000						

Anexo B8

Análisis Factorial con rotación Varimax

31 ítems *

Número de ítem y enunciado	Factores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud	-0,17	0,20	-0,12	-0,10	-0,06	0,11	0,59	0,13
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	-0,08	0,23	-0,07	0,07	0,20	0,12	0,05	0,70
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	-0,25	-0,15	-0,18	-0,14	0,09	0,14	0,12	0,59
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	-0,07	-0,01	0,05	-0,15	0,05	0,01	0,77	0,07
20. Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo	0,15	0,49	0,22	-0,17	0,27	-0,04	-0,20	0,28
26. Trato de tomármelo con sentido del humor	-0,42	0,42	0,04	0,12	0,09	0,39	-0,06	0,05
31. Trato de tener una actitud muy positiva	-0,39	0,54	-0,03	-0,17	-0,01	0,05	0,23	-0,08
32. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	0,02	0,66	-0,32	-0,03	-0,04	-0,09	-0,08	0,09
34. Veo mi enfermedad como un reto	0,01	0,62	0,22	0,04	0,10	0,15	0,25	0,09
39. Me concentro en los aspectos buenos	0,01	0,45	-0,24	0,04	0,22	0,34	0,23	0,00
40. Intento luchar contra la enfermedad.	0,10	0,27	-0,03	0,01	0,05	0,63	0,08	0,02
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme	0,14	0,08	0,08	0,74	0,02	-0,20	-0,04	0,15
9. Siento que en la vida no me queda esperanza	0,17	-0,13	0,10	0,63	-0,04	0,22	-0,11	-0,10
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	0,29	-0,05	0,11	0,40	0,15	0,02	-0,18	-0,40
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	0,55	-0,04	-0,03	0,46	0,16	0,06	0,12	-0,15
25. Me siento como si me hubiera rendido	0,68	-0,07	0,16	0,34	0,06	-0,13	0,00	0,02
36. Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer	0,62	0,04	0,28	0,03	0,10	0,01	-0,09	-0,15
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	-0,12	0,10	0,51	0,41	0,10	-0,21	-0,03	-0,19
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.	0,24	0,01	0,48	0,19	0,03	0,15	0,47	-0,07
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	0,19	0,07	0,64	-0,01	0,15	0,32	-0,30	0,04
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	0,38	0,11	0,57	0,19	-0,04	-0,07	0,19	-0,14
29. Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad	0,05	-0,03	0,10	0,06	0,02	0,69	0,02	0,35
37. Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado	0,31	-0,15	0,55	0,07	-0,09	-0,08	0,00	-0,07
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	-0,03	-0,16	0,27	0,43	0,23	-0,01	-0,28	-0,28
8. Dejo todo en manos de mis médicos	0,01	0,09	0,00	0,06	0,60	-0,01	-0,03	0,21
12. Será lo que Dios quiera	0,09	0,12	0,13	-0,09	0,71	-0,09	0,04	0,24
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.	0,11	-0,04	-0,18	0,14	0,68	0,07	-0,02	-0,21
24. De momento, procuro vivir día a día	-0,06	0,30	0,13	0,06	0,45	0,24	0,05	-0,06
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede	0,64	0,10	0,11	0,00	0,02	0,10	-0,16	-0,09
33. Evito informarme más sobre la enfermedad	0,31	0,05	0,08	0,31	0,05	-0,56	-0,09	0,08
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	0,26	0,53	0,17	-0,03	0,34	0,17	-0,02	-0,11

* Ítems ordenados según pertenencia a subescalas originales



Anexo B9

Nueva versión del MAC: MAC-R

CUESTIONARIO SOBRE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC)

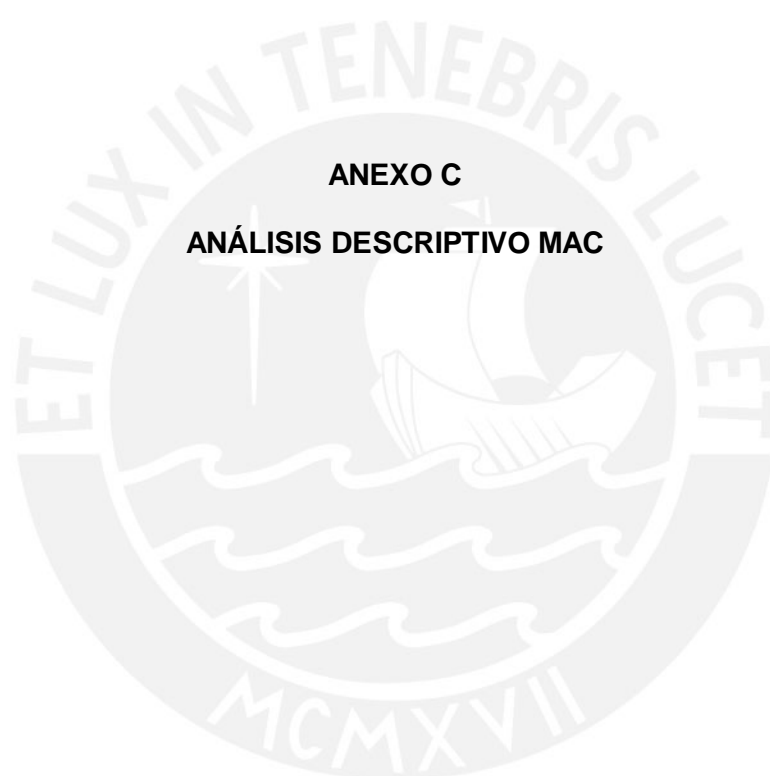
A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad. A la derecha de cada frase, encontrará los respectivos indicadores, por favor, escoja la opción con la que usted se identifica. Por ejemplo, si usted no se identifica 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. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro				
3. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud				
4. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas				
5. Dejo todo en manos de mis médicos				
6. Siento que en la vida no me queda esperanza				
7. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella				
8. Será lo que Dios quiera				
9. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)				
10. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.				
11. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.				
12. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud				

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

Muchas gracias por su colaboración





ANEXO C

ANÁLISIS DESCRIPTIVO MAC

Anexo C1

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Espíritu de Lucha	.079	200	.004	.986	200	.042
Desamparo / Desesperanza	.058	200	.094	.981	200	.009
Preocupación Ansiosa	.090	200	.000	.983	200	.018
Fatalismo	.138	200	.000	.951	200	.000



