



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AJUSTE MENTAL Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON  
CÁNCER DE TIROIDES**

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

**MELISA SIERRALTA RODRÍGUEZ**

ASESORA:

**ROCÍO SOTO**

**LIMA – PERÚ**

**2015**





## Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, por el apoyo constante en todos estos años de estudios y por el gran ejemplo de esfuerzo y perseverancia. Sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermano, que aunque pequeño, siempre me brindó dosis de ánimos y amor cuando el cansancio me quería ganar. Asimismo a Otto por toda la paciencia, soporte y escucha constante en todo este proceso.

A mi asesora, Rocío Soto, por toda la ayuda que me brindó con sus aportes y la paciencia para responder a cada una de mis inquietudes

Al servicio de Psicología del INEN: Giovana Galarza, Tomasa Agurto, Rosa Argüelles y Hernán Bernedo por darme la oportunidad de conocer y aprender un poco más sobre esta población, así como por su colaboración y disposición para la enseñanza. También quería agradecerle a Joel Inga, que aunque lo conocí poco tiempo, aprendí mucho de él, tanto de su trato con los pacientes, como de su forma de intervención.

A mis compañeros del internado en el INEN, tanto los de la primera etapa como los de la segunda: Sara, Chiara, Vale, Mapi, Jany, Caro, Isa y Carol. Gracias por todo el cariño y soporte que me han brindado en un año difícil pero hermoso; por su apoyo y colaboración en toda esta etapa, así como por los ánimos en los últimos meses de aplicación de tesis. Definitivamente no hubiera sido lo mismo sin ustedes.

Y por último, pero no menos importantes, agradezco infinitamente a los pacientes del INEN, los verdaderos luchadores. Gracias por permitirme conocerlos y acompañarlos tanto en momentos difíciles como esperanzadores. Gracias por las enseñanzas de vida que me han dejado y todas las vivencias que hemos formado juntos. Todas estas experiencias son recuerdos que siempre llevaré en mi corazón. Pero sobre todo, muchas gracias por hacerme ver la vida de otra manera.



## Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides

### Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la relación entre el ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido, en una muestra de 80 pacientes con cáncer de tiroides, con edades entre 25 y 65 años ( $M= 45.88$ ;  $DE=11.04$ ), y que recibían atención ambulatoria en una institución especializada en oncología de Lima-Metropolitana. Para ello, se empleó la escala de ajuste mental al cáncer MAC (Trigoso, 2009) y el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social MOS (Costa, Salamero & Gil, 2007). Entre los resultados más importantes se hallan relaciones significativas y directas entre el estilo espíritu de lucha y los tres tipos de apoyo social percibido: emocional/ informacional ( $r_s=.22$ ;  $p=.04$ ), afectivo ( $r_s=.29$ ;  $p=.01$ ) e instrumental ( $r_s=.29$ ;  $p=.01$ ), así como inversas entre el estilo desamparo/ desesperanza y también los tres tipos de apoyo mencionados: emocional/ instrumental ( $r_s=-.29$ ;  $p=.01$ ), afectivo ( $r_s=-.31$ ;  $p=.00$ ) e instrumental ( $r_s=-.32$ ;  $p=.00$ ). Asimismo, se encontró una relación significativa y directa entre el estilo desamparo/ desesperanza y la edad de los pacientes, así como también una diferenciación en el uso de los estilos de ajuste de acuerdo al nivel de instrucción. Los resultados del estudio dan cuenta de una relación existente entre los constructos, en donde a mayor apoyo, mayor adaptación a la enfermedad y viceversa, por lo que esta investigación podría favorecer a que se desarrollen posibles estrategias de intervención con el fin de lograr un mejor ajuste al cáncer.

**Palabras clave:** Ajuste mental al cáncer, Apoyo social percibido, Cáncer de tiroides, Psicooncología

### ABSTRACT

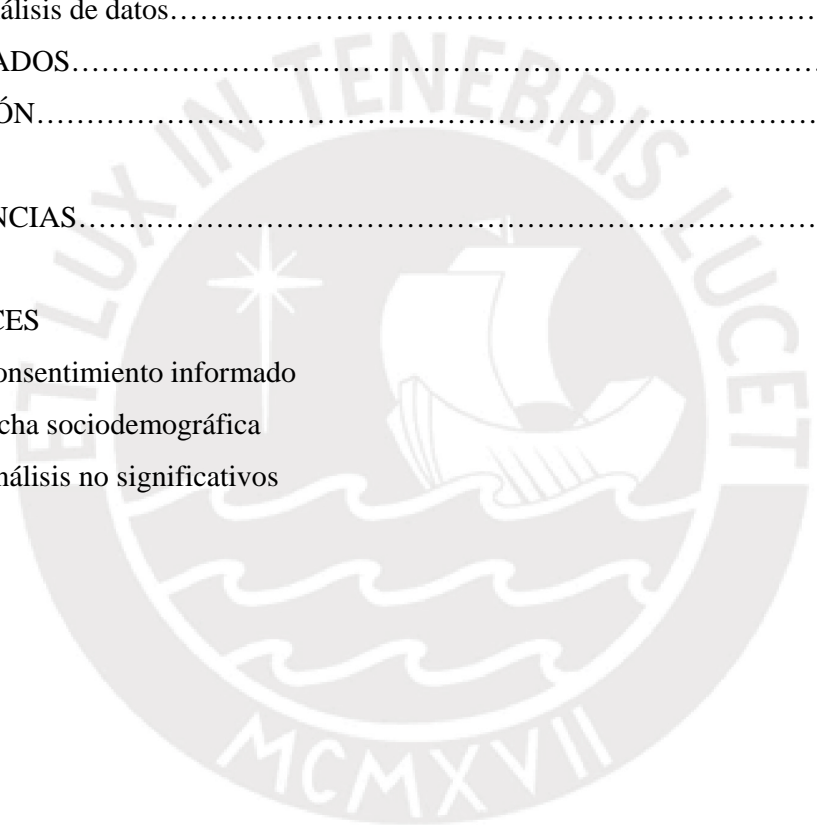
The main objective of this research was to know the relationship between the mental adjustment and the perceived social support in a sample of 85 patients diagnosed with thyroid cancer, who were between 25 and 65 years old ( $M= 45.88$ ;  $DE=11.04$ ), and that received ambulatory attention in an oncology specialized institution of Lima-Metropolitana. To achieve this, the mental adjustment to cancer scale MAC (Trigoso, 2009) and the medical outcomes study social support MOS (Costa, Salamero & Gil, 2007) were used. Among the most important results, significant and direct relationships between the fighting spirit style and the three types of perceived social support: emotional/informational ( $r_s=.22$ ;  $p=.04$ ), affective ( $r_s=.29$ ;  $p=.01$ ) and instrumental ( $r_s=.29$ ;  $p=.01$ ) were found, as well as inverse between hopelessness style and the same three types of social support previously mention: emotional/informational ( $r_s=-.29$ ;  $p=.01$ ), affective ( $r_s=-.31$ ;  $p=.00$ ) and instrumental ( $r_s=-.32$ ;  $p=.00$ ). Furthermore, a significant and direct relationship were found between the hopelessness style and the patients age, as well as a differentiation in the use of the adjustment styles according to the education level. The study results account for an existing relationship between the constructs, in where a more perceived social support, more adaptation to the illness and the same in reverse. That's why this investigation could contribute to develop possible intervention strategies with the purpose of achieving a better adjustment to cancer.

**Key words:** Mental adjustment to cancer, Perceived social support, Thyroid cancer, Psycho-oncology



## Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	13
Procedimiento.....	16
Análisis de datos.....	17
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	23
REFERENCIAS.....	33
APÉNDICES	
A. Consentimiento informado	
B. Ficha sociodemográfica	
C. Análisis no significativos	



El cáncer se ha convertido en una problemática mundial debido al incremento de personas que lo padecen. Es así que dentro del informe de la Organización Mundial de la Salud (2013), se señala que es una de las enfermedades cuya mortalidad representa los dos tercios de los 57 millones de fallecidos por año a nivel mundial. La situación es aún más compleja en América Latina, pues existen grandes dificultades a nivel económico, social y cultural, que obstaculizan un mayor control en la reducción de enfermedades no infecciosas (Collingridge, 2013). Es así que en el 2012 se estimó, aproximadamente, 611 mil muertes debido al cáncer, y se proyectó que la cifra aumentaría para el 2030, en un 67% en América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En el Perú, según el análisis de la situación de cáncer del Ministerio de Salud (2013), se calcula que en el año 2011 se produjeron 30 792 muertes por cáncer, lo que equivaldría a 107 muertes por 100 000 personas al año (Ramos, Venegas, Medina, Guerreiro & Cruz, 2013). Se debe tener en cuenta que dicha cifra tiende a incrementar por distintos factores, entre ellos, el aumento de la edad promedio de vida, lo que implica un mayor índice de personas con enfermedades crónicas como el cáncer (Dye et al., 2013; Ramos et al., 2013). No obstante, su relevancia no se da solo por el número de pacientes, sino por el número de personas afectadas del entorno y por los costos que dicho mal conlleva (Ruda, 2013).

De los tipos de cáncer, el de tiroides es el cáncer endocrino más común y su incidencia ha ido en aumento a nivel mundial (Curado et al., 2007; Kilfoy et al., 2009; Pellegriti, Frasca, Regalbuto, Squatrito, & Vigneri, 2013). En el Perú, según las estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para el año 1985 se registraron 110 casos diagnosticados de cáncer de tiroides, y para finales del 2011 se tenían registrados 5927 casos, de los cuales 4903 eran de mujeres, evidenciando así el incremento de esta enfermedad y la predisposición a desarrollarse en el sexo femenino (2014). Asimismo, la mayor incidencia del cáncer de tiroides se presenta entre los 30 y 60 años de edad, siendo el carcinoma papilar el subtipo predominante (Chávez, Castillo & Manrique, 2013; Cortés, Granado, Cano, Flores, & González 2009; González & Mosso, 2006; Oré & Otárola, 2004). En una investigación realizada en un hospital de Lima, se halló que entre el año 2000 y 2002, la mayoría de pacientes con cáncer de tiroides (59.1%) se encontraba en el estadio clínico II, siguiéndole el estadio I con un 29.6% (Oré & Otárola, 2004).

A pesar de no ser considerado uno de los cánceres con mayor incidencia en nuestro país, resulta su estudio importante por las repercusiones psicológicas que el proceso de enfermedad y el tratamiento ocasionan en el paciente. Esto debido a los efectos secundarios que suelen generarse, los cambios y reestructuraciones en las dinámicas familiares y sociales, y las reapariciones de conflictos pasados no resueltos del paciente (Aguilar, 2008).

Si bien dichas repercusiones se aplican para la gran mayoría de cánceres, cada uno tiene particularidades distintas. En este caso, el cáncer de tiroides suele generar cambios endocrinológicos pues los niveles hormonales del paciente se ven alterados, ocasionando cambios en su aspecto corporal y estado de ánimo con predisposición a la irritabilidad (Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz, & Rivera, 2010). Es importante mencionar que el tratamiento con Yodo Radioactivo, el más utilizado para este tipo de cáncer, genera una serie de efectos secundarios, que pueden intensificar el ánimo irritable del paciente (American Cancer Society, 2014). Asimismo, muchos de ellos se ven obligados a continuar su vida con un tratamiento hormonal para sustituir las funciones que cumple la tiroides, lo que puede generar en el individuo ciertos efectos que dificultan su desempeño social y le ocasionan elevados niveles de estrés y preocupación (González, Infante, López & De Dios, 2004; Novoa, 2010; Pérez et al., 2004).

Por otro lado, Costa y Ballester (2010) señalan que los cánceres de cabeza y cuello, como el cáncer de tiroides, generan mayor malestar emocional por su localización. Dicho cáncer se suele manifestar con un abultamiento en la zona de la tiroides, y la cirugía que se utiliza es la tiroidectomía o lobectomía que deja una cicatriz en la parte anterior del cuello (Granados, Estrada, & Apodaca, 2009; Novelli, 2006; Ramírez, 2013). Esta alteración en el área facial, valorada como la carta de presentación del individuo con el exterior, puede significar para algunos, una agresión directa a la propia identidad personal (Fernández, 2004). Sin embargo, se debe tener en cuenta que en algunos casos, dicha cicatriz suele reducirse en 2 meses, e incluso llegar a pasar desapercibida de acuerdo al tipo de cirugía realizada (Novelli, 2006).

Por último, se podría agregar que la posible presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva generada por los efectos del cáncer de tiroides, se ve incrementada por la incertidumbre del proceso de enfermedad, así como también por la asociación aún existente entre “cáncer” y “muerte” (Demaria, 2011; Taylor, 2007; Trigoso, 2012). Es así que el cáncer termina convirtiéndose en una de las enfermedades que genera mayor



temor en el ser humano; ya que además de lo señalado, es de naturaleza impredecible en su aparición y desarrollo (Trigoso, 2012).

En vista de lo expuesto, se puede inferir que las repercusiones emocionales negativas desarrolladas por las personas con cáncer de tiroides, influirán en su recuperación pues, a mayor ansiedad o depresión, menores defensas en el sistema inmunológico (Barra, 2003). Asimismo, podrían interferir en la toma de decisiones respecto a la modalidad de tratamiento a seguir, y en la forma de afrontar y de adaptarse al proceso de enfermedad (Cruzado, 2010). Por consiguiente, se sugiere mayor estudio sobre los procesos psicológicos de pacientes con cáncer en dicha área del cuerpo, a fin de poder elaborar mejores estrategias de abordaje y lograr que los pacientes acepten y se adapten mejor a su enfermedad (Lozano, Cupil, Alvarado & Granados, 2011). Es así que se debe prestar atención a las variables que influyen en dicho proceso: las reacciones del entorno, el apoyo social percibido, el acceso a recursos, y el significado que se le otorga a la enfermedad (Fernández, 2004).

El “ajuste mental al cáncer” es un término utilizado para estudiar la adaptación del individuo a dicha enfermedad. De esta manera hace referencia al sentido que le otorga la persona al cáncer y las respuestas que se generan, a partir de dichos significados, a nivel cognitivo, emocional y conductual. Todo esto también revela una determinada manera de afrontar la situación actual en la que se encuentran, formándose así cinco estilos de ajuste mental al cáncer (Moorey & Greer, 1989). Cada uno de estos contiene un tipo de esquema cognitivo relacionado a la percepción que el sujeto tiene del diagnóstico, del control sobre el cáncer, y del pronóstico de dicha enfermedad (Watson, Greer, Inayat, Burgess, & Robertson, 1988). De esta manera, la evaluación que realiza la persona sobre su situación influye en el tipo de ajuste y respuesta emocional que adopte (Trigoso, 2009).

Los cinco estilos de ajuste mental que plantean Moorey y Greer (1989) en su modelo teórico son los siguientes: espíritu de lucha, evitación/negación, fatalismo/aceptación estoica, desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa. El primero señalado tiene la característica de percibir el diagnóstico como un reto personal frente al cual hay una sensación de control moderado de la situación. Es así que estas personas tienen una actitud optimista con pocos signos de ansiedad, están dispuestos a luchar contra el cáncer y decidir sobre los procedimientos a seguir. Asimismo, tienden a realizar cambios en sus estilos de vida y a buscar información sobre su situación actual de enfermedad (Moorey & Greer, 1989; Soriano, 2002; Trigoso, 2009, 2012).



Por otro lado, las personas con un estilo de evitación/ negación no perciben amenaza alguna debido a que bloquean o minimizan el diagnóstico, por lo que la sensación de control no es un aspecto a tener en cuenta, pues hay una “ilusión de control”. Además, muestran pocos signos de ansiedad ya que presentan una actitud optimista del pronóstico (Moorey & Greer, 1989; Trigos, 2009, 2012). En cambio, el estilo fatalismo/aceptación estoica se caracteriza por percibir la enfermedad como una amenaza sobre la cual no se tiene control. Los individuos presentan una actitud de aceptación al desenlace de manera pasiva, con poca ansiedad, pero con un discurso de resignación más negativo que positivo (Moorey & Greer, 1989; Trigos, 2009, 2012).

En cuanto al estilo de desamparo/desesperanza, este se caracteriza por percibir al diagnóstico como una amenaza y/o pérdida, frente a la cual el individuo no posee control. Por ende, presenta una actitud pesimista sobre el pronóstico de su enfermedad, rindiéndose ante esta, y acabando muchas veces con sintomatología depresiva (Moorey & Greer, 1989; Trigos, 2000, 2012). Ibañez y Romero (2000) señalan que este estilo de ajuste suele estar acompañado de sentimientos de culpa que pueden ocasionar aislamiento en la persona y, por consiguiente, dificultades en su adherencia al tratamiento.

Finalmente, el estilo de preocupación ansiosa se define por la percepción del diagnóstico como amenazante, frente al cual se presenta una sensación de control y de pronóstico caracterizado por la incertidumbre. Esto genera ansiedad en el paciente, así como una actitud de búsqueda constante de aspectos que le provean seguridad (Moorey & Greer, 1989; Trigos, 2009, 2012).

A partir de esta teoría y de los métodos existentes para medir dichos estilos, se plantea que lo más saludable es puntuar alto en el estilo de ajuste “espíritu de lucha”, y bajo en los demás (Moorey & Greer, 2002; Watson et al., 1988). No obstante, se debe considerar que existe cierta interrelación entre estos estilos. Es así que el espíritu de lucha presenta una correlación mediana positiva con fatalismo/ aceptación estoica y una alta negativa con desamparo/ desesperanza. Esta última, a su vez, correlaciona de manera mediana y positiva con preocupación ansiosa, la que muestra una correlación positiva pero baja con fatalismo/ aceptación estoica. Por esto se recomienda revisar ciertas consideraciones teóricas cuando se decide evaluar de manera empírica (Trigos, 2009, 2012).

En relación a la evidencia empírica existente, si bien no se hallaron investigaciones propiamente para el tipo de cáncer a estudiar, se presentarán datos de otros tipos de

cáncer que pueden servir como referencia. Es así que se encontró que tanto los pacientes con cáncer de laringe de Suecia como la muestra de pacientes oncológicos de Colombia, utilizan con mayor preponderancia el estilo espíritu de lucha (Johansson, 2012; Romero, 2008; Orozco, Parodi & Polanía, 2001). No obstante, en Suecia se halló al estilo evitativo como otro de los más empleados por pacientes con cáncer de laringe (Johansson, 2012). Una de las investigaciones de Colombia señala, que el segundo estilo con mayor puntaje en toda la muestra oncológica fue el de desamparo/desesperanza (Romero, 2008); mientras que en otro estudio colombiano, realizado con pacientes hemato-oncológicos, el segundo más significativo fue el de fatalismo (Orozco, et al., 2001). Por otro lado, en Madrid se encontró que los pacientes con cáncer pulmonar de ambos sexos usan en mayor medida el estilo de fatalismo, seguido del de espíritu de lucha; siendo las menos utilizadas la de “indefensión”, nueva denominación para el estilo de desamparo de acuerdo a la muestra, y la de preocupación ansiosa (Rodríguez, Hernándo et al., 2012).

Con respecto a las variables sociodemográficas que resultan significativas para este constructo, en un estudio japonés se halló que altos niveles educativos correlacionaban con un bajo espíritu de lucha (Inoue, Saeki, Mantani, Okamura & Yamawaki, 2003). No obstante, en una muestra de pacientes oncológicos brasileros, quienes eran analfabetos y con educación primaria, solo se identifican dos tipos de ajuste: la preocupación ansiosa y el desamparo/desesperanza (De Cassia, Fernandes & Martins, 2008). Es más, Trigo (2009, 2012) encontró en una muestra de pacientes peruanos que quienes tenían primaria incompleta, puntuaban alto en el estilo desamparo/desperanza, y quienes habían terminado primaria, además de puntuar en dicho estilo de ajuste, presentaban estilos de preocupación ansiosa y fatalismo/aceptación estoica. Es así que se evidencia una relación entre el nivel de instrucción y los estilos de ajuste mental al cáncer.

Con respecto a la edad de los pacientes, también se ha encontrado diferencias significativas en relación a los estilos de ajuste. Es así que en dos investigaciones, una realizada en Japón (Inoue, Saeki, Mantani, Okamura, & Yamawaki, 2003) y la otra en España (Costa & Gil, 2009), se halló que existía una correlación negativa entre la edad de los pacientes y el uso del estilo espíritu de lucha. Adicionalmente, en el estudio español se encontró que los pacientes oncológicos mayores hacían un menor uso del estilo de “ansiedad”, denominación dada a la preocupación ansiosa en esta población; así como una correlación positiva entre la edad de estos pacientes mayores y el estilo fatalismo (Costa & Gil, 2009). De manera similar a España, en el Perú, los pacientes

adultos tardíos, de 46 a 64 años, que fueron en su mayoría mujeres, tenían mayor puntaje en el estilo fatalismo/aceptación estoica que los pacientes adultos maduros, de 30 a 45 años (Trigoso, 2012).

Es importante señalar que en relación al contexto peruano, se encontró que los pacientes oncológicos que residen en provincia y solo vienen a Lima para el tratamiento, puntúan más alto en el estilo desamparo/ desesperanza que los que residen en Lima desde antes de la enfermedad. Y estos últimos señalados puntúan más alto en espíritu de lucha que quienes viven en Lima desde que empezó el tratamiento. Adicionalmente, los pacientes que solo asisten a sus controles puntúan menos en el estilo fatalismo/ aceptación estoica, que quienes se encuentran en tratamiento (Trigoso, 2012).

Con respecto a otras variables psicológicas asociadas al ajuste mental al cáncer, se ha podido apreciar en pacientes oncológicos españoles, la existencia de una relación positiva entre la depresión y el estilo de preocupación ansiosa, como también entre la ansiedad y los estilos de preocupación ansiosa e indefensión, nueva denominación para el estilo de desamparo/ desesperanza de acuerdo a la población estudiada (Rodríguez, Hernando et al., 2012). Asimismo, en Perú se encontró una relación entre el ajuste mental con el bienestar psicológico, donde a mayor puntuación en el estilo preocupación ansiosa, menores niveles de Propósito de vida y Bienestar psicológico global (Trigoso, 2012). De la misma manera, en un estudio realizado en México se señala que los pacientes con cáncer de mama tienen un menor ajuste a la enfermedad cuando usan un afrontamiento pasivo (Urquidí, Montiel & Gálvez, 1999). Es así que se podría plantear una posible equivalencia entre el afrontamiento pasivo y el estilo fatalismo/ aceptación estoica, debido a las características que presentan en común: valorar el estresor como amenazante y tener un locus de control externo (Moorey & Greer, 1989).

En esta línea es importante señalar que el afrontamiento es un constructo muy relacionado con el ajuste mental al cáncer, ya que el primero implica una evaluación del estresor, que da la pauta para el despliegue de ciertas estrategias; mientras que el segundo, implica la evaluación del cáncer como un estresor específico, que conlleva también un estilo de manejar la enfermedad (Lazarus & Folkman, 1984; Trigoso, 2009). El afrontamiento, a su vez, se encuentra estrechamente asociado al constructo de apoyo social, pues las relaciones sociales que un individuo tiene con otros, le permite percibir de distinta manera las situaciones estresantes, facilitándole el reconocimiento de sus

propios recursos de afronte y disminuyendo los efectos del estrés y la ansiedad (Quick, Nelson, Matuszek, Whittington & Quick, 1996; Taylor, 2007; Wills & Fegan, 2001). Se propicia entonces una respuesta favorable ante la enfermedad, en este caso, frente al cáncer, por lo que se le considera un componente relevante en el modelo biopsicosocial de la salud (Costa & Ballester, 2010; Taylor, 2007). A partir de lo señalado, resultaría pertinente investigar la relación entre el apoyo social y el constructo de ajuste mental al cáncer.

El apoyo social se convierte en un constructo estudiado y definido por numerosos autores a partir de los años 70 (Barrón & Sánchez, 2001; Lemos, 1990; Vega & González, 2009). Jankowski (1996) lo define como los recursos materiales y/o afectivos provenientes de otras personas, así como la pertenencia a una red de soporte social. Asimismo, Vega y González (2009) lo definen como “un proceso de interacción entre personas o grupos que, a través del contacto sistemático, establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional para la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis” (p.1).

Es así que a partir de dichos estudios se podría definir al apoyo social como un conjunto de dimensiones: estructural y funcional. Con la primera se hace referencia a los recursos instrumentales y/o expresivos, tanto reales como percibidos, provenientes de las comunidades, redes sociales y amigos íntimos; integrando así, los tres niveles del campo social en el que se encuentra el individuo. A esta dimensión también se le llama cuantitativa, ya que toma en cuenta la cantidad de recursos o número de conexiones con las que el sujeto se relaciona. Por otro lado, la dimensión funcional o cualitativa se encarga de estudiar al apoyo social en base a las funciones que ejerce en dicho individuo (Costa, Salamero & Gil, 2007; Fernández, 2005; Vega & González, 2009)

Si bien existen distintas formas de clasificar las funciones del apoyo social, a continuación se presentarán cuatro funciones que mejor representan dicho constructo. Una de ellas es el apoyo social emocional/informacional, que viene a ser la expresión emocional o de afecto, la orientación, la información y los consejos. Otra es la interacción social positiva, la cual se define por la disponibilidad de individuos que tiene el paciente para realizar actividades divertidas o simplemente para pasar un momento agradable. La tercera función es el apoyo afectivo, que hace referencia a las expresiones de amor, afecto y empatía que los otros le proveen al paciente. Y finalmente, está el apoyo instrumental, caracterizado por la ayuda tangible o material con que cuenta (Costa et al., 2007; Londoño et al., 2012; Scherbourne & Stewart, 1991)

Es importante considerar que el apoyo social puede ser dividido en efectivo y percibido. El apoyo social efectivo vendría a ser las acciones de ayuda real que recibe el sujeto de acuerdo a sus necesidades; mientras que el apoyo social percibido comprende la valoración cognitiva que le otorga la persona a los recursos humanos con los que puede contar en determinados momentos de su vida (Vega & González, 2009). Al respecto, se ha podido evidenciar que el último mencionado ocasiona un mayor impacto sobre la salud de la persona (Cruzado, 2010; Queenan, Feldman-Steward & Brundage, 2010; Sandin, 2003). Esto se debe a que el apoyo social percibido es la ayuda que el individuo recibe de otros y que satisface los deseos que este presenta en un momento específico.

En relación a lo anterior señalado, se debe tener en cuenta que muchas veces el tipo de apoyo que recibe la persona con cáncer no es lo que propiamente esta desea recibir; es decir, si bien hay un apoyo social efectivo, este no fue percibido. Sus redes sociales, por intentar “protegerlo”, le proporcionan al paciente el tipo de apoyo que ellos creen necesario, y no el que el mismo paciente desea. Un ejemplo de esto puede ser cuando los pacientes quieren compartir sus preocupaciones con respecto al cáncer, y su entorno no se lo facilita por la creencia de que ello afectará su estado de ánimo, incluso pudiendo llegar a evitar y minimizar el problema. O por ejemplo cuando el paciente quiere saber con exactitud su diagnóstico y las posibles consecuencias de su enfermedad, pero sus redes de soporte le impiden tener conocimiento de dicha información por miedo a causarle un daño (Barrón, 2005).

Es importante mencionar que el apoyo social puede provenir de distintas redes sociales: familiares, amigos, comunidad y profesionales de la salud (Barrón, 2005). En relación a ello, Vinnacia et al. (2005) hallaron en una muestra de pacientes con cáncer pulmonar que estos se encontraban más satisfechos con el apoyo social percibido brindado por el personal de salud y los amigos, que con el apoyo social recibido por parte de la familia. Esto básicamente se debía a que el personal de salud le proveía al paciente información acerca de su enfermedad; y los amigos, por otro lado, lo acompañaban, distraían y escuchaban.

Al respecto, en un estudio realizado en Barcelona, se observaron diferencias significativas en las funciones del apoyo social percibido de acuerdo a la variable sexo, en pacientes oncológicos controlados de manera ambulatoria. Básicamente, se obtuvo que los hombres presentaron una mayor percepción de apoyo instrumental y emocional/informacional en comparación al grupo de mujeres (Costa et al., 2007). Dichos



resultados fueron también encontrados en dos investigaciones realizadas en poblaciones con enfermedades crónicas (De la Revilla, Luna, Bailón, & Medina, 2005; Sherbourne & Stewart, 1991). Asimismo, se encontró en el estudio de Costa et al. (2007) que existían también diferencias significativas en relación al tamaño de la red social que tenía el paciente, es así que a mayor amplitud de la red, habría una mayor percepción de apoyo social.

Con respecto a las variables psicológicas asociadas al constructo de apoyo, en un estudio realizado en Canadá con pacientes con cáncer de próstata, se evidenció que existe una relación directa entre los niveles de apoyo social percibido y la calidad de vida (Queenan et al., 2010). Asimismo, Sells et al. (2009) encontraron en un estudio cualitativo realizado en Estados Unidos, que los pacientes con enfermedades crónicas consideraban como un recurso valioso el recibir y proveer apoyo a otros. Esto debido a que mantenían su sentido de autovalía, ya que la condición de estar enfermos es percibida como limitante en distintos aspectos de su vida.

A partir de todo lo mencionado, se podría señalar entonces que el apoyo social cumple también un rol importante en el ajuste mental a la enfermedad en cuestión (Barrón, 2005). De esta manera se plantea que las evaluaciones que realizamos para afrontar y adaptarnos a una situación específica, en este caso el cáncer, se pueden encontrar influenciadas por factores del contexto de la persona, como pueden ser las redes sociales, es decir, el apoyo social del paciente.

Es así que algunas investigaciones (Costa & Ballester, 2010; Cruzado, 2010; Hegelson, Snyder, & Seltman, 2004) sostienen que se logra una mayor adaptación al cáncer y adherencia al tratamiento mediante el apoyo familiar y más aún, el apoyo de la pareja. Asimismo, se señala que los pacientes que refieren tener un nivel de satisfacción elevado en cuanto al apoyo social percibido, muestran una mejor adaptación o ajuste a la enfermedad; así como también, niveles altos en autoestima y bajos en sintomatología depresiva (Symister & Friend, 2003; Vega & González, 2009).

De la misma forma, en una revisión teórica sobre los factores socio-demográficos y clínicos asociados a una respuesta adaptativa al cáncer (Costa & Ballester, 2010), se concluye que el apoyo social percibido sirve como factor protector de reacciones psicológicas perjudiciales para la salud, y como predictor de una adecuada adaptación a la enfermedad. Esto se debería a que el apoyo social, en general, brinda mayor sensación de estabilidad, predictibilidad y control, generando así efectos positivos en su

bienestar emocional y en su salud física, pues potencia las defensas del sistema inmunológico (Barra, 2003).

Es así que, en cuanto a la relación de las variables de estudio, Goodwin et al. (2014) encontraron en Londres, en una muestra de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, la existencia de una correlación entre el factor de aceptación y positivismo, y el apoyo social percibido proveniente de personas significativas para el individuo. La relevancia de dicho hallazgo radica en que el factor mencionado es la nueva denominación dada a las características que definen los estilos espíritu de lucha y aceptación estoica de la teoría del ajuste mental al cáncer, evidenciándose entonces la posible relación entre los constructos a estudiar.

Por otro lado, Inonue et al. (2003) encontraron en una investigación realizada en Hiroshima, que existe una relación entre las puntuaciones altas del estilo de desamparo/desesperanza y la baja percepción de comunicación apropiada entre el paciente de cáncer de mama y sus familiares. Entonces, se podría decir que el estilo de desamparo/desesperanza se relacionaría con un bajo nivel de apoyo social percibido, teniendo en cuenta que la comunicación vendría a ser un elemento imprescindible en el apoyo social, pues es el que permite que nos relacionemos (Barker, 1992).

De este modo, debido a la posible relación teórica entre los constructos, y a los hallazgos empíricos que indican una aparente relación directa entre el estilo espíritu de lucha y aceptación estoica con el apoyo social, así como inversa entre dicho apoyo y el estilo desamparo/desesperanza, se considera importante realizar esta propuesta de investigación. A partir de sus resultados se podría tener mayor conocimiento sobre la función que tiene el apoyo social percibido en el ajuste mental al cáncer y viceversa; de manera que se pueda implementar en un futuro estrategias que favorezcan un adecuado ajuste a la enfermedad. Asimismo, otros dos factores por los que se realiza el presente estudio son: la ausencia de investigaciones previas que relacionen ambos constructos, según la revisión bibliográfica realizada, así como la oportunidad de poder tener un mayor acercamiento a una población poco estudiada, como son los pacientes con cáncer de tiroides y las repercusiones psicológicas que se puedan generar en ellos.

A partir de lo señalado, se plantea como objetivo general estudiar la relación entre el apoyo social percibido y el ajuste mental al cáncer, en un grupo de pacientes con cáncer de tiroides. Asimismo, se plantean los objetivos específicos siguientes: estudiar la relación entre los distintos estilos de ajuste mental al cáncer y la edad de los pacientes, y describir las diferencias de dichos estilos según el nivel de instrucción de los pacientes.

Es así que la presente investigación pretende estudiar la relación de las variables de estudio mencionadas, a través de la aplicación de instrumentos de medición en un único momento.







## Método

### Participantes

Los participantes fueron 85 pacientes adultos, mayormente mujeres (88.2%), que tenían entre 25 y 65 años, siendo como edad media los 46 años ( $DE= 1.2$ ). Asimismo, presentaban cáncer de tiroides, predominantemente de tipo papilar (96.5%) y en estadio I (51.8%). Dichos pacientes estaban cursando su primer diagnóstico oncológico, con un tiempo mínimo de un mes post-diagnóstico y siendo diagnosticados, como promedio, hace 72 meses. El 81.2% recibe actualmente tratamiento hormonal, y no estaban en estadio IV de la enfermedad, ni presentaban recaída alguna o algún trastorno psiquiátrico u otra enfermedad crónica adicional. El 58.8% de la muestra era casada o conviviente y el 35.3% vivía con su pareja y sus dos hijos. Si bien el 54.1% vive actualmente en Lima, el 76.5% era de provincia y el 45.9% solo venía a Lima para recibir atención en consulta externa dentro de un instituto especializado en enfermedades oncológicas. Asimismo, el 36.5% no ha terminado el colegio y el 63.5% no cuenta con estudios superiores. El 51.8% no trabaja desde hace aproximadamente 8 meses, sin embargo, el 74.1% no dejó de trabajar por la enfermedad.

Se proporcionó a los participantes un consentimiento informado (Apéndice A) en donde se explicaba acerca del propósito de la investigación y del anonimato de los datos que se iban a recolectar mediante las pruebas, asegurándoles que la información brindada iba a ser manejada guardando la confidencialidad requerida. De esta manera, se les invitó a participar de forma voluntaria en el estudio.

### Medición

**Ajuste mental al cáncer.** Para medir el ajuste mental a la enfermedad oncológica, se utilizó la versión de la escala de ajuste mental al cáncer, MAC, realizada por Trigo (2009) en Lima, quien se basó en la escala original desarrollada en Inglaterra por Watson et al (1988). Trigo (2009) contó con la autorización de los autores originales de la prueba (Watson & Homewood, comunicación personal, 2 de mayo, 2008) y luego comparó dichos ítems con los traducidos de la versión española (Ferrero, Bareto, & Toledo, 1995). Es así que la versión peruana consta de 31 ítems, los cuales se encuentran agrupados en 4 subescalas: espíritu de lucha (12 ítems), desamparo/ desesperanza (9 ítems), preocupación ansiosa (5 ítems) y fatalismo/

aceptación estoica (5 ítems). El cuestionario se cuantifica mediante una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, en donde 1 es “totalmente falso” y 4 es “totalmente verdadero”. Es importante señalar, que a diferencia de la escala validada por Trigos (2009), la original contaba con 40 ítems y estos se encontraban agrupados en 5 subescalas, ya que se añadía la negación a las 4 anteriormente presentadas.

La versión que se utilizó en el presente estudio obtuvo su confiabilidad mediante el método de consistencia interna de las subescalas, en donde los índices de alfa de Cronbach alcanzaron niveles aceptables, siendo el estilo desamparo/ desesperanza el de mayor confiabilidad (.76), y el estilo de fatalismo/ aceptación estoica el de menor confiabilidad (.60). En relación a la validez de constructo por análisis factorial de la prueba, se realizó el test de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett, obteniéndose respectivamente un puntaje de .72, y una significancia menor a .05. En base a estos resultados se procedió con el análisis factorial, en donde si bien los ítems de la prueba se encontraron distribuidos de manera poco clara, luego del reajuste de estos, el KMO aumentó a .76, se obtuvo un chi cuadrado de 1467.28 con una significancia de .00 en la prueba de esfericidad de Bartlett, y se llegó a agrupar los ítems en 4 factores que explicaban el 54.065% de la varianza total.

Es importante señalar que, hasta la fecha, la versión de Trigos (2009) solo ha sido encontrada y utilizada en un estudio elaborado por la misma autora con pacientes con cáncer (2012). Sin embargo, se han realizado diversas adaptaciones y traducciones del MAC para varios países. Uno de ellos lo realizó Forero, Bernal y Restrepo (2005) en Colombia, con una muestra de pacientes con cáncer, predominantemente, de mama, leucemia y estómago, con edades fluctuantes entre los 18 y 72 años. Esta adaptación se realizó mediante un análisis factorial y de contenido para conseguir la validez de constructo, así como un análisis de la congruencia con otras versiones. De esta manera se obtuvieron 28 ítems distribuidos en 4 factores, a los cuales los autores denominaron: actitud positiva, preocupación ansiosa, orientación positiva y sin esperanza, que explicaban el 36.16% de la varianza total. Los índices de confiabilidad de la prueba resultaron ser adecuados, siendo la subescala de mayor confiabilidad la de actitud positiva (.79), y las dos de menor confiabilidad, con el mismo alfa de Cronbach (.72), preocupación ansiosa y orientación positiva.

Por otro lado, en España (Costa & Gil, 2009) se validó la prueba con una muestra de pacientes con cáncer, predominantemente de tumores gastrointestinales, de mama y respiratorios, quienes contaban con una edad media de 55 años. Se realizó una

validación de constructo por análisis factorial, en donde se obtuvo un puntaje de .80 en el test de KMO, y una significancia menor a .05 en la prueba de esfericidad de Bartlett. En dicho análisis se encontraron 28 ítems agrupados en 5 factores, a los cuales denominaron: desesperanza, ansiedad, resignación/ fatalismo, aceptación de la enfermedad y comportamientos de auto-cuidado, que explican el 36.69% de la varianza total. Los índices de confiabilidad fueron aceptables, siendo el estilo de desesperanza el de mayor índice (.78), y el de aceptación de la enfermedad, el de menor valor (.44).

En el presente estudio, se realizó también una validación de constructo por análisis factorial exploratorio, en donde se obtuvieron en un inicio 9 factores que explicaban el 69.87% de la varianza, lo cual no iba acorde con los 4 estilos de ajuste que media el cuestionario. Es así que se decidió reajustar los factores a 4, obteniendo de puntaje .69 en el test de KMO, un chi cuadrado de 1214.47 y una significancia de .00 en la prueba de esfericidad de Bartlett. De esta manera, los 4 factores explicaban el 48.62% de la varianza total. Asimismo, los índices de confiabilidad que se obtienen en esta muestra son aceptables, encontrándose el estilo de espíritu de lucha como el de mayor índice (.81) y el de fatalismo como el menor (.57).

**Apoyo social percibido.** Para medir el apoyo social que perciben los pacientes de la muestra, se utilizó la validación española del cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social, MOS, realizado por De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005), en pacientes con enfermedades crónicas (obstrucción pulmonar crónica, diabetes mellitus e hipertensión arterial). Dichos autores se basaron en la escala elaborada originalmente por Sherbourne y Stewart (1991) en Estados Unidos.

La versión del cuestionario utilizado consta de 20 ítems, de los cuales, el primero mide la cantidad de personas de las que se recibe apoyo social, y los 19 restantes miden las funciones de dicho apoyo, mediante una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 es “nunca” y 5 es “siempre”. Las funciones evalúan tres aspectos funcionales del apoyo social percibido: Emocional/Informativa, Afectivo, e Instrumental, quedando el otro aspecto funcional de la versión original, Interacción social positiva, dentro de la función Emocional/Informativa y Afectivo (De la Revilla, Luna, Bailón & Medina, 2005). Esta nueva agrupación, pues la original contaba con cuatro funciones, se concluyó al realizar la validación del instrumento mediante un análisis factorial confirmatorio, donde se redujeron los factores a 3, explicando así el 68.72% de la varianza total. No se reportó en dicha validación los resultados del KMO

ni de la prueba de esfericidad de Barlett. Asimismo, se obtuvieron adecuados índices de confiabilidad, en donde el apoyo emocional/ informacional fue el más confiable (.94), y el apoyo afectivo fue el menos confiable (.85).

Por otro lado, es importante señalar que existen varias adaptaciones de la versión española del MOS (De la Revilla et al., 2005) para distintos países. Una de ellas es la realizada por Costa, et al. (2007) en España también, pero con pacientes oncológicos, mediante un análisis factorial confirmatorio. De esta manera se halló los mismos 3 factores de la versión de De la Revilla, et al. (2005): Emocional/ Informacional, Afectivo, e Instrumental, los cuales explican el 65.44% de la varianza total. En cuanto a la confiabilidad, se obtuvieron adecuados índices, siendo el mayor de ellos el apoyo emocional/informacional (.94), y el menor, el apoyo afectivo (.75). Asimismo, en Argentina, Rodríguez y Héctor (2007) validaron la versión española de la prueba en una muestra de participantes que se encontraban en situación de riesgo social, a través de un análisis factorial confirmatorio. Se obtiene un KMO de .93, y se hallan 3 factores, denominados por los autores como: Apoyo emocional, Apoyo afectivo y Apoyo instrumental, que explican el 59.86% de la varianza total. En cuanto a la confiabilidad, el mayor índice fue el del emocional (0.87), y el menor, el del instrumental (0.80).

En la presente investigación, se realizó también la validación de constructo mediante el análisis factorial exploratorio de la prueba en cuestión. De esta manera se encontraron 4 factores que explicaban el 69.75% de la varianza total, los cuales no iban de acuerdo a los 3 tipos de apoyo planteados en el cuestionario aplicado. Es así que se decide realizar un reajuste a 3 factores, obteniéndose un puntaje de .89 en el test de KMO, una significancia de .00 en la prueba de esfericidad de Bartlett y un chi cuadrado de 1094.90. De esta manera, los 3 factores explicaban el 64.38% de la varianza total. En cuanto a los índices de confiabilidad que se obtuvieron en la muestra, estos fueron aceptables. El apoyo emocional/informacional fue el que presentó un mayor índice (.92), y el instrumental fue el que menor índice presentó (.77).

## **Procedimiento**

Para acceder a la muestra primero se obtuvo el permiso del jefe del departamento de cabeza y cuello de la institución. Luego de eso se invitó a los pacientes, durante el tiempo de espera previo a su control médico, a pasar de manera individual al módulo de atención para participar de la investigación, explicándoles en

qué consistía. A continuación, se les presentaba el consentimiento informado, y a quienes aceptaban participar se les proporcionaba la ficha sociodemográfica (Apéndice B), el cuestionario de desenlaces médicos de apoyo social (MOS) y la escala de ajuste mental al cáncer (MAC). Es importante señalar que de acuerdo al grado de instrucción de los participantes o si es que presentaban alguna dificultad con la vista, se les ayudaba con la lectura tanto del consentimiento como de las escalas asignadas. De esta manera la sesión de aplicación de cuestionarios fue individual y tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos.

### **Análisis de datos**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para analizar los datos del estudio. En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra en función a las variables sociodemográficas y médicas, así como también de los constructos del estudio. Asimismo, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los puntajes alcanzados por los pacientes en los constructos del apoyo social percibido y el ajuste mental al cáncer. Dicha distribución de puntajes fue no normal, por lo que la relación de ambos constructos fue medida mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Por otro lado, para responder al primer objetivo específico planteado: estudiar la relación entre los distintos estilos de ajuste mental al cáncer y las edades de los pacientes, se tomó la variable de edad como continua, y se realizó una correlación entre esta y el constructo utilizando el estadístico Spearman.

De la misma manera, se respondió al segundo objetivo específico: describir las diferencias en los estilos de ajuste mental al cáncer según el nivel de instrucción del paciente. Al ser la distribución de puntajes no normal, se empleó un contraste de medianas mediante el estadístico Kruskal-Wallis, y a partir de ello, se decidió realizar contrastes de medianas entre cada variable categórica con cada estilo de ajuste. Para esto se utilizó el estadístico U de Mann Whitney identificando así, dónde estaba la diferencia.





## Resultados

A continuación, se señalarán los resultados obtenidos al analizar cada una de las escalas de los constructos de manera descriptiva. Luego de esto se expondrán los resultados de los objetivos específicos planteados y, posteriormente, del objetivo general del estudio.

Es así que en cuanto al ajuste mental al cáncer, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cada uno de los estilos, encontrándose como predominante el *espíritu de lucha* y como el menos utilizado el estilo de *desamparo/ desesperanza* (ver tabla 1).

**Tabla 1**

*Descripción de los estilos de ajuste mental al cáncer*

	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M<sub>prom</sub>*</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Espíritu de Lucha	33.00	34.41	4.03	3.13	26	44
Desamparo/ Desesperanza	12.00	11.65	3.11	1.94	6	21
Preocupación Ansiosa	16.00	15.75	2.87	2.63	7	22
Fatalismo	22.00	22.05	2.90	2.76	12	28

\* *M<sub>prom</sub>* = Media entre el número de ítems

Luego, en relación a las variables sociodemográficas y de acuerdo al primer objetivo específico planteado, acerca de la relación entre los distintos estilos de ajuste mental al cáncer y las edades de los pacientes, se pudo observar que existe una baja correlación significativa entre la edad de los participantes y el estilo de ajuste *desamparo/ desesperanza* ( $r_s = .22, p = .04$ ). Esto quiere decir que a mayor edad, mayor uso de dicho estilo y viceversa; mientras que los otros estilos de ajuste, el *espíritu de lucha*, la *preocupación ansiosa* y el *fatalismo* no salieron significativos con la edad (ver apéndice C).

Asimismo, con respecto al segundo objetivo específico, acerca de las diferencias en el uso de los estilos de ajuste mental de acuerdo al nivel de instrucción de los pacientes, se encontraron diferencias significativas entre ellos, observándose una determinada tendencia: a mayor nivel de instrucción, probablemente haya un mayor uso del estilo *espíritu de lucha*, y a menor nivel de instrucción, probablemente haya un mayor uso del estilo *desamparo/ desesperanza*.



Es así que los pacientes con primaria incompleta, presentan un mayor uso del estilo *desamparo/ desesperanza* y *preocupación ansiosa* que los que presentan estudios técnicos incompletos ( $U_1= 3.00, p_1=.00; U_2= 9.50, p_2= .01$ ). De igual forma, los primeros mencionados también utilizan más el estilo de *preocupación ansiosa* que los que presentan estudios superiores incompletos ( $U= 1.00, p= .04$ ). Asimismo, dichos pacientes con primaria incompleta suelen usar más los estilos de *desamparo/ desesperanza* y *preocupación ansiosa* que los que presentan estudios superiores completos ( $U_1= 7.50, p_1= .00; U_2= 17.00, p_2= .02$ ), mientras que estos últimos utilizan más el *espíritu de lucha* que los que cuentan con solo primaria incompleta ( $U= 19.00, p= .02$ ) (ver tabla 2).

Con respecto a los pacientes con primaria completa, estos presentan un mayor uso del estilo de *fatalismo* que los que cuentan con estudios técnicos completos ( $U= 18.50, p= .01$ ) o con estudios superiores completos ( $U= 32.00, p= .03$ ).

Los que presentan estudios secundarios incompletos utilizan más el estilo *fatalismo* que los que pacientes con estudios técnicos incompletos ( $U= 0.00, p=.02$ ). Asimismo, los de estudios secundarios incompletos usan más los estilos de *desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo* que los que presentan estudios técnicos completos ( $U_1= 39.00, p_1= .00; U_2= 43.50, p_2= .00; U_3= 41.00, p_3= .00$ ) (ver tabla 2).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre quienes presentaban estudios secundarios incompletos y estudios superiores completos, en donde los primeros muestran un mayor uso de los estilos *desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo* que los segundos mencionados ( $U_1= 51.00, p_1= .00; U_2= 79.50, p_2= .02; U_3= 77.5, p_3= .02$ ) Sin embargo, los que presentan estudios superiores completos emplean más el estilo de *espíritu de lucha* que los de estudios secundarios incompletos ( $U= 71.00, p= .01$ ) (ver tabla 2).

Por otro lado, se identifica que los pacientes con estudios secundarios completos presentan un mayor uso del estilo *desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo* que quienes cuentan con estudios técnicos completos ( $U_1= 66.50, p_1= .02; U_2= 46.00, p_2= .00; U_3= 72.50, p_3= .04$ ). De la misma manera, los de estudios secundarios completos muestran un mayor uso del estilo *preocupación ansiosa* que los que tienen estudios superiores incompletos ( $U= 8, p=.049$ ) (ver tabla 2).

Adicionalmente, dichos pacientes con secundaria completa presentan un mayor uso de los estilos de *desamparo/ desesperanza y preocupación ansiosa* que los que cuentan con estudios superiores completos ( $U_1= 87.50, p_1= .03; U_2= 81.00, p_2= .02$ );

mientras que estos últimos presentan un mayor uso del estilo *espíritu de lucha* que los que presentan estudios secundarios completos ( $U= 85.50, p= .03$ ) (ver tabla 2).

Finalmente, se encuentra diferencia significativa entre los pacientes con estudios técnicos incompletos y los pacientes con estudios técnicos completos, en cuanto a que los primeros utilizan más el estilo *desamparo/ desesperanza* que los segundos ( $U= 1.00, p= .04$ ).

**Tabla 2**

*Comparación de medianas según el nivel de instrucción en los estilos de ajuste mental al cáncer*

Nivel de instrucción	Estilos de ajuste							
	Espíritu de Lucha		Desamparo/ Desesperanza		Preocupación Ansiosa		Fatalismo	
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>
Primaria incompleta (n=6)	32.50	33.00	14.67	14.00	17.67	17.50	22.67	22.50
Primaria completa (n=8)	33.88	33.00	11.63	12.00	16.00	16.00	23.50	23.00
Secundaria incompleta (n=17)	33.59	33.00	12.76	13.00	17.12	17.00	23.29	23.00
Secundaria completa (n=18)	33.72	32.50	12.50	12.50	16.78	17.00	22.78	22.50
Técnica incompleta (n=2)	32.00	32.00	13.00	13.00	16.50	16.50	20.00	20.00
Técnica completa (n=14)	34.71	34.00	9.64	10.50	13.57	13.00	20.71	21.00
Superior incompleta (n=3)	34.33	33.00	11.67	13.00	13.00	15.00	21.33	20.00
Superior completa (n=17)	36.94	37.00	10.06	10.00	14.71	15.00	20.59	21.00

Por otro lado, con respecto al apoyo social percibido, se obtuvieron, también, los estadísticos descriptivos para cada uno de los tipos de apoyo, encontrándose como predominante el *emocional/ informacional*, y el *instrumental* como el menos usado (ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Descripción de los tipos de apoyo social percibido*

	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Emocional / Informacional	37.00	34.76	10.84	14	50
Afectivo	21.00	19.60	5.02	7	25
Instrumental	13.00	13.15	4.44	6	20

Por último, en cuanto al objetivo principal del presente estudio, se pudo apreciar una correlación significativa entre los estilos *espíritu de lucha* y *desamparo/desesperanza* con el apoyo *emocional/informacional*, el *afectivo* y el *instrumental*. Sin embargo, si bien las correlaciones de los tipos de apoyo con el estilo *espíritu de lucha* son directas y de baja magnitud, las correlaciones con el estilo *desamparo/desesperanza* son inversas y de mediana magnitud con dos tipos de apoyo, el *afectivo* e *instrumental*, y de baja magnitud con el apoyo *emocional/informacional*. Sin embargo, en cuanto a los estilos *de preocupación ansiosa* y el de *fatalismo*, las correlaciones no fueron significativas con los tipos de apoyo (ver tabla 4).

**Tabla 4**

*Correlaciones de Spearman entre los estilos de ajuste mental al cáncer y los tipos de apoyo social percibido*

Tipos de Apoyo	Estilos de Ajuste							
	Espíritu de lucha		Desamparo/Desesperanza		Preocupación ansiosa		Fatalismo	
	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r$	$p$	$r$	$p$
Emocional/ Informacional	.22	.04	-.29	.01	-.12	.26	-.01	.96
Afectivo	.29	.01	-.32	.00	-.06	.56	.07	.51
Instrumental	.29	.01	-.33	.00	-.07	.54	.07	.56

## Discusión

En base a los resultados presentados, se analizará a continuación, el objetivo general de la presente investigación acerca de la relación entre el ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido, en pacientes con cáncer de tiroides. Asimismo, se discutirá lo obtenido en los dos objetivos específicos planteados, con respecto al impacto que podrían tener algunas variables sociodemográficas en los constructos. Finalmente, se señalarán las limitaciones encontradas y las sugerencias para próximas investigaciones.

Se ha podido apreciar la existencia de una relación significativa entre algunos estilos del ajuste mental al cáncer con todos los tipos de apoyo social percibido. Esto podría sustentarse con lo expuesto por Moorey y Greer (2002), quienes señalan que las relaciones que el paciente pueda tener con otras personas de su entorno van a influir en el impacto que le genere la enfermedad y por ende, en el modo o la forma que utilice para afrontarla. De la misma manera, para Lazarus y Folkman (1987), el apoyo social viene a ser un recurso relevante para que la persona se ajuste o adapte a una enfermedad que podría representar una amenaza contra su vida.

El estilo espíritu de lucha fue el que presentó en la muestra una relación directa con los tres tipos de apoyo: emocional/informacional, afectivo e instrumental, resultado que es corroborado con lo encontrado en otras investigaciones (Costa & Ballester, 2010; Cruzado, 2010; Hegelson, Snyder & Seltman, 2004; Schnoll, Knowles & Harlow, 2002) en donde a mayor apoyo, hay una mayor adaptación al cáncer, y viceversa. Es importante señalar que el término adaptación al cáncer está estrechamente ligado al constructo ajuste mental al cáncer, el cual plantea que lo más saludable es puntuar alto en el estilo espíritu de lucha. Esto se debe a que dicho estilo está caracterizado por percibir cierta sensación de control frente a una situación amenazante, una actitud optimista y una disposición a luchar contra la enfermedad (Moorey & Greer, 2002; Watson, et al, 1988). Es así que se podría deducir que a mayor apoyo, habrá posiblemente un mayor uso por parte del paciente del estilo espíritu de lucha.

Costa y Ballester (2010), en una revisión teórica que realizaron, señalan que el apoyo social percibido es un predictor de una adecuada adaptación a la enfermedad. Esto se debe, según Barra (2003), a que el apoyo social le brinda al individuo una mayor sensación de estabilidad, predictibilidad y control, características que son propias del estilo espíritu de lucha y que pueden predisponerlo a sentirse más capaz de hacerle

frente a la enfermedad. De esta manera, se generarán efectos positivos en su bienestar emocional y se lograrán adaptar mejor al proceso que dicha enfermedad conlleva.

Asimismo, la sensación de cercanía a familiares y amigos, y de pertenencia a un grupo en donde el paciente puede compartir sus preocupaciones, y disponer de ellos para cualquier tipo de apoyo, genera en el individuo una disminución de la posible percepción de aislamiento que podría ocasionar la enfermedad (Dukes & Holahan, 2003). Esto podría relacionarse con lo encontrado en la presente investigación, pues el 94.1% de la muestra vive con alguien, ya sea un familiar o amigo, lo que podría constituir una red de soporte para el paciente. De esta manera se podría plantear que el individuo al sentirse acompañado en el proceso de enfermedad, podría estar más dispuesto a luchar contra el cáncer. Esto se ve respaldado por Cicero et al. (2009) quien menciona que la percepción de apoyo social por parte del paciente es un predictor de un mayor uso del estilo de ajuste espíritu de lucha.

Por otro lado, el estilo desamparo/ desesperanza, caracterizado por una actitud pesimista, al no percibir control alguno sobre la enfermedad, así como por aislarse de los demás (Ibañez & Romero, 2000; Moorey & Greer, 1989; Trigos, 2000, 2012), fue el otro estilo de ajuste que mostró una relación significativa e inversa con los tres tipos de apoyo social percibido previamente mencionados. En primer lugar, se debe tener en cuenta que el cáncer suele ser considerado como una enfermedad mortal, impredecible e incontrolable, razón por la cual el paciente oncológico puede percibir, en un inicio, escaso control, es decir, percibir que no es capaz y que no tiene los recursos para ejercer control alguno sobre dicha situación. Si a esto se le agrega el no percibir un adecuado apoyo social que le pueda proveer ciertas herramientas para manejar la situación, podría el individuo utilizar con mayor preponderancia el estilo de desamparo/desperanza, y no otro que le permita ajustarse de mejor manera a la enfermedad (Bárez, 2002; Demaria, 2011; Taylor, 2007; Trigos, 2012).

De la misma forma, los resultados encontrados en esta muestra se podrían relacionar con lo hallado en una investigación japonesa, donde se evidencia una relación entre el estilo desamparo/ desesperanza y la baja percepción de comunicación entre el paciente de cáncer de mama y sus familiares (Inoue et al., 2003). Se puede inferir que la percepción de comunicación es un elemento importante en el apoyo social, pues permite que nos relacionemos, ya que implica claridad y apertura en el diálogo (Barker, 1992). Igualmente, el contar con un otro para compartir sus preocupaciones, puede disminuir el deterioro psicológico o la sintomatología depresiva que podría presentarse (Barrón &



Sánchez, 2001). Es así que se podría plantear una relación directa entre la comunicación y el apoyo, en donde una baja percepción de comunicación, probablemente ocasione una menor percepción de apoyo social en el paciente; y a su vez, una relación bidireccional entre el apoyo y el estilo de ajuste de desamparo/ desesperanza, pues a menor percepción de apoyo, podría haber un mayor uso de dicho estilo de ajuste.

Dicha relación significativa entre el apoyo social percibido y el estilo desamparo/ desesperanza también podría explicarse a partir de tres características de la muestra: el 76.5% es de provincia, casi la mitad, el 45.9%, no vive en Lima y solo viene para su tratamiento, y el 63.5% no cuenta con estudios superiores. De esta manera, se podría hipotetizar que estas personas al no ser de la capital y tener que viajar para controlar su enfermedad, se pueden ver sujetas a una serie de dificultades por el lenguaje, la cultura, la posible incomprensión de la enfermedad en su totalidad así como de su tratamiento, el probable desconocimiento de las calles de Lima y de la institución médica donde son atendidos, el costo que implica el trasladarse continuamente a dicha institución, así como los cuidados que el tratamiento demanda, y sobre todo, en algunos casos, no contar con conocidos en un espacio nuevo para ellos. Todo esto podría generar estrés en el individuo, pues al enfrentarse a una situación amenazante como lo es la enfermedad y agregarle a eso lo desconocido y las dificultades del contexto en el que debe desenvolverse, probablemente perciba escasa sensación de control, característica del estilo desamparo/ desesperanza (Crockett, et al., 2007; Herrera, Calderón, & Hernández, 2007; Moorey & Greer, 1989; Trigo, 2000, 2012).

Asimismo, es importante mencionar que el poseer un adecuado apoyo social percibido generará en el paciente un mayor uso de estrategias adaptativas para afrontar la enfermedad, ya que puede influir en la percepción que tenga de esta y, por ende, en las reacciones que adopte frente a dicha situación estresante (Pérez, 2011). Es así que se podría inferir, que al no poseer un adecuado apoyo social, el paciente podría desarrollar escasas estrategias adaptativas y por ende, una baja percepción de control, adoptando entonces un estilo de ajuste de desamparo/desperanza.

Al analizar el constructo de ajuste mental al cáncer en relación a la variable sociodemográfica edad, se encontró que a mayor edad, habría un mayor uso del estilo de desamparo/ desesperanza, resultado que corrobora lo obtenido en una investigación española (Costa & Gil, 2009), donde también a mayor edad, mayor uso de dicho estilo. De la misma manera, los datos del Registro del Cáncer de Lima Metropolitana (2004

como se citó en Soriano, 2005) reporta que las personas con mayor edad, por lo general, mayores de 50 años, son las más afectadas frente a la enfermedad.

Si bien se debe considerar que la relación entre el estilo desamparo/desesperanza y la edad es de baja intensidad, se podría entender dicha relación a partir de la serie de cambios que se producen en cada etapa del ciclo vital de un individuo. Estos cambios incluyen los nuevos conocimientos adquiridos como también los duelos que debe atravesar el individuo de acuerdo a su edad, los cuales pueden influir en la forma de ajustarse a la enfermedad (Trigoso, 2009). Es así que al estar compuesta la muestra del presente estudio por pacientes entre 25 y 65 años, se puede decir que se abarcarían tres etapas de la adultez: la joven, la madura y la tardía. Es en esta última en la que aparentemente se utiliza más el estilo de desamparo/desesperanza (Rowland, 1990).

En relación a esto, Rowland (1990) señala que los adultos tardíos, entre los 50 y 65 años aproximadamente, se enfrentan al cambio en el aspecto y funcionalidad física, a la finalización de su vida laboral, a la disminución de su vida sexual, entre otros. Es así que cuando un individuo enfrenta estos cambios, más la enfermedad que puede ser vista como una amenaza a la culminación de su plan de vida, el paciente puede encontrarse sobrecargado emocionalmente, y sentirse falto de control, característica que como bien se ha señalado antes, es típica del estilo de desamparo/desesperanza (Orozco, et al., 2001).

Igualmente, se podría pensar que este tipo de estilo puede ser también utilizado por algunos de los adultos maduros, posiblemente los que posean edades más cercanas a los 50 años. Esto se debería a que se encuentran en la fase de mayor apogeo a nivel profesional y familiar, etapa denominada por Erikson (1980), de generatividad versus estancamiento, por lo que podrían percibir al cáncer como una amenaza que altera y desestabiliza sus planes de vida, sus roles y forma de vivir (Florenzano, 1993). En esta línea, cuando el rol de una persona se ve alterado o cambiado por alguna situación, se va a producir automáticamente un cambio en su entorno inmediato, que generará a su vez consecuencias en cómo se le trata a dicha persona y cómo se siente frente a esta nueva situación (Bronfrenbrenner, 1979; Torrico, Santin, Andrés, Menéndez & López, 2002).

Uno de los cambios que suele ocurrir es el tener que delegar el rol de cuidador de sus hijos a terceros, quienes de acuerdo al contexto de la muestra, no son siempre familiares directos. Esto puede generar angustia y preocupación en el paciente, sobre todo en los latinos, pues el cuidado de los hijos es un rasgo típico de nuestra cultura

(Fuentes & Blasco, 2010). Otro de los posibles cambios, es el invertir el rol de cuidador, es decir, pasar de ser independiente y de encargarse de sus hijos, a ser dependiente de ellos, generando así sentimientos de culpa y una disminución en la autoestima del paciente (Florenzano, 1993). De esta manera, las constantes adaptaciones que tendrá que hacer en sus roles podría producirle cierto malestar emocional debido a las ideas o expectativas que tiene sobre su vida y que en este momento no lo puede cumplir (Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora, & Castelo, 2007).

No obstante, queda en cuestión el por qué los adultos jóvenes de la muestra puntuarían menos en el estilo desamparo/ desesperanza. Esto debido a que según Nussbaum y Sen (1996), la calidad de vida de los pacientes se verá alterada por los continuos y diversos cambios que la enfermedad conlleva. Los adultos jóvenes podrán, entonces, ver afectada su vida pues las expectativas que tenían para el futuro, se verán ahora inciertas, como el tener una carrera profesional, una vida laboral estable, establecer una familia, entre otros (Orozco, et al., 2001).

A pesar de lo señalado, se podría plantear que al verse alterada la calidad de vida del paciente adulto joven, éste podría responder con una actitud más luchadora para poder hacerle frente a la enfermedad y así cumplir sus metas de vida. Esta idea podría sustentarse con lo encontrado en una investigación peruana (Díaz, Salazar & Santa Cruz, 2014) realizada en Chiclayo, capital del departamento de Lambayeque, en donde pacientes adultos jóvenes con cáncer adoptaban una actitud de confrontación hacia la enfermedad, con el fin de obtener mejores resultados en su salud. Asimismo, poseían autocontrol en el manejo de sus emociones y conductas, lo que les permitía tener cierta percepción de control frente a la situación difícil que tenían que afrontar. De la misma manera, percibían un mayor apoyo social, lo que también va de acuerdo con la idea de que los adultos jóvenes suelen tener una mayor percepción de apoyo (Costa & Ballester, 2010). Es así que con todo lo mencionado podríamos hipotetizar que quizás los adultos jóvenes de esta muestra contaban con mayor cantidad de recursos adaptativos y una mayor percepción de apoyo social, que como bien se ha señalado anteriormente, le proveen al individuo una mayor sensación de control, por lo que podrían percibir a la enfermedad como un reto personal y a él mismo como alguien capaz de hacerle frente, características opuestas al estilo desamparo/ desesperanza (Llull, Zanier & García, 2003; Moorey & Greer, 1989; Soriano, 2002; Trigos, 2009, 2012).

Por otro lado, al analizar el ajuste mental al cáncer de acuerdo a la variable nivel de instrucción, se halló que a menor nivel educativo, habría un mayor uso de los estilos



desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo, y a mayor nivel educativo, un mayor uso del estilo espíritu de lucha. Dichos resultados son corroborados con otras investigaciones realizadas en Brasil y Perú (De Cassia, Fernandes, & Martins, 2008; Trigo, 2009, 2012), en donde se obtuvo lo mismo. Esto podría explicarse con que a mayor nivel de instrucción, los pacientes suelen obtener más información acerca del cáncer y su tratamiento, factor importante en el proceso de enfermedad, ya que la mala comprensión del pronóstico puede generar preocupación y angustia (De Paula, 2005; Fuentes & Blasco, 2010). Asimismo, según Lull, Zanier y García (2003), los pacientes con mayores estudios utilizan diferentes estrategias de afrontamiento, lo que podría indicar que tienen mayor disposición de recursos para afrontar situaciones difíciles, y probablemente, una mayor percepción de control sobre la enfermedad.

De esta manera, los pacientes con bajos niveles de instrucción posiblemente posean una baja percepción de control al evaluar la enfermedad como una amenaza o pérdida, lo que podría asociarse con un peor estado psicológico (Ferrero, Toledo & Barreto, 1995). De ahí se puede inferir que quienes posean bajos niveles de estudios utilicen más el estilo de ajuste desamparo/ desesperanza. Esto a su vez se relaciona con un estudio alemán que señala que un bajo nivel educativo aparentemente predice una peor calidad de vida en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, por lo que el estilo de ajuste que utilicen se verá afectado por esta variable (Sehlen et al., 2002).

A partir de lo señalado, se debe resaltar que los pacientes con mayor nivel educativo tienen mayor acceso a la información, mayor posibilidad de beneficiarse de nuevos conocimientos y de adquirir diferentes perspectivas sobre la vida, en comparación con quienes no cuentan con estudios. Incluso, un mayor nivel educativo podría favorecer al sujeto a tener mayores oportunidades laborales, mejor situación económica, y a adquirir un mayor prestigio social (Gerald, Figueiredo, Eli, Cruz & Scatena, 2007). De esta manera se refuerza la idea de que los pacientes con mayores estudios podrían tener más herramientas para afrontar el cáncer, y por ende una mayor sensación de control y una percepción del diagnóstico como un reto, por lo que, aparentemente, ellos serían quienes más utilizarían el estilo espíritu de lucha (Moorey & Greer, 1989; Trigo, 2000, 2012).

En conclusión, esta investigación evidencia la relación estrecha entre los constructos de ajuste mental al cáncer y apoyo social percibido en los pacientes con cáncer de tiroides. Se encontró una relación directa entre el estilo espíritu de lucha y los tres tipos de apoyo percibido: emocional/informacional, afectivo e instrumental, y una

relación inversa entre el estilo desamparo/ desesperanza y también los tres tipos de apoyo mencionados, debido a que este último es un recurso protector de la salud y que aparentemente podría favorecer la adaptación del individuo a la enfermedad.

De la misma manera, con respecto a las variables sociodemográficas consideradas en el estudio, se encontró que a mayor edad, habría un mayor uso del estilo desamparo/ desesperanza, debido, posiblemente, a los distintos duelos que tienen que afrontar, adicionales al cáncer. Por último, se encontró que a mayor nivel de instrucción, habría un mayor uso del estilo espíritu de lucha, y que a un menor nivel de instrucción, habría un mayor uso de los estilos desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. Estos hallazgos probablemente se deben a que el nivel de instrucción está relacionado con una mayor cantidad de recursos de afrontamiento, y por ende con una mayor percepción de control sobre la situación de enfermedad.

A partir de lo mencionado, se podría señalar que la presente investigación ha contribuido en brindar mayores alcances acerca de la relación entre el apoyo social y el ajuste mental al cáncer. De esta manera podría ser de utilidad para elaborar en un futuro posibles estrategias de intervención que favorezcan un adecuado ajuste a la enfermedad. Asimismo, se ha logrado un mayor acercamiento a una población poco estudiada, generando así una base para las próximas investigaciones sobre cáncer de tiroides.

No obstante, se deben considerar las limitaciones del presente estudio. Una de ellas podría ser las dificultades que se tuvieron al aplicar las pruebas, pues muchos de los participantes no entendían con facilidad los ítems, debido a las características propias de la muestra. En primer lugar, se debe considerar que algunos pacientes no contaban con un alto nivel académico, o en todo caso, poseían un pensamiento de tipo concreto, el cual era evidenciado por lo difícil que les resultaba entender la propuesta del estudio. Esto vendría a ser un obstáculo para la posterior comprensión de ítems muy elaborados o planteados en forma negativa, pues ambas pruebas no fueron originalmente elaboradas para una población con bajos niveles educativos. Asimismo, al provenir la mayoría de provincia, el significado que le otorgaban a ciertos enunciados podría ser distinto a los que las escalas medían, pues dichas pruebas no han sido adaptadas a nivel lingüístico para este tipo de pacientes.

Otra de las limitaciones fue que algunos de los participantes manifestaban dificultades en la visión y pedían que se les lea las pruebas para que ellos contesten de forma oral. Esto podría haber influido en sus respuestas, tanto por deseabilidad social como también por el hecho de que al leérselos, se les daba mayor apertura a que ellos

pregunten sobre el significado de los enunciados o a que pidan que se les repita varias veces la frase y las opciones de respuesta, marcando así una diferencia con los que respondían de manera individual y sin ninguna aclaración sobre los enunciados.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que la muestra estaba compuesta por pacientes de cáncer y que aún muchos se encontraban en tratamiento médico, por lo que podrían encontrarse inestables emocionalmente. Es así que los ítems de las pruebas aplicadas movilizaron a algunos pacientes, llegando incluso a que estos expresen sus miedos y tristezas mediante el llanto. En esos casos, se tuvo que detener la aplicación de los cuestionarios y proveer contención y validación emocional hasta que el paciente pueda estabilizarse. Es relevante mencionar que a ellos se les invitaba al servicio de psicología de la institución, de modo que luego se les pueda abordar con mayor tiempo y en mejores condiciones sus preocupaciones y miedos.

Igualmente, se debe considerar que dicha inestabilidad emocional también se debe a los cambios hormonales que se producen por el cáncer de tiroides, al tratamiento hormonal que la mayoría recibe, e incluso al impacto y a las consecuencias que un diagnóstico de cáncer conlleva. Es así que sus respuestas posiblemente se vean sesgadas por el estado de ánimo que tuvieron el día de la aplicación, y que podrían haber sido diferentes si se aplicaban los cuestionarios otro día. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que al estar la muestra predominantemente conformada por mujeres, los resultados también podrían estar sesgados por las particularidades de dicho género.

Finalmente, como sugerencias para próximas investigaciones, se recomendaría que se adapte la redacción de los ítems del MAC, y la formulación de instrucciones del MOS, a la población de nuestro contexto. De esa manera se facilitaría la aplicación de dichas pruebas en nuestro medio y se podrían obtener resultados más confiables.

De la misma manera, se recomendaría contar con una muestra más amplia para poder realizar comparaciones por sexo entre los estilos de ajuste. Asimismo, sería interesante desarrollar un estudio longitudinal donde se midan ambos constructos para observar las variaciones que se pueden dar en los distintos momentos de la enfermedad.

Y por último, sería interesante poder contar con un mayor número de investigaciones sobre el cáncer de tiroides, pues no es un tipo de cáncer muy estudiado en nuestro medio. Igualmente, se recomendaría mayor investigación sobre el ajuste mental al cáncer y el apoyo social en pacientes con otros tipos de cáncer del área de cabeza y cuello. Si bien no son cánceres tan predominantes como otros, sería importante

conocer un poco más acerca de ellos por todos los efectos y/o consecuencias que puede generar en la persona un tumor en la parte más visible del cuerpo.





## Referencias

- Aguilar, A. (2008). El psicólogo y su contribución con la oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 7(2), 27-28.
- American Cancer Society (2014). *Cáncer de tiroides*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002324-pdf.pdf>
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de doctorado). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/4740>
- Barker, P. (1992). *Basic family therapy* (3a. ed.). Oxford: Blackwell Scientific.
- Barra, E. (2003). Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55-60.
- Barrón, A. (2005). Apoyo psicosocial al paciente con cáncer. *Jano: Medicina y humanidades*, (1577), 76-78.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23
- Chávez, M., Castillo, O., & Marique, H. (agosto, 2013). *Características epidemiológicas y clínicas del cáncer de tiroides en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo julio 2005-junio 2010*. Trabajo presentado en el XIII Congreso Peruano de Endocrinología 2013, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.endocrinoperu.org/pdf/RESUMENES%20XIII%20CONGRESO%20PERUANO%20DE%20ENDOCRINOLOGIA%202013.pdf>
- Cho, D., Park, C., & Blank, T. (2013). Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychology & Health*, 28(8), 874-894. doi: 10.1080/08870446.2012.762979
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, S. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psychooncology*, 18(10), 1045-52.
- Collingridge, D. (2013). Cancer control in Latin America and the Caribbean: a bold ambition? *The Lancelot Oncology*, 14(6), 383.
- Cortés, A., Granados, M., Cano, A., Flores, L., & González, I. (2009). El diagnóstico de neoplasia folicular. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 2(4), 85-91.



- Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de la características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2-3), 453-462.
- Costa, G., Ballester, R., & Gil, F. (2014). The influence of coping response and health-related quality of life on perceived social support during cancer treatment. *Palliative and Supportive Care*, 1-7. doi: 10.1017/S1478951514000418.
- Costa, G., & Gil, F. (2009). The Mental Adjustment to Cancer scale: a psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(9), 984-991.
- Costa, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687-691.
- Crockett, L., Iturbide, M., Torres, R., McGinley, M., Raffaelli, M., & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support and coping: relations to psychological adjustment among mexican american college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347-355.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis
- Curado, M., Edwards, B., Shin, H., Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M., & Boyle, P. (2007). Cancer Incidence in Five Continents. *Scientific Publications*, 9(160), 72-73.
- De Cássia, R., Fernandes, M., & Martins, E. (2008). Mini-MAC – Escala de ajuste mental para el cáncer: Estructura factorial. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 169-177.
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de la Familia*, 6(1), 10-18.
- De Paula, E. (2005). *Psychosocial adjustment of brazilian women with breast cancer* (Tesis de doctorado). Recuperada por la base de datos ProQuest Dissertation & Theses. (UMI No. 3155737). New York University, New York.
- Demaria, V. (2011). *Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblioteca.digital.uda.edu.ar/325>
- Díaz, E., Salazar, L., & Santa Cruz, E. (2014). Afrontamiento de pacientes con cáncer, en tratamiento con quimioterapia en el servicio de oncología de un hospital de Chiclayo. *Revista Científica Salud y Vida Sipanense*, 1(2).
- Dukes, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.

- Dye, C., Boerma, T., Evans, D., Harries, A., Lienhardt, C., McManus, J., Pang, T., Terry, R., & Zachariah, R. (2013). *Investigaciones para una cobertura sanitaria. Informe sobre la salud en el mundo 2013*. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York: W.W. Norton
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia. Revista de investigación y formación en antropología*, (3), 1-16.
- Florenzano, R. (1993). *En el camino de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Forero, F., Bernal, G., & 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.
- Fuentes, S., & Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7(1), 51-60.
- Geraldes, M., Figueiredo, S., Eli, C., Cruz, S., & Scatena, T. (2007). Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis. *Revista Latino-Am Enfermagem*, (15).
- Granados, M., Estrada, E., & Apodaca, A. (2009). Cáncer diferenciado de la tiroides: aspectos generales. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 2(4), 65-71.
- González, M., Infante, A., López, M., & De Dios, J. (2004). Protocolo de diagnóstico y tratamiento del cáncer tiroideo. *Revista Cubana de Cirugía*, 43(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932004000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932004000200001&script=sci_arttext)
- González, H., & Mosso, L. (2006). Cáncer papilar de tiroides: Visión actual. *Boletín de la escuela de medicina*, 31(2), 87-91.
- Goodwin, L., Price, Lee, W., Rayner, L., Moorey, S., Monroe, B., Sykes, N., Hansford, P., Higginson, I., & Hotopf, M. (2014). I've had a good life, what's left is a bonus: Factor analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale in a palliative care population. *Palliative Medicine*, 28(3), 243-255.
- Hegelson, V., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.

- Herrera, F., Calderón, O., & Hernández, L. (2007). Redes que comunican y redes que enclaustran: evidencia de tres circuitos migratorios contrastantes. *Migración y Desarrollo*, (8), 3-23.
- Hernández, D., Pérez, Y., Guerra, V., Treto, A., & Grau, R. (2013). Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 10(2).
- Ibáñez, E., & Romero, R. (2000). Información, emoción, estrategias de afrontamiento y enfermedad oncológica. En E. Rubio y J. García (Eds.), *Oncología Clínica Básica* (pp. 303-310). Madrid: Aran Ediciones.
- Inoue, S., Saeki, T., Mantani, T., Okamura, H., & Yamawaki, S. (2003). Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Support Care Cancer*, 11(3), 178-184.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2014). *Neoplasias malignas más frecuentes diagnosticadas en ambos generos en el INEN 1985-2011* [Datos estadísticos]. Recuperado de [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos\\_estadisticos/22042013\\_NEOPLASIAS\\_MALIGNAS\\_FRECUENTES\\_1985.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/22042013_NEOPLASIAS_MALIGNAS_FRECUENTES_1985.pdf)
- Johansson, M., Rydén, A., Ahlberg, K., & Finizia, C. (2012). "Setting boundaries"-Mental adjustment to cancer in laryngeal cancer patients: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 419-425.
- Kilfoy, B., Zheng, T., Holford, T., Han, X., Ward, M., Sjodin, A., Zhang, Y., Bai, Y., Zhu, C., Guo, G., Rothman, N., & Zhang, Y. (2009). International patterns and trends in thyroid cancer incidence 1973-2002. *Cancer Causes Control*, 20(5), 525-531.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Lemos, S., & Fernández, J. (1999). Redes de soporte social. *Psicothema*, 2(2), 113-135.
- Llull, D., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

- Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S., & Granados, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 156-161.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books
- Novelli, J. (2006). Tiroidectomía mini-invasiva video-asistida: técnica quirúrgica para pacientes seleccionados. *Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio*, (14), 48-52.
- Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M., & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 315-329.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1996). *La calidad de vida*. Mexico: The United Nations University.
- Oré, J., & Otárola, M. (2004). Patología maligna tiroidea. Hospital Sabogal, Callao. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65(1), 36-41.
- Orozco, G., Parodi, J., & Polanía, G. (2001). *Relación entre estrategias de afrontamiento y variables asociadas al tratamiento del cáncer con calidad de vida* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de la Sabana, Bogotá.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de [http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=16805&tmpl=component&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=16805&tmpl=component&Itemid=270&lang=es)
- Pellegriti, G., Frasca, F., Regalbuto, C., Squatrito, S., & Vigneri, R. (2013). Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2013(2013).
- Pérez, A. (2011). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A. Pérez, J. Ruiz, P. Sanjuán & B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 635-683). Madrid: UNED.
- Pérez, J., Triana, P., Núñez, M., Herrera, D., Machado, R., & Vázquez, U. (2004). Cirugía conservadora en el cáncer diferenciado de tiroides. *Revista Medicentro Electrónica*, 8(1).
- Queenan, J., Feldman-Steward, D., Brundage, M., & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, 251-259. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.01029.x

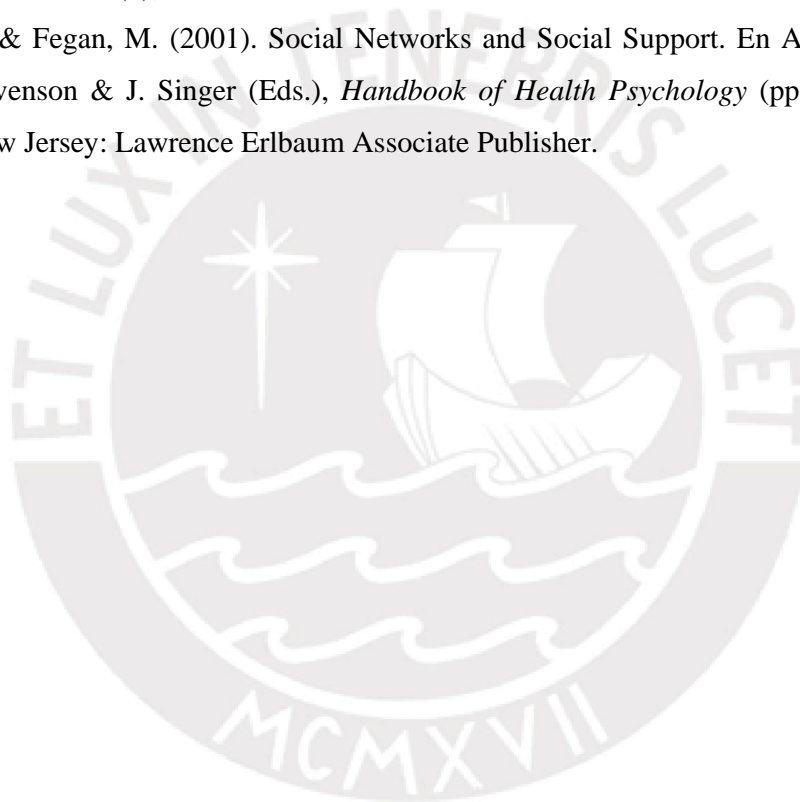
- Quick, J.D., Nelson, D.L., Matuszek, P.A.C., Whittington, J.L. & Quick, J.C. (1996). Social support, secure attachments and health. En C.Cooper (Ed), *Handbook of stress, medicine and health* (pp. 267-287). Boca Raton: CRC Press
- Ramírez, S. (2013). Manejo del nódulo tiroideo. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(605), 141-143.
- Ramos, W., Venegas, D., Medina, J., Guerreo, P., & Cruz, A. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud del Perú.
- Requena, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687-691.
- Rivas, J. (2008). *Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis de la PUCP.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4(1), 7-19.
- Rodríguez, S., & Héctor, E. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodébate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 155-168.
- Rodríguez, R., Hernándo, F., Cruzado, J., Olivares, M., Jamal, I., & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112.
- Romero, M. (2008). *Estudio descriptivo del proceso de tamizaje de salud mental en población oncológica* (Tesis de diplomado inédita). Universidad de la Sabana, Bogotá.
- Rowland, J. (1990). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. En J. Holland y J. Rowland (Eds), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 75-100). Nueva York: Oxford University Press.
- Ruda, L. (2013). *Memorias de las jornadas de psicooncología 2009-2012*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Scherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science ans Medicine*, 32(6), 705-714.



- Schnoll, R. A., Knowles, J. C., & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37-59.
- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Lenk, M., Schymura, B., Herschbach, P., Aydemir, U., & Dühmke, E. (2002). Only sociodemographic variables predict quality of life after radiotherapy in patients with head and neck cancer. *International journal of radiation oncology, biology and physics*, 52(3), 779-783.
- Sells, D., Sledge, W., Wieland, M., Walden, D., Flanagan, E., & Miller, R. (2009). Cascading crises, resilience and social support within the onset and development of multiple chronic conditions. *Chronic Illness*, 5(2), 92-102.
- Semple, C., Parahoo, K., Norman, A., McCaughan, E., Humphris, G., & Mills, M. (2013). Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. *The Cochrane Collaboration*, (7), 1-56.
- Soares, A., Biasoli, I., Scheliga, A., Baptista, R., Brabo, E., Morais, J., Werneck, G., & Spector, N. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Medical Outcomes Study-Social Support Survey in Hodgkin's lymphoma survivors. *Support Care Cancer*, 20(8), 1895-1900.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de psicooncología. *Boletín de Psicología*, (75), 73-85.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123-129.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndes, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Trigoso, V. (2009). *Propiedades psicométricas de la escala Ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)* (Tesis de licenciatura). Recuperado del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Urquidi, L., Montiel, M., & Gálvez, M. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(1), 30-36.



- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2), 1-11. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-221.
- Watson, M., Greer, J., Inayat, Y., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203-209.
- Wills, T., & Fegan, M. (2001). Social Networks and Social Support. En A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 209-234). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate Publisher.





**APÉNDICES**



## Apéndice A

### Consentimiento informado para participantes de investigación

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

La presente investigación es conducida por Melisa Sierralta Rodríguez, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo de este estudio es conocer las percepciones que los pacientes oncológicos tienen acerca de su enfermedad y su entorno.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos así como dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 40 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. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Melisa Sierralta Rodríguez. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es conocer las percepciones que los pacientes oncológicos tienen acerca de su enfermedad y su entorno.

Me han indicado también que tendré que responder una ficha de datos así como dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Melisa Sierralta Rodríguez al teléfono 992825038 o al correo electrónico: melisa.sierralta@pucp.pe.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

---

Firma de la Investigadora

---

Firma del Participante

---

Fecha



**Apéndice B**  
**Ficha de datos**

**I. Información personal**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

Estado civil:

Soltero	<input type="checkbox"/>
Casado o conviviente	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>

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"/>

Lugar de origen: \_\_\_\_\_

Sobre su residencia en Lima:

Siempre he vivido en Lima	<input type="checkbox"/>
Vivo en Lima desde antes de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>
Vivo en Lima desde que empezó mi tratamiento	<input type="checkbox"/>
No vivo en Lima, solo vengo para mi tratamiento	<input type="checkbox"/>



¿Con quiénes vives?: Puede marcar más de una opción

Papá	
Mamá	
Esposo/ Esposa	
Hijo/ Hija	¿Cuántos?
Tío/ Tía	
Abuelo/Abuela	
Sobrino/Sobrina	¿Cuántos?

Datos laborales

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Si es que dejó de trabajar, ¿fue por la enfermedad?:

Sí		No	
----	--	----	--

- ¿En qué trabajaba?: \_\_\_\_\_
- ¿Hace cuánto tiempo dejó de trabajar?: \_\_\_\_\_

## II. Información médica

¿Qué tipo de cáncer de tiroides tiene?: \_\_\_\_\_

Estadio clínico: \_\_\_\_\_

Tiempo de enfermedad desde que fue diagnosticado:

\_\_\_\_\_

Tratamientos:

Tratamientos anteriores		Tratamiento actual	
Radioterapia		Radioterapia	
Quimioterapia		Quimioterapia	
Cirugía		Cirugía	
Otros (especifique):		Otros (especifique):	

**Apéndice C**  
**Análisis no significativos**

*Correlaciones de Spearman entre los estilos de ajuste mental al cáncer y la edad*

	Estilos de ajuste					
	Espíritu de lucha		Preocupación ansiosa		Fatalismo	
	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
Edad	-.07	.5	.14	.21	.2	.06

