



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD**

**Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos  
adultos.**

Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud que  
presenta la Licenciada:

Viviana María Trigoso Obando

Asesora: Lourdes Ruda

Lima, 2012

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a todos los pacientes que participaron en esta investigación, gracias por compartir su experiencia y con ello permitirme aprender y crecer no sólo profesionalmente sino, sobre todo, como ser humano.

A mi asesora Lourdes Ruda, por acompañarme y comprometerse para lograr que esta investigación rinda frutos, por su confianza y apoyo en mi desarrollo profesional.

A quienes han contribuido con esta investigación en distintos momentos: Magaly Nóblega, asesorándome a inicios del proyecto; a Doris Argumedo y Arturo Calderón, por brindarme su tiempo y asesoría para los resultados estadísticos, a José Mogrovejo por su apoyo constante.

A Lucía Ulfe, Richard Mejía y Julius Silva, quienes se encariñaron con el proyecto y cuya labor fue fundamental para que éste se realizara satisfactoriamente, gracias por su compromiso y sobre todo por su dedicación con los pacientes de la muestra.

Al personal del INEN: a Rosa Arguelles y Tomy Agurto del servicio de psicología; a los doctores Alfredo Moscol e Ivan Belzusarri del servicio de radioterapia; a Hanith Muro y Susana Wong del Club de la mama; y el resto de personal y voluntarios que brindó las facilidades para realizar esta investigación

A mi familia: a mis padres por su cariño, por impulsarme y apoyarme en mis metas siempre. A mis hermanos por su compañía y soporte en todo momento. A mi abuelo Luchito por su cariño y por su apoyo incondicional en mi carrera. A mis sobrinos por ser mi alegría.

Finalmente a quienes me han acompañado en los vaivenes de sacar adelante este proyecto: a Mariela Tavera, por su valiosa amistad y apoyo al asumir este y tantos retos juntas; a Marissa Trigoso por estar ahí dándome fuerzas y ánimo, por leer este trabajo y apoyarme siempre; a Mercedes Carrillo por ofrecerme y brindarme siempre su colaboración; a Tatiana Trigoso por estar atenta brindándome su compañía y apoyo, a Laura Arriola por estar presente con su amistad y cariño; y a Kathy Laos por alentarnos y ayudarnos.

## RESUMEN

### **Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos**

El propósito del presente estudio fue explorar la relación y el potencial predictivo de los estilos de ajuste al cáncer con el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos.

Participaron 98 pacientes entre 30 y 70 años de edad durante sus consultas ambulatorias en el INEN. La evaluación de los constructos se realizó a través de nuestra versión adaptada de la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC, Watson et al, 1988) (Trigoso, 2009); un cuestionario abierto sobre la percepción y el significado del cáncer en la vida del sujeto, y la versión española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al, 2006).

Mediante análisis de regresión jerárquica, se plantea un modelo que, tomando como variable de control la educación superior, muestra la capacidad predictiva de los estilos Fatalismo/ Aceptación estoica, Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa respecto al Bienestar Psicológico como medida global.

Los resultados llevan a la revisión de los planteamientos del modelo de ajuste, sus estilos y medición para nuestra población. Se discute la importancia de la evaluación del ajuste como proceso, la primacía que se le ha dado al Espíritu de Lucha como único estilo favorable, y se retoma la conceptualización del Fatalismo/ Aceptación estoica como una respuesta de aceptación antes que de resignación fatalista. Asimismo, se brindan alcances clínicos a tomar en cuenta para la intervención con estos pacientes, dentro de los cuales pueden considerarse los resultados donde se evidencian diferencias significativas entre algunas variables sociodemográficas y de enfermedad respecto al ajuste y bienestar.

Palabras clave: Ajuste Mental al Cáncer, Bienestar Psicológico, Psicooncología, Fatalismo/ Aceptación estoica, Espíritu de Lucha, Pacientes oncológicos

## ABSTRACT

### **Mental Adjustment to Cancer and Psychological Well-Being in oncologic adult patients.**

The aim of the present study was to explore the relation and predictive power of the mental adjustment to cancer styles with psychological wellbeing in oncologic adult patients.

Participants included 98 adult oncology patients between 30 and 70 years old, who were receiving ambulatory treatment in the INEN. They provided responses via our version of the Mental Adjustment Scale of cancer (MAC, Watson et al, 1988) (Trigoso, 2009); an open questionnaire about the perception and meaning of the illness in patient's life and, Spanish version of Ryff's Scales of Psychological Well-Being (Diaz et al, 2006)

By Hierarchical regression analysis, we obtained a model that taking superior education as a control variable, shows the predictive capability of Fatalism/ Stoic acceptance, Helpless-hopelessness and Anxious Preoccupation with Psychological Well-being.

The results allows us to review the original model of mental adjustment, its styles and measure for our context. It sheds light on the importance of the adjustment evaluation as a process, questions the primacy of the Fighting Spirit as the most favorable posture, and recognizes a favorable lecture of Fatalism/ Stoic acceptance as an acceptance response instead a fatalistic resignation one. We also give some clinical advices for the intervention with this patients, including the results that shows significative differences between sociodemographic and illness variables with mental adjustment and psychological well-being.

Keywords: Mental Adjustment to Cancer, Psychological Well-being, Psycho oncology, Fatalism/ Stoic Acceptance, Fighting Spirit, Oncologic Patients

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	13
Participantes	13
Ajuste al cáncer	15
Bienestar Psicológico	18
Procedimiento	22
RESULTADOS	23
DISCUSION	39
REFERENCIAS	59
ANEXOS	
Anexo A: Materiales para la aplicación	
Anexo B: Precisiones sobre los instrumentos	
Anexo C: Pruebas de normalidad	
Anexo D: Correlaciones	
Anexo E: Supuestos para el modelo de regresión	

## Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más temidas por el ser humano, pues posee un carácter impredecible en cuanto a su aparición y desarrollo. Además, a pesar de los avances de la ciencia, la mortalidad por cáncer continúa incrementándose, llegando a ocupar la primera causa de muerte en nuestro país (MINSA, 2010). Esto lleva a que el sólo hecho de pensar en el cáncer nos remita a una serie de miedos y sensaciones intensas relacionadas con el dolor y la muerte.

Recibir el diagnóstico oncológico representa, entonces, un periodo de crisis para el individuo (Dreyfuss, 1990; Taylor, 2003), debido a que marca el inicio de un conjunto de cambios en su vida. En primer lugar, al recibir la noticia surgen en el paciente sensaciones muy variadas, dentro de las que destacan la incredulidad y shock acerca de su situación; luego, progresivamente pueden ir apareciendo sensaciones como desesperación, desesperanza, y angustia debido a la incertidumbre que tienen acerca de su futuro, así como la percepción inmediata de la posibilidad de perder la vida (Alarcon, 2006; Dreyfuss, 1990; Mesenguer, 2003). Por otro lado, el paciente se enfrenta continuamente con la vulnerabilidad de su condición humana al tener que sobrellevar los molestos síntomas y efectos secundarios de los tratamientos (Bayés, 2000; Jimenez, 2006; Spencer, Carver & Price, 1998). Además, deberá adaptarse también a una serie de alteraciones en su estilo de vida, por la aparición de nuevas rutinas, la necesidad de nuevos hábitos e imposición de horarios (Barroilhet, Forjaz, Garrido, 2005).

El paciente se encuentra entonces, frente a la difícil y compleja labor de adaptarse a la enfermedad y su tratamiento, mediante la incorporación progresiva de estos cambios en su ritmo de vida y la elaboración a nivel afectivo de las emociones que conllevan los mismos. En ese sentido, la adaptación al cáncer no consiste en un resultado único, sino más bien constituye un proceso, en el cual emergen ciertas respuestas que permiten al individuo ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida con esta enfermedad (Barroilhet et al, 2005). El manejo de la misma enfermedad contribuirá también al funcionamiento en otras áreas que no estén ligadas directamente a la misma, como por ejemplo el trabajo, las relaciones sociales y familiares.

Desde el marco de la psicología de la salud y la psicooncología, los trabajos en relación a la adaptación a la enfermedad oncológica mayoritariamente utilizan el término

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

De acuerdo a Soriano (2002) este concepto se refiere a un sentido amplio y comprensivo de objetivos psicológicos y conductuales en el proceso de salud que incluye la reacción de ajuste a la misma enfermedad, la integración de demandas cambiantes del paciente y reacomodos interpersonales que conlleva la misma. Estos aspectos han sido abarcados en distintas investigaciones bajo los constructos de ajuste psicosocial (p.e. Urquidi, Montiel, & Gálvez, 1999), ajuste mental (p.e. Rodríguez et al, 2007), o ajuste psicológico (p.e. Quartana, Laubmeier, & Zakowski, 2006). Dentro de estos constructos, destaca el de ajuste mental al cáncer puesto que su utilidad ha sido demostrada en numerosas investigaciones y reconocida en diferentes textos teóricos sobre el tema (Alarcón, 2006; Holland, 1998; Holland & Rowland, 1990).

La teoría de ajuste mental al cáncer parte de un paradigma cognitivo según el cual se asume que lo que guía o determina la conducta es la interpretación que el sujeto hace de la situación a través de un proceso evaluativo (Folkman & Greer, 2000; Moorey & Greer, 2002). En ese sentido, se nutre mucho de los aportes que proporciona la teoría de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), adaptando los conceptos para brindar un modelo acorde a las particularidades de la población.

El ajuste mental al cáncer, entonces, se define como las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante dicha enfermedad, comprendiendo la valoración de la enfermedad (significado del cáncer para el sujeto) así como lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza o malestar que supone la enfermedad (Moorey & Greer, 2002; Watson, Greer, Inayat, Burgess & Robertson, 1988).

Esta valoración de la enfermedad, según los autores, supone el planteamiento de 3 interrogantes principales que surgen en el paciente a las semanas y meses posteriores al diagnóstico oncológico: cuán grande es la amenaza, qué se puede hacer al respecto (sensación de control), y cuál es el pronóstico. La teoría plantea que de las respuestas a estas preguntas, así como de las reacciones emocionales, surgen 5 posibles estilos de ajuste: Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza, Fatalismo/ Aceptación Estoica,

Evitación/ Negación y Preocupación Ansiosa; se asume que de cada uno se desprenden estrategias de afrontamiento.

El *Espíritu de Lucha* se caracteriza por la percepción del diagnóstico oncológico como un reto personal que suele acompañarse de una sensación de control moderado de la situación. Estos pacientes presentan una actitud optimista, se encuentran dispuestos a luchar contra la enfermedad y participar en las decisiones sobre el tratamiento. Asimismo, parecen estar más impulsados a cambiar aspectos de su estilo de vida (por ejemplo se alimentan mejor, dejan o reducen el consumo de alcohol y tabaco), y a buscar información adecuada acerca de su enfermedad y de los medios que pueden utilizar para combatirla.

El estilo *Desamparo/ Desesperanza*, por su parte, se caracteriza por la percepción del diagnóstico como pérdida; el paciente tiene la sensación de falta de control de la situación, asume una visión pesimista del pronóstico, y se siente emocionalmente deprimido. Los sentimientos de tristeza, de acuerdo a Ibañez y Romero (2000) suelen ser acompañados de culpa y pueden progresivamente conducir al aislamiento y, a su vez, generar dificultades en la adherencia al tratamiento.

*Preocupación Ansiosa*, por otro lado, es el estilo que se caracteriza por percibir la enfermedad como una amenaza, la cual implica no sólo la sensación de peligro para la vida, sino también para los proyectos de la persona. El paciente se encuentra invadido por un estado de incertidumbre que lo mantiene ansioso, se muestra hiperalerta frente a cualquier síntoma que pueda indicar extensión o recurrencia del cáncer; por ello, para disminuirlo intentará acceder a mayor información, sin embargo, esta información recibida tenderá a ser interpretada de forma negativa.

En el caso del estilo de *Fatalismo/ Aceptación Estoica*, el paciente, al igual que en el caso de Preocupación Ansiosa, percibe el diagnóstico como una amenaza, sin embargo, esta amenaza no es vivida con tanta angustia, sino más bien resignación. El paciente, bajo este estilo, siente que no tiene control alguno sobre su situación, lo que lo lleva a aceptar su pronóstico de manera pasiva.

Finalmente, en el caso del estilo *Evitación/ Negación*, la persona no acepta el diagnóstico o lo minimiza, bajo distintos supuestos: la desconfianza en la ciencia, no admitir la propia vulnerabilidad, desconfiar de la fuente de información, entre otras. Al igual que en el Espíritu de Lucha, los pacientes tienen una actitud optimista frente al pronóstico pero, en este caso, se debe a la no aceptación de la información y la consecuente "ilusión de control".



Con el desarrollo de esta teoría y de los métodos para evaluar a los pacientes oncológicos tomando en cuenta estos estilos, se estableció que lo más favorable para el individuo era puntuar alto en Espíritu de Lucha y bajo en el resto (Moorey & Greer, 2002; Watson et al, 1988); es decir, se habla de un estilo predominante. Sin embargo conviene tomar en cuenta que al medir las respuestas que caracterizan a cada estilo, se ha evidenciado interrelación entre algunas de las mismas (Forero, Bernal & Restrepo, 2005; Trigoso, 2009; Watson & Homewood, 2008), por lo que, al no diferenciarse claramente los estilos, se evidencia que no existe una única configuración. Esto lleva a la necesidad de tomar en cuenta consideraciones teóricas cuando se evalúa empíricamente.

Se han incrementado los estudios que buscan explorar qué estilos realmente están resultando más favorables o desfavorables para la salud del paciente. Cabe destacar que la mayoría de éstos ha tenido como indicadores de funcionalidad criterios de mejora o deterioro del paciente en relación a su enfermedad (tiempo de supervivencia, mejoría física, sensación de dolor) o, siguiendo la definición anterior de ajuste, ha considerado la funcionalidad del ajuste de acuerdo a la ausencia de morbilidad psicológica.

Watson y Greer (1998) citan algunos estudios de este tipo, que reportan resultados variados en cuanto a riesgo de recurrencia del cáncer y el tiempo de supervivencia de los pacientes (p.e. Andrykowski, 1994; Greer et al, 1990; y Morris et al, 1992). En gran parte de dichos estudios se evidenciaba que la mayor recurrencia del cáncer y posibilidad de muerte se encontraba en pacientes con mayor Fatalismo, Preocupación Ansiosa y Desamparo Desesperanza; mientras que lo contrario ocurría con Espíritu de Lucha. En esta línea, años más tarde, Watson, Haviland, Greer y Davidson (1999), encontraron mayor riesgo a recaída en pacientes con altos puntajes en Desamparo/ Desesperanza aunque no encontraron resultados significativos en relación al Espíritu de Lucha. También se ha identificado que la prevalencia de síntomas depresivos, característico de Desamparo/ Desesperanza, es predictor de menor tiempo de supervivencia en pacientes con cáncer (Brown, Levy, Rosberger & Edgar, 2003).

La evidencia de acuerdo a esos indicadores de funcionalidad arroja resultados no del todo consistentes (Alarcón, 2006) e integrados. Por un lado, no todos los estudios que intentan vincular al ajuste con variables físicas de la enfermedad, como el tiempo de supervivencia, encuentran relaciones significativas, como por ejemplo los citados en Watson y Greer (1998). Por otro lado, cuando se han abordado variables psicológicas normalmente éstas se han operacionalizado de acuerdo a índices psicopatológicos que, al

ser diversos, dificultan hacer un seguimiento; y al enfocarse sólo en la morbilidad, no queda espacio para la identificación de recursos.

Estas inconsistencias o visiones parcializadas, han llevado a que poco a poco se incorpore en las investigaciones una serie de variables que involucren aspectos positivos, permitiendo así una visión más global del proceso. Esta nueva visión cobra mayor sentido cuando se la relaciona con el concepto integral de salud, definido por la OMS (1948) como “estado de bienestar físico, social y psicológico más que como la ausencia de enfermedad” (p.1), puesto que la dimensión psicológica de salud podría verse notablemente influida de acuerdo al tipo de ajuste.

Este cambio conceptual dentro del campo de la salud ha sido de gran influencia en la psicología situando lentamente la promoción del bienestar como un eje prioritario de la salud pública, debido a que se considera que los estados positivos no sólo forman parte integral de la salud sino que podrían tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos, así como en sus procesos de recuperación (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Algunos estudios demuestran que las personas con cáncer encuentran beneficios y reportan una mejora en su calidad de vida, mejores relaciones y cambios positivos en sus valores y prioridades; y que estas interpretaciones positivas en relación a la enfermedad son adaptativas y promueven el ajuste psicológico y el autocuidado (Taylor y Sherman, 2004).

En ese sentido, existe la posibilidad de que la funcionalidad del ajuste se pueda medir más allá de lo netamente físico o de la ausencia de lo psicopatológico, sino con la presencia de aspectos psicológicos positivos (Muñoz, 2007), sin ser éstas excluyentes. Por ejemplo, Costa & Gil (2008) refieren que ante circunstancias altamente aversivas e inmodificables como el diagnóstico de un cáncer, el ser humano es capaz de generar una respuesta de crecimiento o maduración personal, que no niega la vivencia de un sufrimiento, o las adversidades sino que lo intenta integrar dando un significado y un sentido.

El desarrollo de esta perspectiva ha permitido que actualmente, el estudio del bienestar cobre vital importancia pues se ha demostrado que tiene notables implicaciones para la salud de la persona, así como de su contexto social y comunitario (Hervás, 2009), pues parece tener efecto a mediano plazo en: la estabilidad y satisfacción familiar; satisfacción en las relaciones interpersonales; rendimiento a nivel laboral; así como mayor salud y longevidad (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

El estudio del bienestar se nutre de una tradición filosófica acerca de la felicidad; desde la psicología, se conciben dos paradigmas diferentes sobre cómo abordar empíricamente su análisis (Díaz, Blanco & Horcajo, 2008): el bienestar subjetivo, que sigue la línea filosófica del hedonismo; y el bienestar psicológico, el cual tiene de base la perspectiva filosófica eudaimónica.

El bienestar subjetivo concibe la felicidad como la experiencia de placer frente al displacer (Ryan & Deci, 2001). Se define como el grado en el cual un individuo juzga cognitivamente y afectivamente su vida (Cuadra & Florenzano, 2003), para lo cual se emplean los términos de satisfacción con la vida y afecto positivo-negativo respectivamente. La meta consiste, entonces, en maximizar la felicidad humana a través de conseguir la presencia del afecto positivo y la ausencia o reducción del negativo, junto con alcanzar una sensación de satisfacción con la propia vida (en términos de sus logros y expectativas).

Carol Ryff (1989) critica estos estudios diciendo que se ha considerado al bienestar como ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital. Así, desde la perspectiva del bienestar psicológico, se pone el énfasis en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal (Díaz et al, 2008), definiéndose entonces como el vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos (Cuadra & Florenzano, 2003).

Si bien se ha encontrado que ambos enfoques se relacionan significativamente con variables de salud, la literatura muestra que el bienestar psicológico, suele tener una relación más consistente con la salud que las medidas de bienestar subjetivo (Ryff, Singer y Dienberg, 2004; Vazquez & Castilla, 2009), ya que promueve efectos físicos favorables por más largo tiempo (Linley & Joseph, 2004), se vincula a mecanismos de regulación afectiva, de búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste a las demandas del medio. Así, parece servir como un elemento amortiguador o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009, en Vazquez et al, 2009), por lo que para objetivos del presente estudio nos centraremos en la perspectiva del bienestar psicológico.

Ryff (1989), a partir de la revisión de teorías del humanismo, existencialismo y desarrollo humano, propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por 6 dimensiones que fueron definidas operacionalmente para su adecuada medición: Autoaceptación, Relaciones Positivas con Otros, Autonomía, Dominio del

Entorno, Propósito de vida y Crecimiento personal. Sus características se presentarán a continuación (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

La *Autoaceptación* se define como tener actitudes positivas hacia uno mismo. Es considerado el atributo esencial de la salud mental, funcionamiento positivo y madurez. En contraparte, la persona que no posee una aceptación positiva de sí misma se siente insatisfecha y decepcionada con lo que le ha ocurrido en la vida, encontrándose problematizada sobre sus cualidades personales por lo que desearía ser diferente.

*Relación Positiva con otros* es una dimensión que evalúa el grado en que la persona tiene relaciones cálidas, satisfactorias, confiables y de preocupación por el bienestar de otros. Así, define al individuo que la tenga como una persona con una fuerte capacidad de empatía, afecto e intimidad, mientras que niveles bajos o no tenerla, implica que la persona tiene dificultades para empatizar y abrirse con los demás, por lo que no logra mantener vínculos significativos.

*Autonomía* es una dimensión que implica autodeterminación y capacidad de resistirse a presiones sociales llevando a la persona a regular su comportamiento desde sí misma, evaluándose bajo un locus de control interno. Por otro lado, una persona poco autónoma está pendiente de las expectativas y evaluaciones de los demás, basándose en juicios externos para tomar decisiones importantes.

*Manejo del Ambiente* se define como la capacidad del individuo para escoger contextos acordes a sus características psíquicas y para manipular contextos complejos. Esto lo logra a partir de actividades físicas o mentales en relación a sus valores y necesidades utilizando efectivamente las oportunidades que el entorno le ofrece. En contraparte, una capacidad disminuida de manejar el entorno de manera efectiva se define por la dificultad de manejar los asuntos del día a día y la sensación de incapacidad de cambiar o mejorar el contexto, no siendo consciente de las oportunidades.

*Propósito de Vida*, también llamada Sentido de vida, incluye las creencias que otorgan la sensación de que la vida tiene un propósito y un significado. Evalúa el grado en que una persona tiene metas, objetivos y un sentido de dirección. También la tendencia del individuo a encontrar un significado valioso a su vida presente y pasada.

*Crecimiento Personal*, es la dimensión de acuerdo a la cual se define a la persona que desarrolla continuamente su propio potencial y tiene sensación de constante crecimiento y expansión. El individuo percibe una mejora constante en su self y permanece abierto a las experiencias nuevas ya que reconoce que está en constante cambio. Las personas con poco crecimiento personal en cambio, tienen una sensación de

estancamiento y carecen de una sensación de que están mejorando y expandiéndose a través del tiempo. Son personas que se sienten aburridas y desinteresadas con la vida e incapaces de desarrollar nuevas actitudes y comportamientos.

El bienestar psicológico no sólo mide si el sujeto se siente feliz, sino cómo se encuentran las diferentes dimensiones de su funcionamiento positivo que tendrán una relación teóricamente fundamentada con su autorrealización y crecimiento personal (Ryff, 1989). Este constructo ha sido asociado a distintas variables sociodemográficas, psicológicas y de salud.

En relación al género se ha encontrado que las mujeres puntúan significativamente más en la subescala Relaciones positivas con otros en comparación con los hombres (Ryff & Keyes, 1995). Resultados similares fueron encontrados en una investigación peruana con estudiantes universitarios (Chávez, 2008), pues las mujeres puntuaron más alto en la escala en general, además de presentar diferencias significativas con los hombres puntuando más en todas las subescalas a excepción de Autonomía. La misma autora afirma que la escala de Bienestar Psicológico de Ryff permite discriminar adecuadamente las diferencias de género.

Acerca del nivel socioeconómico se sabe que la pobreza significa un riesgo considerable para distintas variables psicológicas, así, Ryff et al (1999, en Chávez, 2008) refiere que el estatus socioeconómico bajo puede generar un efecto negativo en las áreas de autoaceptación, manejo del ambiente y crecimiento personal, debido a la comparación social que realizan los más pobres en relación a los otros. Cabe destacar, sin embargo, que la adquisición de dinero no parece beneficiar notablemente el bienestar de la persona, pues Chavez (2008) cita una serie de estudios en países desarrollados (Kasser & Ryan, 1996; Schmuck et al, 2000) y subdesarrollados (Ryan et al, 1999) los cuales proponen que mientras que las personas se centren más en alcanzar metas materialistas menor será su bienestar. Un estudio realizado en Perú, en poblaciones rurales, peri-urbanas y urbano-marginales encuentra resultados similares (Yamamoto & Feijoo, 2007). Entonces parece que más que el factor de tener o no dinero lo que influye es el significado y valor que se le da al mismo.

En relación a la variable salud, Ryff y Keyes (1995) han presentado evidencia acerca de que el bienestar psicológico puede influenciar en sistemas fisiológicos específicos relacionados con el funcionamiento inmunológico y en la promoción de la salud. Ryff y sus colaboradores (Ryff et al, 2004) realizan un estudio con mujeres mayores encontrando que las que puntuaban con altos niveles de Propósito de vida, Crecimiento

personal y Relaciones positivas con otros mostraron menor riesgo cardiovascular y mejor regulación neuroendocrina. Asimismo, aquellas con niveles altos en Propósito de vida mostraron medidas inflamatorias más bajas, mientras que altos puntajes en Manejo del ambiente se relacionaban con una entrada más rápida y periodos más largos del sueño REM.

Más adelante, Ryff (2009) cita diversos estudios en los que se vincula bienestar con salud, mostrando relación entre menores niveles de cortisol con el bienestar psicológico. También se ha encontrado que altos niveles en Relaciones Positivas con otros y Propósito en la vida se relacionan con menores niveles de interleucina 6 (IL-6) y su receptor soluble (sIL-6r), elementos que juegan un papel importante para muchos procesos patológicos como la diabetes, arteroesclerosis, lupus, cáncer, entre otros.

En las investigaciones con cáncer predominan los estudios con el constructo de bienestar subjetivo y más específicamente sobre su componente afectivo, en especial el afecto negativo (Bellver et al, 2009; Quartana et al, 2006; Schroevers et al, 2000; Voogt et al, 2005; White et al, 2007). Bellver et al (2009), por su parte, encontró que la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama lograba mejoría significativa en afectos positivos así como disminución de los negativos sólo en el primer momento de intervención y que luego es una respuesta que parece estar estable. En relación a la presencia y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes oncológicos, se ha encontrado que se debe más a una baja afectividad positiva que a una alta afectividad negativa (Voogt et al, 2005).

En el caso del bienestar psicológico, las investigaciones están en ascenso, pero aún resultan escasas. En algunas se consideran las medidas de bienestar como puntuación global y en otras por dimensiones, aunque cabe destacar que en algunas no se han considerado todas las dimensiones del bienestar psicológico planteadas por Ryff.

Como medición global, Egert (2000), encontró que altos niveles de bienestar psicológico correlacionaban significativamente con bajos niveles de estrés y deterioro funcional en pacientes con cáncer de mama. Asimismo, encontró que la percepción de adecuado soporte social contribuía en el mayor bienestar psicológico que presentara la paciente.

Price y Pistole (2007), por su parte, estudiaron la relación entre el Bienestar Psicológico con el apego a Dios y la Espiritualidad en una muestra de pacientes africanas y caucásicas con cáncer de mama. En este estudio encontraron que el apego a Dios y la espiritualidad podían resultar importantes predictores del bienestar psicológico. Por otro

lado, se encontró que si bien existían niveles similares de bienestar psicológico entre las distintas razas, el modo para llegar a dicho bienestar es diferente. En esta línea, un estudio en nuestro país encontró que las prácticas religiosas contribuyen en afianzar el sentimiento religioso y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama (Laos, 2010).

Al evaluar el bienestar psicológico por dimensiones en supervivientes de cáncer en comparación a población que no ha tenido cáncer, Costanzo, Ryff y Singer (2009) seleccionaron 4 de las 6 dimensiones de bienestar: Dominio del ambiente, Relaciones positivas con otros, Autoaceptación y Crecimiento personal, al considerarlas particularmente relevantes para pacientes oncológicos. Los resultados mostraron que los supervivientes de cáncer presentaban menor puntuación en Manejo del ambiente, Relaciones positivas con otros y Autoaceptación, mientras que no hubo diferencias significativas en Crecimiento personal.

Por otro lado, Holland y Holahan (2002), estudiaron la relación entre el soporte social y el afrontamiento con la adaptación positiva al cáncer de mama. Para ello evaluaron 5 de las 6 dimensiones del modelo de Ryff como medidas de adaptación positiva: Autonomía, Autoaceptación, Manejo del ambiente, Crecimiento personal y Propósito de vida; dejando de lado las Relaciones positivas con otros, debido a que dicha variable se traslapaba con la medida de soporte social. Las medidas incluidas se consideraron importantes por ser expresión de una experiencia psicológica significativa y con propósito, bajo la consigna de que mantener estos aspectos del bienestar podría ser exitoso frente a una enfermedad como el cáncer que amenaza la vida. En dicho estudio se vinculó al bienestar psicológico de manera positiva con estrategias aproximativas de afrontamiento y mayor soporte social, mientras que existía una relación negativa con la estrategia evitativa de afrontamiento.

Entonces, de acuerdo a lo presentado, resaltamos la importancia de estudiar el ajuste a la enfermedad oncológica tomando en cuenta no sólo los factores que pueden dificultar el mismo, sino también aquellas variables que puedan favorecerlo. En ese sentido, consideramos que el estudio del bienestar psicológico en cáncer puede permitir rescatar el lado sano del paciente en términos de potencialidades y recursos.

Por ello, el presente estudio se propone estudiar la relación y el potencial predictivo de los estilos de ajuste mental al cáncer con el bienestar psicológico, mediante la aplicación de instrumentos que midan dichas variables en una única evaluación a pacientes oncológicos adultos que se atienden de manera ambulatoria en un instituto de salud especializado en oncología.

Consideramos que a partir de los resultados del estudio podríamos, por un lado, tener luces en relación a la calidad del ajuste en términos de funcionalidad desde la perspectiva del bienestar del paciente y discutir algunas implicancias de este enfoque; y, por otro lado, podría contribuir con una nueva mirada que reconozca los recursos que favorecen la adaptación del paciente, no sólo frente a la enfermedad, sino en otros campos como podría ser la reinserción en sus actividades cotidianas después del tratamiento.





## Método

### *Participantes*

Los participantes fueron 108 pacientes oncológicos adultos que reciben atención de manera ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Los pacientes fueron invitados a participar a nivel de consulta externa y de reuniones programadas por el servicio de asistencia social. Asimismo se les informó acerca del propósito de la investigación y de la confidencialidad de los datos mediante la lectura del consentimiento informado (Anexo A1) y una vez que ratificaron su participación voluntaria, se les pidió llenar una ficha de datos (Anexo A2) y los instrumentos respectivos.

Se seleccionó a 103 pacientes que reunían los siguientes criterios: tener entre 30 y 70 años de edad, que cursaran su primer y único diagnóstico oncológico el cual pertenece a un estadio no metastásico, y que se encontraran informados del mismo por lo menos 3 meses antes de ser entrevistados. Para garantizar el cumplimiento de estos criterios, se revisaron las historias clínicas de los pacientes de la muestra, tomando en cuenta el manejo ético y cuidado de la confidencialidad de los casos.

Posteriormente se revisó la base de datos para identificar valores perdidos y casos atípicos. Se excluyeron del análisis 3 casos por reunir más de 2 omisiones en los ítems de ambas escalas, no presentando un patrón común que explique los mismos por lo que se atribuye que fueron dados al azar; para el resto de casos se sustituyó los valores ausentes por la media de la subescala a la que corresponde el ítem. También se excluyeron 2 casos que, mediante los análisis univariante y multivariante fueron identificados como casos atípicos.

La muestra final estuvo compuesta por 98 pacientes, cuyo promedio de edad es 49.83 (D.E=9.58). Al dividirla en 3 etapas de adultez (Rowland, 1990), encontramos que la mayoría se encuentra en la adultez tardía tal como lo observamos en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra por etapa de la adultez*

Etapa	f	%
Madura (30-45 años)	29	29.6
Tardía (46-64 años)	61	62.2
Mayor (65-70 años)	8	8.2

En la tabla 2 se puede apreciar la descripción del resto de características sociodemográficas de los participantes.

**Tabla 2**  
*Características sociodemográficas de la muestra*

Variable		f	%
Sexo	Femenino	72	73.5
	Masculino	26	26.5
Estado civil	Soltero/a	24	24.5
	Casado/a	65	65.3
	Divorciado/a	6	6.1
	Viudo/a	4	4.1
Lugar de residencia	Lima antes del tratamiento	55	56.1
	Lima desde su tratamiento	11	11.2
	Provincia (viene por tratamiento)	32	32.7
Con quién/es vive*	Solo/a	4	4.1
	Pareja	57	58.2
	Hijos	67	68.4
	Padres	23	23.5
	Hermanos	10	10.2
	Familia extensa	6	6.1
Grado de Instrucción	Primaria	28	28.6
	Secundaria	42	42.9
	Superior	28	28.6
Datos Laborales	Trabaja	22	22.4
	No trabaja	42	42.9
	Dejó trabajo por enfermedad	34	34.7

\* No constituyen categorías excluyentes

Se puede observar que los participantes, en su mayoría, son mujeres, casadas, que residen en Lima; sin embargo, al revisar la composición familiar sale a relucir que no todas las personas casadas conviven con su pareja; y que la mayoría de pacientes vive con sus hijos. Por otro lado, en términos de educación y ocupación, cerca de la mitad de la muestra ha completado la educación secundaria; y la mayor parte no trabaja actualmente.

En relación a las variables relacionadas a la historia de enfermedad del paciente y su tratamiento, las principales características se pueden observar en la tabla 3.

**Tabla 3***Características de la enfermedad*

Variable		f	%
Tipo de diagnóstico	Cáncer de mama	49	50
	Cáncer ginecológico	13	13.3
	Cáncer digestivo	11	11.2
	Cáncer urológico y masculino	10	10.2
	Leucemias - Linfomas	5	5.1
	Cáncer cabeza y cuello	3	3.1
	Otros	7	7.1
Tiempo de conocimiento del diagnóstico	3-6 meses	23	23.5
	7-12 meses	38	38.8
	13 -24 meses	14	14.3
	Más de 2 años	23	23.5
Tratamientos anteriores	Sin tratamiento	30	30.6
	Un tratamiento	34	34.7
	Combinación de tratamientos*	34	34.7
Tratamiento actual	En espera de tratamiento	4	4.1
	Un tratamiento	63	64.3
	Combinación de tratamientos*	16	16.3
	Control	15	15.3
Antecedentes	Antecedentes oncológicos familiares	41	41.8
	No reporta antecedentes familiares	57	58.2

\* Combinación entre quimioterapia, radioterapia, y/o cirugía

Se puede apreciar que la mitad de los participantes tiene cáncer de mama. También notamos que la mayoría ha sido informada de su diagnóstico en un periodo entre 3 y 12 meses, y lleva un solo tratamiento. Asimismo, se observa que poco más de la mitad no reporta tener antecedentes oncológicos familiares.

*Medición**Ajuste al cáncer*

Para la medición del ajuste a la enfermedad oncológica, se utilizó la Escala de Ajuste Mental al Cáncer – MAC (Anexo A3) en su versión revisada por Trigos (2009) en población similar. Dicha medición fue complementada con un cuestionario diseñado para la presente investigación que cuenta con dos preguntas abiertas acerca de la percepción del paciente sobre su enfermedad (Anexo A4).

El MAC fue creado en Inglaterra en 1988 por Watson y sus colaboradores. Consiste en un instrumento de autorreporte que mide respuestas de adaptación o ajuste a la enfermedad oncológica (Watson et al, 1988). Estas respuestas anteriormente eran evaluadas a través de entrevistas clínicas semiestructuradas en el Royal Marsden Hospital de Londres (estudios citados en Barez, 2002).

Las respuestas extraídas por este método incluían la descripción de emociones, sentimientos, conductas o respuestas ante el conocimiento del diagnóstico, las cuales fueron después valoradas y clasificadas en 4 estilos (Espíritu de Lucha, Negación, Aceptación estoica y Desamparo/ Desesperanza). Con el objetivo de crear un instrumento que fuera fiable, válido y sencillo de aplicar, se seleccionaron aquellas respuestas que encajaran de manera más representativa con los estilos propuestos y se excluyeron aquellas respuestas que no lo hacían o cuyo contenido fuera ambiguo.

La primera versión constaba de 58 ítems, con 4 opciones de respuesta (desde “Definitivamente esto no es aplicable a mí” hasta “Definitivamente esto se aplica a mí”). Fue aplicada a pacientes adultos que cursaban distintos tipos de cáncer y que habían sido informados de su diagnóstico. Se conservaron 40 ítems mediante análisis factorial identificando 5 subescalas: Espíritu de lucha (16 ítems), Desamparo/ desesperanza (6 ítems), Preocupación ansiosa (9 ítems) y Fatalismo/ Aceptación estoica (8 ítems) y sólo se conservó un ítem de la subescala Negación.

La confiabilidad del instrumento se demostró mediante el cálculo de la estabilidad de las respuestas en términos temporales ( $r=0.32-0.65$ ) y la consistencia interna de cada subescala ( $\alpha=0.65-0.84$ ). Por otro lado, para comprobar la validez del instrumento, se correlacionaron las respuestas del autorreporte de un grupo de pacientes con las que reportaban sus parejas respecto a ellos; encontrando correlaciones altamente significativas a excepción de la subescala de Negación.

Se han realizado numerosos estudios en el mundo con el MAC, traduciéndolo en distintos idiomas y adaptándolo en varios países como: Estados Unidos (Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman, y Stolbach, 1992); Italia (Grassi, Rosti, Lasalvia, Maragolo, 1993); Suecia (Nordin, Berglund, Terje, & Glimelius, 1999); Australia (Osborne et al, 1999); Japón (Akechi et al, 2000); Francia (Cayrou, Dickes, Gauvain-Piquard y Roge, 2003); Colombia (Forero, Bernal y Restrepo, 2005); Grecia (Mystakidou, 2005); y Perú (Trigoso, 2009), entre otros. Estos estudios, además de proporcionar evidencia respecto a la validez y confiabilidad de la versión original, han propuesto nuevas estructuras factoriales que se acoplan mejor a las poblaciones estudiadas.

Watson y Homewood (2008) hacen una revisión de los estudios más representativos con el MAC, exploran sus estructuras factoriales y realizan, además, un nuevo análisis factorial de la prueba en una muestra más amplia. Para ello se realizaron los mismos análisis de confiabilidad y validez que en el estudio original. Estos autores, también realizaron un segundo análisis a través del cual comprueban la existencia de dos categorías: una de Ajuste Positivo y otra de Ajuste Negativo.

En el presente estudio se utilizó la versión revisada por Trigo (2009), para la realización de ésta versión se contó en primer lugar con la autorización de los autores de la prueba original (Watson y Homewood, Comunicación personal, 2008), seguido a ello se realizó el estudio psicométrico que deja como propuesta una versión del MAC que conserva 31 de los 40 ítems originales, agrupándose en 4 subescalas: Espíritu de Lucha (12 ítems), Desamparo/ Desesperanza (9 ítems), Preocupación Ansiosa (5 ítems) y Fatalismo/ Aceptación estoica, (5 ítems) conservando los nombres aunque la configuración de ítems por cada subescala tuvo variaciones (Anexo B1). La selección de dicha estructura tomó en cuenta criterios estadísticos y de contenido, los cuales fueron consistentes con estudios previos. Estas subescalas alcanzaron niveles de confiabilidad aceptables ( $\alpha=0.60-0.76$ ) y adecuadas correlaciones ítem-test.

En el caso del presente estudio, se obtuvieron adecuados índices de confiabilidad para cada una de las subescalas, las cuales se pueden observar en la tabla 4.

**Tabla 4**  
*Confiabilidad por subescalas del MAC-R y correlaciones ítem-test*

Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
<b>Espíritu de Lucha</b> ( $\alpha = .73$ )		<b>Desamparo / Desesperanza</b> ( $\alpha = .75$ )		<b>Preocupación Ansiosa</b> ( $\alpha = .65$ )		<b>Fatalismo/Aceptación Estoica</b> ( $\alpha = .62$ )	
Item03	0.44	Item01	0.33	Item02	0.31	Item05	0.37
Item07	0.48	Item04	0.43	Item10	0.35	Item08	0.39
Item09	0.42	Item06	0.63	Item15	0.39	Item11	0.39
Item12	0.39	Item13	0.59	Item16	0.55	Item24	0.37
Item14	0.17	Item17	0.32	Item29	0.43	Item27	0.41
Item20	0.32	Item19	0.60				
Item21	0.23	Item22	0.37				
Item23	0.48	Item25	0.19				
Item24	0.23	Item28	0.37				
Item26	0.41						
Item30	0.54						
Item31	0.48						

Cabe destacar que esta versión contó además, con una ligera modificación en las opciones de respuesta para facilitar la comprensión de los participantes. Ésta consistía en una escala likert de 4 puntos cuyas opciones de respuesta iban desde “totalmente falso” hasta “totalmente verdadero”. Este cambio tiene similitudes al referido en Barez (2002) donde adicionalmente a las 4 opciones de respuesta se incluyeron 2 categorías “verdadero” y “falso” en las que estas se agruparon.

Por otro lado, como ha sido mencionado, adicionalmente se incluyó un cuestionario para desarrollar por escrito. Éste consistía en dos preguntas acerca de cómo percibe el paciente su enfermedad y el significado que le da al lugar que ésta ha tenido en su vida. La elaboración de dichas preguntas fue revisada con un experto en el área, éstas eran “¿Qué es lo primero que se le viene a la mente cuando piensa en cáncer?” y “¿Qué significa esta enfermedad en su vida?”.

La información recolectada mediante dicho cuestionario serviría como complemento para la medida de ajuste pues, como afirman Moorey y Greer (2002), el significado personal que el paciente le dé a su enfermedad es un factor altamente relevante para comprender el ajuste a su enfermedad.

#### *Bienestar Psicológico*

Para el presente estudio se evaluó el bienestar psicológico mediante la versión española de las Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being - SPWB) desarrollada por Diaz y sus colaboradores (2006). Dicha versión deriva de la revisión de estudios con el instrumento original, que fue creado por Carol Ryff en el año 1989.

Ryff planteó un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por 6 dimensiones y sobre esa base se construyó un instrumento que seleccionó 32 ítems para cada una de estas dimensiones de acuerdo a su definición teórica. Para la creación del instrumento final, se realizó un estudio piloto, del cual resultó una versión de 20 ítems por escala, los cuales tenían mejores indicadores de ajuste al modelo e índices de consistencia interna entre 0.81 y 0.85. Sin embargo, dada la longitud del instrumento, con el paso de los años se han realizado numerosas versiones alternativas, como lo podemos apreciar en la tabla 5.

**Tabla 5**  
*Escalas de Bienestar Psicológico*

Autor(es), año	Número de ítems
Ryff, Lee, Essex & Schumutte, 1994	84 ítems (14 por escala)
Ryff & Keyes, 1995	18 ítems (3 por escala)
Ryff & Keyes, 2002	36 ítems (9 por escala)
Van Dierendonck, 2004	39 ítems (6-8 por escala)
Diaz et al, 2006	29 ítems (4-6 por escala)

Van Dierendonck (2004) comparó diferentes versiones, en base a ello propuso una versión compuesta por 39 ítems con buena consistencia interna ( $\alpha = 0.78-0.81$ ) y ajuste aceptable. Se evaluaron posteriormente las propiedades psicométricas de dicha versión (Van Dierendonck et al, 2008), encontrando que el mejor ajuste al modelo incluye, además de 6 factores, un único factor de segundo orden. Esto coincidía con lo encontrado por la autora (Ryff y Keyes, 1995) llamando a este factor “Bienestar psicológico”.

Diaz et al (2006) adaptó al español dicho instrumento y después de evaluar su consistencia interna y validez factorial, planteó una versión de 29 ítems. Esta versión conserva el modelo teórico de 6 dimensiones con un factor global, cuenta con indicadores de ajuste adecuado y consistencia interna de las escalas satisfactoria ( $\alpha = 0.71- 0.84$ ).

En el Perú, Cubas (2003) tradujo y validó la versión de 84 ítems (14 por escala) con una muestra de estudiantes universitarios entre los 18 y 31 años de edad, encontrando en el análisis factorial un factor que subyace a todas las escalas al explicar el 64% de la varianza. Dicha versión ha sido empleada en nuestro medio en distinto tipo de poblaciones: practicantes de yoga (Chávez, 2008), bailarines de danza contemporánea (Meza, 2010), alumnos de MBA (Pardo, 2010), internas de un penal (Guimet, 2011); funcionando adecuadamente en todas ellas.

Para el presente estudio se consideró importante aplicar una versión que no fuera muy extensa dada las características de la muestra, pero que mostrara además niveles de confiabilidad satisfactorios. Así se encontró que la versión española de Diaz et al (2006) era una buena alternativa por su corta extensión y por reportar subescalas con buena consistencia interna y adecuado ajuste al modelo conceptual.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de ítems en población peruana y, particularmente en población oncológica, se realizó una evaluación lingüística de los mismos, así como de contenido por especialistas en el tema, para conservar la coherencia articulada por la teoría (Anexo B2). Asimismo, se colocó sobre las 6 opciones

de respuesta dos categorías que las incluyeran: “Desacuerdo” y “De acuerdo”. Esto último se asemeja a lo que hicieron Ryff y Keyes (1995) verbalmente al preguntarle primero a la persona si estaban de acuerdo o no y, en segundo lugar, preguntarles acerca de la intensidad de dicho acuerdo o desacuerdo.

En la tabla 6 se presenta los índices de confiabilidad calculados en el presente estudio para cada escala, así como la correlación ítem-test.

**Tabla 6**  
*Confiabilidad por escalas de SPWB y correlaciones ítem-test*

Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
<b>Autoaceptación</b> ( $\alpha = .57$ )		<b>Crecimiento personal</b> ( $\alpha = .50$ )		<b>Propósito en la vida</b> ( $\alpha = .64$ )	
Item01	0.35	Item21	0.31	Item06	0.35
Item07	0.44	Item26	0.14	Item11	0.39
Item17	0.34	Item27	0.50	Item15	0.42
Item24	0.44	Item28	0.43	Item16	0.45
				Item20	0.38
Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
<b>Autonomía</b> ( $\alpha = .55$ )		<b>Relaciones positivas con otros</b> ( $\alpha = .63$ )		<b>Manejo del ambiente</b> ( $\alpha = .25$ )	
Item03	0.14	Item02	0.40	Item05	0.18
Item04	0.43	Item08	0.50	Item10	0.07
Item09	0.45	Item12	0.34	Item14	0.06
Item13	0.22	Item22	0.46	Item19	0.20
Item18	0.20	Item25	0.23	Item29	0.05
Item23	0.34				

En la tabla se puede observar que el funcionamiento de las escalas resulta aceptable para Relaciones positivas con otros y Propósito en la vida, pero resulta deficiente para el resto. Esto nos lleva a dar cuenta de la dificultad que puede representar el utilizar el instrumento desde la lectura multidimensional para nuestra muestra. Sin embargo, como ya hemos mencionado, la escala de Ryff posee una puntuación global, cuyos datos de confiabilidad y consistencia interna se presentan en la tabla 7, en la cual apreciamos un índice alfa de cronbach considerado alto.



**Tabla 7**  
*Confiabilidad por escala global SPWB*

<b>Bienestar psicológico (<math>\alpha=82</math>)</b>			
Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
Ítem01	0.46	Ítem16	0.53
Ítem02	0.44	Ítem17	0.41
Ítem03	0.21	Ítem18	0.32
Ítem04	0.35	Ítem19	0.38
Ítem05	0.30	Ítem20	0.42
Ítem06	0.32	Ítem21	0.47
Ítem07	0.48	Ítem22	0.32
Ítem08	0.42	Ítem23	0.38
Ítem09	0.37	Ítem24	0.34
Ítem10	0.25	Ítem25	0.26
Ítem11	0.34	Ítem26	0.33
Ítem12	0.44	Ítem27	0.47
Ítem13	0.13	Ítem28	0.46
Ítem14	0.07	Ítem29	0.11
Ítem15	0.31		

Conviene tomar en cuenta que, a pesar de la buena consistencia interna que presenta la escala en conjunto, existen algunos ítems con correlaciones por debajo del valor esperado, particularmente el 13, 14, y 29.

#### *Procedimiento*

Las puntuaciones del MAC y SPWB fueron procesadas mediante el programa estadístico SPSS versión 19, mientras que las respuestas a las preguntas de ajuste fueron transcritas para el posterior análisis de contenido de las mismas.

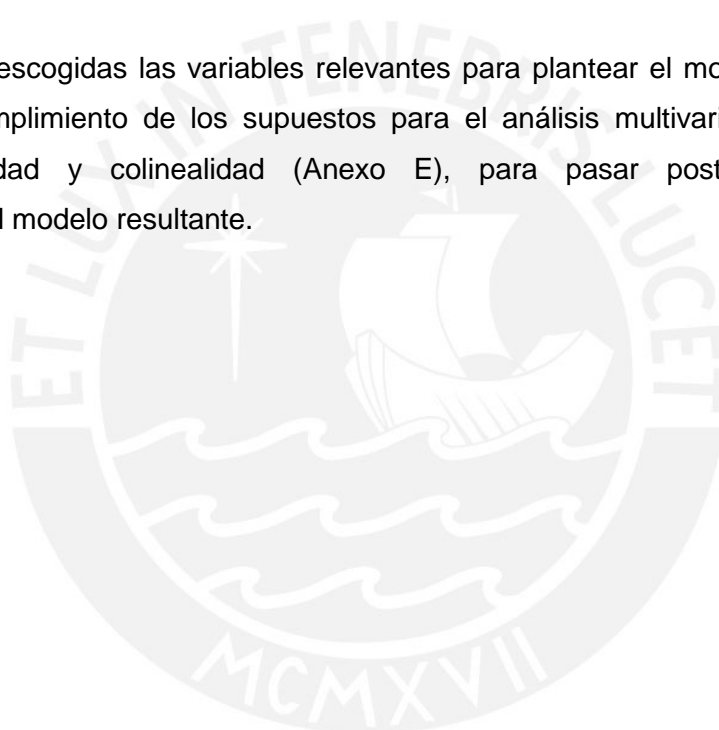
Una vez reunida la base de datos, se procedió al análisis de confiabilidad para el MAC y el SPWB para tener luces sobre su funcionamiento en nuestra muestra. Sobre esta base se consideró incluir las 4 subescalas del MAC y, en el caso del SPWB las escalas Propósito de vida y Relaciones Positivas con otros, además de la escala global, por ser las que resultaron confiables.

En primer lugar se realizaron pruebas de normalidad de las puntuaciones del MAC y SPWB mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov (Anexo C). Se identificaron distribuciones no normales para todas las subescalas del MAC y la escala Propósito de vida del SPWB, por lo que se usaron pruebas no paramétricas, mientras que en el caso

del puntaje global de SPWB y de la escala Relaciones Positivas con otros se realizaron pruebas paramétricas dada su distribución normal. Habiendo tomado esos criterios en cuenta se realizaron los análisis descriptivos de las puntuaciones de acuerdo a variables sociodemográficas y de enfermedad.

Con el objetivo de realizar análisis de regresión jerárquica que permita ver la relación entre las variables de ajuste como predictoras del bienestar se realizaron una serie de análisis. En primer lugar, se revisaron las variables sociodemográficas y de enfermedad que estaban consignadas como categóricas para poder luego ser transformadas en variables dummy permitiendo con ello evaluar las posibles correlaciones (Anexo D1).

Una vez escogidas las variables relevantes para plantear el modelo de regresión se revisó el cumplimiento de los supuestos para el análisis multivariante: normalidad, heteroscedasticidad y colinealidad (Anexo E), para pasar posteriormente a la interpretación del modelo resultante.



## Resultados

A continuación se presentan los resultados encontrados en la presente investigación. Primero se reportarán los hallazgos relacionados al ajuste a la enfermedad a través del MAC, seguido de los resultados del cuestionario abierto; posteriormente, se mostrará la evidencia encontrada sobre el bienestar psicológico y; finalmente, se presentarán los análisis que relacionan ambos constructos.

### *Ajuste mental al cáncer*

Se realizaron análisis de correlación entre las puntuaciones de las subescalas del MAC para explorar el grado de relación que existe entre los estilos. Los resultados los observamos en la tabla 8.

**Tabla 8**  
*Correlaciones entre las subescalas del MAC*

	Espíritu de Lucha	Desamparo/ Desesperanza	Preocupación Ansiosa
Desamparo/ Desesperanza	-0.51**		
Preocupación Ansiosa	-0.16	0.41**	
Fatalismo/ Aceptación estoica	0.47**	-0.03	0.24*

\* $p < 0.01$  \*\* $p < 0.001$

Al evaluar las correlaciones bajo los criterios establecidos por Cohen (1988), se puede observar que el estilo Espíritu de Lucha presenta una correlación alta negativa con Desamparo/ Desesperanza, así como una positiva mediana con Fatalismo/ Aceptación estoica. Por otro lado, el estilo Desamparo/ Desesperanza correlaciona de manera mediana positiva con Preocupación Ansiosa; mientras que este último estilo muestra una correlación positiva baja con Fatalismo/ Aceptación estoica.

### *Descripción de los estilos de ajuste de acuerdo a variables sociodemográficas*

En la tabla 9 se presentan la media y desviación estándar de la puntuación por estilos de las variables sociodemográficas en las que se identificaron diferencias significativas.

**Tabla 9**

*Estilos de ajuste al cáncer de acuerdo a variables sociodemográficas*

	Espíritu de Lucha		Desamparo/ Desesperanza		Preocupación Ansiosa		Fatalismo/ Acept. E	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Grupo de edad</b>								
A. Madura (30-45 años)	37.97	3.74	16.59	4.15	12.52	2.85	14.38	2.09
A. Tardía (46-64 años)	38.52	4.04	16.93	3.35	12.33	2.55	15.70	2.14
A. Mayor (65 años a más)	37.13	3.90	16.63	4.21	11.25	2.55	15.25	2.90
H	1.63		0.28		0.81		6.71*	
<b>Lugar de residencia</b>								
Lima antes enfermedad	38.93	3.97	15.85	3.52	12.13	2.56	15.29	2.32
Lima desde enfermedad	35.09	3.59	18.82	3.76	13.27	2.49	14.27	2.05
Provincia	38.16	3.38	17.75	3.35	12.25	2.81	15.59	1.95
H	7.41*		8.97*		1.68		2.67	
<b>Grado de instrucción</b>								
Primaria	38.46	3.85	17.96	4.74	13.39	2.97	16.07	2.34
Secundaria	37.71	3.92	16.83	2.93	12.14	2.30	14.93	1.94
Superior	38.82	3.93	15.61	3.01	11.43	2.44	15.00	2.26
H	1.38		5.56		6.32*		4.93	

\*  $p < .05$

Se puede apreciar que, al considerar la edad de acuerdo a las etapas de adultez descritas por Rowland (1990), existen diferencias significativas para la subescala Fatalismo/ Aceptación estoica. Para identificar entre qué grupos se encontraba la diferencia se realizó la prueba U de Mann Whitney, encontrando que los adultos tardíos tienen un puntaje mayor en comparación a los adultos maduros ( $U=-2.57$ ).

En relación al lugar de residencia, es posible identificar diferencias significativas para las subescalas Espíritu de Lucha y Desamparo/ Desesperanza. De acuerdo al estadístico U de Mann Whitney, los pacientes que viven en provincia y sólo vienen por el tratamiento puntúan más alto en Desamparo/ Desesperanza que los que viven en Lima desde antes de la enfermedad ( $U=-2.30$ ). Mientras que en el caso de los que viven en Lima antes de tener la enfermedad puntúan más en Espíritu de lucha que aquellos que viven en Lima desde el tratamiento ( $U=-2.16$ ).

Por otro lado, respecto al grado de instrucción, existen diferencias significativas en la subescala Preocupación Ansiosa. Al explorar las diferencias por grupos se encontró que los pacientes con nivel de instrucción primaria presentan mayor puntuación que los que tienen nivel secundario ( $U=-1.96$ ) y superior ( $U=-2.34$ ).

No se encontraron diferencias significativas en los estilos de ajuste de acuerdo al sexo, las personas con quienes vive, el estado civil y su situación laboral.

*Descripción de los estilos de ajuste de acuerdo a variables de enfermedad*

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a las variables de enfermedad y tratamiento que reportaron diferencias significativas. La tabla 10 muestra la media y desviación estándar de las puntuaciones por cada estilo de ajuste.

**Tabla 10**

*Estilos de ajuste al cáncer de acuerdo a tratamiento actual y antecedentes oncológicos familiares*

	Espíritu de Lucha		Desamparo/ Desesperanza		Preocupación Ansiosa		Fatalismo/ Acept. E	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Tratamiento actual</b>								
En espera de tratamiento	37.75	4.43	18.25	5.56	11.75	3.40	15.25	1.89
Un tratamiento	38.65	3.96	16.70	3.74	12.63	2.67	15.54	2.27
Combinación de tratamientos	37.50	4.15	17.50	3.44	12.56	2.42	15.63	1.86
Control	37.47	3.29	16.13	2.92	10.73	2.12	13.80	1.78
H	2.81		1.60		5.79		8.90*	
<b>Antecedentes oncológicos familiares</b>								
Sí reporta antecedentes	38.49	3.56	16.88	3.16	11.76	2.71	15.15	2.91
No reporta antecedentes	38.08	4.14	16.75	3.97	12.68	2.53	15.37	2.19
U	-0.50		-0.38		-2.08*		-0.44	

\*  $p < .05$

En relación a las diferencias de acuerdo al tratamiento actual, sólo se identificaron que estas fueran significativas para la subescala Fatalismo/ Aceptación estoica. Así, se encontró que los pacientes que se encuentran en controles puntúan menos en dicho estilo a comparación de los que llevan un tratamiento ( $U=-2.76$ ) y los que llevan combinación de tratamientos ( $U=-2.66$ ).

Finalmente, al contrastar las medias entre los pacientes que reportaron tener antecedentes oncológicos familiares y los que no, sólo se identificaron diferencias significativas para la subescala Preocupación Ansiosa, siendo mayor la puntuación de quienes no reportaron historia de cáncer en su familia respecto a los primeros.

Por otro lado, observando las correlaciones (Anexo D1), notamos que existe una relación mediana (Cohen, 1988) positiva entre el estilo Preocupación Ansiosa con los pacientes que llevan entre 3 y 6 meses de conocimiento del diagnóstico ( $r=0.30$ ). Lo que podría indicar una tendencia en estos pacientes a puntuar más en dicha subescala.

Cabe destacar que no se encontraron diferencias significativas en los estilos de ajuste de acuerdo al tipo de diagnóstico o tratamientos anteriores que llevara el paciente.

#### *Análisis del cuestionario sobre la percepción y significado de la enfermedad*

Con el objetivo de complementar la medida de ajuste, se le pidió a los participantes que contestaran por escrito 2 preguntas relacionadas al modo como conciben su enfermedad y el significado que ésta ha tenido en sus vidas. Para el análisis de dichas respuestas se procedió a la revisión gradual de las mismas definiendo hipótesis que iban tomando cuerpo a lo largo de la lectura (Gonzales Rey, 2007), integrando las respuestas dadas para ambas preguntas, debido a que éstas se complementaban en el discurso del paciente.

A continuación se presentan los resultados del análisis. En primer lugar se exponen una serie de aspectos importantes a resaltar en relación al contenido de las respuestas, para después describir algunos elementos acerca del modo de construcción de la narrativa del paciente.

En relación al contenido, los principales ejes temáticos tienen que ver con: el carácter mortal o curable de la enfermedad oncológica (pronóstico); el impacto que ésta genera, las respuestas para sobrellevar dicho impacto, y el sentido existencial que el paciente le otorga a dicha experiencia.

*Pronóstico.* Se pudo observar que el carácter mortal o curable de la enfermedad es mencionado por la mayoría de pacientes como primera respuesta ante las preguntas del cuestionario.

El carácter mortal que se le atribuye al cáncer aparece en gran número de respuestas a modo de asociación directa entre el cáncer y la muerte. Así, algunos pacientes concluyen su respuesta mencionando:

*“Cuando pienso en cáncer es sinónimo de muerte (...)”* (Mujer, 49 años, cáncer de mama).

Mientras otros señalan que si bien la idea de muerte fue la que surgió en un primer momento, posteriormente ésta pudo ser modificada:

*“Muerte, eso fue lo primero que se me ocurrió, luego tranquilidad (...)”* (Hombre, 58 años, cáncer de vejiga)

*“La primera vez fue muerte, pero ahora no, con la operación y tratamiento recibido, con la fuerza interna y la creencia en Dios.”* (Mujer, 48 años, cáncer de mama)

El potencial curativo del cáncer, por su parte, aparece acompañado la mayoría de las veces, por ideas relacionadas a que dicho “carácter curable” está asociado a la detección temprana o el tratamiento oportuno:

*“Es una enfermedad que si la tratamos a tiempo es reversible, si la dejamos pasar es irreversible, si se diagnostica a tiempo no debemos de temerle (...).”* (Mujer, 49 años, cáncer de mama)

*“Es una enfermedad muy peligrosa que si uno lo sabe a tiempo lo puede curar, si es demasiado tarde puede pasar algo peor”* (Hombre, 49 años, cáncer de pulmón)

Si bien los tratamientos son descritos como necesarios, también se hace referencia a la incertidumbre que genera su efectividad, o el temor que surge ante una posible complicación:

*“Es una enfermedad incurable que necesita tratamiento pero no asegura la curación completa, porque está sujeto a demasiado riesgo que puede traer complicaciones posteriores”* (Hombre, 45, cáncer de pulmón).

*“Temor, angustia de no ser curada (...)”* (Mujer, 43 años, cáncer de mama)

Por otro lado, las creencias religiosas y de confianza en la ciencia médica aparecen también ligadas a la posibilidad de curación o mejoramiento del pronóstico de la enfermedad:

*“(...) El avance científico de la medicina oncológica logrará curar el cáncer y dejará de ser una enfermedad incurable”* (Hombre, 40 años, TM óseo)

*“La ciencia y Dios ayudan a que continúe con vida”* (Mujer, 48 años, cáncer de mama)

*Impacto de la enfermedad.* Las respuestas de los pacientes incluyen la descripción de algunos aspectos que se han visto alterados o afectados por la enfermedad o de las reacciones que ésta ha suscitado.

Por un lado, el impacto es descrito en términos afectivos, haciendo referencia a una emoción o un conjunto de las mismas:

*“(...) y bueno me da tristeza, nostalgia, porque es tan agresivo, teniendo hijos, familia, desesperación”* (Mujer, 56 años, cáncer al endometrio)

*“Para mi un terror (...) una desesperación, decepción de todo (...)”* (Hombre, 52 años, cáncer epidermoide)

Por otro lado, se hace referencia al impacto que se produce a nivel funcional ligado a lo laboral; así, los pacientes mencionan el contraste con el estado previo a la enfermedad y/o resaltan las dificultades actuales.

*“Me ha cambiado mi ritmo de vida, tenía antes facilidad en mi desplazamiento físico, mi trabajo consistía en caminar y desplazarme (...) ahora tengo que llevar una vida más sedentaria (...)”* (Hombre, 50 años, tumor óseo)

*“Mi vida tiene un cambio radical en todo aspecto, no se lleva una alimentación normal, no se puede trabajar a tiempo completo (...)”* (Hombre, 45 años, cáncer de pulmón)

*“No puedo hacer nada, me impide trabajar, me siento mal con todo”* (Mujer, 50 años, cáncer de mama)

El cáncer también parece impactar a nivel de los proyectos y planes futuros del paciente, pues éstos son descritos como alterados o interrumpidos producto de la enfermedad:

*“Todos mis proyectos se quedaron en el camino, se truncó todo, todo lo que uno piensa hacer (...)”* (Mujer, 56 años, cáncer de cérvix)

*“Un cambio radical en todos los planes que uno ha hecho (...)”* (Hombre, 46 años, cáncer de colon)



Los pacientes reportan, además, el impacto que genera la enfermedad en la familia, sobre todo en términos afectivos.

*“(...) mi familia sufrió cuando le contaron, no se podía hacer nada”* (Hombre, 49 años, cáncer renal)

*“Qué dolor tan grande para mi y mi familia.”* (Mujer, 40 años, cáncer de mama)

*Respuestas para sobrellevar el impacto de la enfermedad.* Algunos pacientes después de mencionar el impacto que ha generado la enfermedad en su vida, dejan notar una serie de respuestas que llevan a cabo para sobrellevarlo, en otros casos dejan implícito el impacto y sólo refieren sus modos de manejar la situación que viven.

Uno de estos modos tiene que ver con el manejo emocional. Así, se menciona la intención del control de las emociones negativas e intensificación de las positivas:

*“Cuidarme, evitar las emociones negativas como pena, rabia, cólera y resentimiento (...)”* (Mujer, 59 años, cáncer de mama).

*“(...) sobre todo pensar positivo, el estado de ánimo influye bastante”* (Mujer, 51 años, cáncer de mama)

En ese sentido, también se hace mención de la fortaleza o la lucha como objetivos a lograr, por lo que algunos pacientes refieren dirigirse a ello:

*“Tengo que luchar contra ella (...)”* (Mujer, 48 años, cáncer de mama)

*“Es un reto, hay que luchar día a día (...)”* (Hombre, 46 años, cáncer de colon)

*“Uno quiere ser fuerte, seguir adelante (...)”* (Mujer, 37 años, cáncer de mama)

Por otro lado también se evidencia como respuesta, cierta minimización de la situación que conlleva la enfermedad o la gravedad de la misma:

*“Lo tomo como una gripe y pienso sólo en mi hija, no estresarme porque dicen que es una enfermedad incurable”* (Mujer, 33 años, cáncer de mama)

*“Hago cuenta de que ya no estoy enferma (...) fue agresivo, pero no me asusto”* (Mujer, 51 años, cáncer de mama)

*“Una enfermedad dolorosa, crónica”/ “Casi nada, una molestia por el trabajo, causó incomodidad de ahí pasó”* (Hombre, 56 años, cáncer de próstata)

Se menciona también como alternativa la aceptación del impacto afectivo y de los cambios que conlleva la enfermedad:

*“Al principio fue sinónimo de muerte, luego asimilamos y aprendemos a vivir con el mal (...)”* (Mujer, 47 años, cáncer de cérvix)

*“Yo pienso que es un tipo de enfermedad que hay que aceptar, después tratar de entender que es una realidad, que el hecho que sea cáncer no significa que uno se vaya a morir. A esto tener el apoyo de Dios, de los médicos y de la familia”* (Hombre, 59 años, cáncer de colon)

Aparece además, a manera de amortiguador del impacto de la enfermedad, los vínculos familiares y las creencias religiosas como recursos de apoyo emocional:

*“Lo primero es que Dios es muy grande, pienso que él va a obrar en mi persona para darme tranquilidad, yo le encargo mi cuerpo a Dios”* (Mujer, 56 años, cáncer de cérvix)

*“(...) lo asimilé con ayuda de mi familia, pero al comienzo me chocó (me deprimí)”* (Mujer, 33 años, cáncer de mama)

*Sentido existencial.* Consiste en la tendencia, necesidad o interés que tienen los pacientes por dotar de sentido a la experiencia de tener cáncer, es decir, por sentir que ésta tiene una razón de ser y una trascendencia. Los contenidos relacionados a este eje, parecen funcionar como una especie de explicación al “por qué” y al “para qué” de la aparición de la enfermedad en la vida de la persona.

La enfermedad cobra sentido para muchos pacientes tomando en cuenta la figura de familia. Ésta, por un lado, aparece para el paciente como ente motivador para la cura de la enfermedad y la continuación de vida.

*“El poder curarme y salir adelante, ver a mis hijos y nietos hasta que Dios quiera, lo deseo de todo corazón”* (Hombre, 39 años, cáncer a la pelvis)

*“(...) felizmente tengo a mis hijos y por ellos estoy acá (...)”* (Mujer, 37 años, cáncer de cérvix)

Por otro lado, también aparece la familia como fuente de sentido a través de la unión o mejora que se logra entre sus miembros a raíz de la enfermedad:

*“Gracias a esta enfermedad mi familia está más unida (...), por eso esta enfermedad significa unión”* (Mujer, 50 años, cáncer de mama)

*“Bueno, para mi significó algo bueno, aunque la enfermedad está ahí pero sirvió para unir más a mis hermanos (...)”* (Mujer, 49 años, cáncer de mama)

En el caso de la fe, el sentido que se le otorga a la enfermedad tiene que ver con que ésta aparece como prueba divina o mensaje religioso:

*“Para mi ha significado una prueba de Dios para ver cómo me encuentro en el ámbito espiritual (...)”* (Mujer, 49 años, cáncer de mama)

*“Es una prueba de Dios que uno tiene que pasarla”* (Hombre, 60 años, cáncer de garganta)

*“A veces pienso que el señor tiene propósitos para nosotros, quiere salvar nuestra alma y por eso nos prueba”* (Mujer, 46 años, cáncer de mama)

La enfermedad también cobra sentido para el paciente como una oportunidad para revalorar su vida, a sí mismo y cuidarse:

*“Un gran significado porque cambió mi vida (...) la vida es tan corta y no valoramos el tiempo que tenemos aquí en la tierra”* (Mujer, 40 años, cáncer de mama)

*“Tal vez para valorarme y quererme a mi misma y cuidarme de mis malos hábitos”* (Mujer, 43 años, cáncer de mama)

*“El reflexionar lo que uno hace, en cómo se alimenta (...)”* (Hombre, 33 años, cáncer al testículo)

Finalmente, acerca de la construcción de la narrativa del sujeto, es importante mencionar que la descripción de la vivencia de enfermedad deja notar dos tipos de discurso. Por un lado, algunos pacientes respondían aludiendo únicamente a una reacción evocando mayormente el periodo diagnóstico:

*“Cuando me dijeron me sentí mal, me asusté y pensé que todo iba a terminar ahí”* (Mujer, 44 años, cáncer de mama)

*“No reaccioné mal, lo tomo con tranquilidad, paciencia, sabía que seguiría viviendo”* (Hombre, 46 años, cáncer de colon)

Mientras que por otro lado, había pacientes que hacían referencia a distintos momentos dentro de la enfermedad:

*“Al principio se lo dejé todo a Dios, no sentí pena ni tristeza, después de 4 meses al ver mi cabello caer sí me afectó, luego tuve más fuerza aceptando la realidad”* (Mujer, 40 años, cáncer de pulmón)

*“En un principio pensé en muerte, de ahí me aferro a Dios. Al principio pensé que era incurable pero luego, gracias a un doctor me extrajo el tumor. Ahora me siento bien y sigo adelante para luchar, siempre confiando en Dios que tiene la última palabra”* (Hombre, 39 años, cáncer de testículo)

Al observar las citas anteriores, cabe destacar que los ejes de contenido descritos en primer momento se integran en esta narrativa del paciente, permitiendo combinaciones de los mismos, dejando notar en varios casos el relato de la vivencia de la enfermedad del paciente como proceso

#### *Bienestar psicológico en pacientes oncológicos*

Se realizaron análisis de correlación entre la escala global de bienestar con las dos escalas que mostraron mejor funcionamiento: Relaciones positivas con otros y Propósito de vida. Los resultados podemos apreciarlos en la tabla 11, observando que las escalas correlacionan positivamente entre sí de manera significativa del mismo modo que con la escala global.

**Tabla 11**  
*Correlaciones entre las subescalas del SPWB y el puntaje global*

	Relaciones positivas con otros	Propósito de vida
Propósito de vida	0.35*	
Escala global (SPWB)	0.72*	0.69*

\*p<0.01

*Descripción del Bienestar Psicológico de acuerdo a variables sociodemográficas*

En la tabla 12 se presentan los datos más relevantes de las variables que resultaron significativas. En ella podemos notar diferencias significativas en cuanto al grado de instrucción tanto en la subescala Propósito de vida como en la escala global de bienestar. Se encontró que los pacientes que concluyeron sus estudios superiores, se diferencian de los pacientes con estudios de primaria, por puntuaciones más altas en la escala global de bienestar ( $U=-3.29$ ); y de los que alcanzaron el nivel de secundaria completa, por puntuaciones más altas en ambas variables ( $U-PRVI= 3.16$ ;  $U-EBP=-3.29$ ).

**Tabla 12**

*Bienestar psicológico global de acuerdo a variables Sociodemográficas*

	Relaciones positivas con otros		Propósito de vida		Bienestar psicológico	
	M	DE	M	DE	M	DE
Grado de instrucción						
Primaria	19.86	5.07	24.61	3.87	130.07	14.87
Secundaria	22.19	4.28	23.93	3.59	133.45	16.08
Superior	22.64	5.19	26.61	2.48	143.75	13.12
H	1.38		5.56*		4.93*	
Vive con hijos						
Sí vive con hijos	22.27	5.07	25.30	3.70	137.69	16.30
No vive con hijos	20.32	4.18	24.00	3.09	130.55	13.56
U	-2.21*		-1.98*		-2.10*	

\*  $p < .05$

También se observan diferencias significativas en las dos escalas de bienestar y el puntaje global, entre los pacientes que viven con sus hijos y quienes no viven con hijos, encontrando que los primeros puntuaban más en las tres medidas que los segundos.

Adicionalmente, en las correlaciones con las variables dummy (Anexo D1) podemos observar correlaciones pequeñas significativas entre la variable situación laboral con las escalas de bienestar. Así, se encontró relación directa entre los pacientes que trabajan y la escala Propósito de vida ( $r=0.20$ ), e indirecta entre los pacientes que no trabajan con la escala Relación positiva con otros ( $r=-0.22$ ); no encontrando relación significativa entre los que dejaron de trabajar por la enfermedad con ninguna de las escalas o puntaje global.

Finalmente, cabe resaltar que se exploraron las diferencias en las puntuaciones de bienestar en el resto de variables sociodemográficas y de enfermedad, no encontrando diferencias significativas de acuerdo a sexo, edad y estado civil de los pacientes; tampoco de acuerdo a ninguna de las variables relacionadas con la enfermedad y tratamiento.

*Ajuste a la enfermedad y Bienestar Psicológico en pacientes oncológicos*

Se estudiaron las relaciones entre los estilos de ajuste mental al cáncer y Propósito de vida, Relaciones positivas con otros, y Bienestar psicológico como medida global. Así, en la tabla 13 podemos observar los coeficientes de correlación entre las mediciones de ambos constructos.

**Tabla 13**  
*Correlaciones entre MAC-R y EBP*

	Relaciones positivas con otros	Propósito de vida	Bienestar Psicológico
Espíritu de lucha	0.21*	0.35**	0.30**
Desamparo/ Desesperanza	-0.21*	-0.13	-0.33**
Preocupación ansiosa	-0.17*	-0.10	-0.29**
Fatalismo/ Aceptación	0.11	0.35**	0.18

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

Considerando el criterio de Cohen (1988), se identifica correlaciones positivas medianas entre Espíritu de lucha y Fatalismo/ Aceptación estoica con Propósito de vida; y pequeñas entre Espíritu de Lucha y Relaciones positivas con otros. Adicionalmente se encontró correlaciones negativas medianas entre Bienestar psicológico y Desamparo/ Desesperanza; y pequeñas entre esta última y Preocupación ansiosa con Relaciones positivas con otros; también fueron pequeñas las correlaciones entre Preocupación ansiosa con Propósito de vida y Bienestar psicológico.

*Modelo de regresión jerárquica entre los estilos de ajuste y bienestar*

Con el objetivo de explorar el potencial predictivo de las variables de ajuste mental al cáncer sobre el bienestar psicológico, se realizaron análisis de regresión múltiple jerárquica. Para ello, en primer lugar, las variables sociodemográficas y de enfermedad que estaban catalogadas como categóricas fueron transformadas en variables dummy

para, con ello, observar la relación que existía con los constructos de estudio; posteriormente se revisaron dichas correlaciones (Anexo D1).

Para la incorporación de las variables al modelo se tuvo en cuenta la relevancia que cada variable podría tener para los fines de estudio. El primer análisis realizado incorporó el grado de instrucción, específicamente la educación superior como variable de control, dado que existen estudios que muestran la relación directa existente entre esta variable y el bienestar (Ryff & Keyes, 1995). La inclusión de una variable de control permite leer los resultados sin adjudicarlos a alteraciones de la relación entre constructos por particularidades de la muestra.

Luego, se fueron introduciendo progresivamente en el modelo los distintos estilos de ajuste. El orden en el cual se han incluido tiene que ver con supuestos de la evidencia teórica (Holland et al, 1990; Moorey y Greer, 2002) y práctica (Akechi et al, 1998; Cotton et al, 1999; Ferrero, Barreto & Toledo, 1994). Así, el orden planteado fue: Espíritu de Lucha, Desamparo/ Desesperanza, Preocupación Ansiosa y Fatalismo/ Aceptación estoica. Dado que la evidencia previa dejaba notar y suponer relaciones directas o inversas entre las variables de estudio con el bienestar, se consideró la significación a una cola.

Antes de observar las características del modelo de regresión era necesario evaluar la pertinencia de dicho análisis a partir del cumplimiento de los supuestos básicos (Anexo E1). Al respecto, es posible notar que al hacer el diagnóstico de multicolinealidad para este modelo, éste alcanza un nivel severo (Callaghan & Chen, 2008) cuando ingresa Fatalismo/ Aceptación estoica ( $CI=47.033$ ), por lo que se concluye que no se puede separar el efecto de las variables con las que pueda estar interrelacionada, que en este caso corresponde al estilo Espíritu de Lucha.

Las características del modelo de regresión se exponen en la tabla 14, mostrando las variaciones en el funcionamiento de cada variable conforme ingresa la otra. Podemos observar en el último paso (paso 5), con los 4 estilos ya incorporados en el modelo, que los coeficientes no resultan significativos para Espíritu de Lucha ni Desamparo/ Desesperanza, pero sí para Preocupación Ansiosa y Fatalismo/ Aceptación estoica.

**Tabla 14**

*Análisis de regresión jerárquica múltiple que predice el Bienestar Psicológico desde los estilos de Ajuste Mental al Cáncer de acuerdo a la evidencia empírica*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustada	Δ R <sup>2</sup>	B	□	t
Paso 1	0.11	0.10	0.11			
EdSuperior				11.65	0.34	3.49**
Paso 2	0.19	0.17	0.07			
EdSuperior				10.77	0.31	3.33**
Espíritu de Lucha				1.10	0.27	2.91**
Paso 3	0.21	0.18	0.02			
EdSuperior				9.79	0.28	3.00**
Espíritu de Lucha				0.75	0.19	1.74*
Desamparo/ Desesperanza				-0.75	-0.17	-1.59
Paso 4	0.23	0.19	0.02			
EdSuperior				9.09	0.26	2.78**
Espíritu de Lucha				0.79	0.19	1.83*
Desamparo/ Desesperanza				-0.47	-0.11	-0.95
Preocupación Ansiosa				-0.93	-0.16	-1.54
Paso 5	0.26	0.22	0.03			
EdSuperior				9.39	0.27	2.92**
Espíritu de Lucha				0.19	0.05	0.36
Desamparo/ Desesperanza				-0.73	-0.17	-1.44
Preocupación Ansiosa				-1.26	-0.21	-2.04*
Fatalismo/ Aceptación E				1.67	0.23	2.05*

\* p < 0.05 \*\*p < 0.01

A partir de estos resultados y tomando en cuenta aspectos discutidos en la propuesta de estudio, en relación a la no exclusividad del Espíritu de Lucha como único estilo funcional, se plantea un nuevo modelo que busca preservar, en la medida de lo posible, el conjunto de estilos de ajuste como predictores del bienestar.

Para ello se evaluó, el funcionamiento de cada uno de los estilos dentro del modelo realizado inicialmente y las correlaciones previamente mencionadas. Se observó, que si bien el ingreso de Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa no provocaba cambios significativos en la varianza explicada, su ingreso mermaba el comportamiento de Espíritu de Lucha; mientras que, por otro lado, el ingreso de Fatalismo/ Aceptación estoica sí generó cambios significativos y contribuyó con el funcionamiento de Preocupación Ansiosa.



Se diseñó un nuevo modelo que, por un lado, incluye nuevamente educación superior como variable control, y por otro, en relación al ajuste, coloca en primer lugar al Fatalismo/ Aceptación estoica, seguido por Desamparo/ Desesperanza y Preocupación ansiosa.

Al revisar los supuestos previos al análisis de regresión (Anexo E2), se comprobó la adecuación de las variables para ser incluidas en el modelo, habiendo solucionado en el mismo, el problema que presentaba la subescala Fatalismo/ Aceptación estoica respecto a la multicolinealidad.

La tabla 15 presenta las características de este nuevo modelo que, tal como se observa, explica el 23% de la varianza del bienestar psicológico entendido como medida global.

**Tabla 15**

*Análisis de regresión jerárquica múltiple que predice el Bienestar Psicológico desde los estilos Fatalismo/Aceptación estoica, Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustada	Δ R <sup>2</sup>	B	β	t	Cambio en F
Paso 1	0.11	0.10	0.11				12.17*
Ed. Superior				11.65	0.34	3.49*	
Paso 2	0.15	0.14	0.04				4.61**
Ed. Superior				12.22	0.35	3.71**	
Fatalismo/ Aceptación estoica				1.46	0.20	2.14*	
Paso 3	0.22	0.20	0.07				8.47**
Ed. Superior				10.26	0.30	3.17*	
Fatalismo/ Aceptación estoica				1.50	0.21	2.28*	
Desamparo/ Desesperanza				-1.17	-0.27	-2.91*	
Paso 4	0.26	0.23	0.04				4.41**
Ed. Superior				9.42	0.27	2.94*	
Fatalismo/ Aceptación estoica				1.84	0.26	2.76*	
Desamparo/ Desesperanza				-0.83	-0.19	-1.92*	
Preocupación Ansiosa				-1.28	-0.21	-2.10*	

\*p < 0.05 \*\* p<0.001

De acuerdo a estos resultados, es posible notar que el mayor aumento en el R<sup>2</sup> se produce al ingresar la variable que representa al estilo Desamparo/ Desesperanza y que

si bien cada estilo parece aportar poco por separado, estos de manera conjunta dejan un modelo satisfactorio. Este modelo además de incluir la educación superior como variable control, refiere que mayores puntuaciones en Fatalismo/ Aceptación estoica, junto con menores puntuaciones en Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa serían predictoras de mayor bienestar psicológico.



## Discusión

El presente trabajo ofrece resultados que es importante considerar tanto a nivel conceptual como respecto a su aplicación clínica con esta población. Es por ello que la información presentada en este capítulo parte por la discusión del modelo teórico de ajuste mental al cáncer tomando en cuenta los alcances de los hallazgos del presente estudio en cuanto a la medición del mismo y su relación con el bienestar psicológico. Posteriormente se discuten los resultados descriptivos de los constructos de acuerdo a variables sociodemográficas y de enfermedad, tomando en cuenta las posibles implicancias para el abordaje e intervención clínica con estos pacientes; y, finalmente se presentan los principales alcances y limitaciones del estudio.

### *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico*

Favorecer la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad y a lo que ella trae consigo en su vida, constituye un foco de interés para los profesionales que trabajan en el área. Ello ha llevado a que numerosas investigaciones intenten identificar las variables que se relacionen al ajuste al cáncer para ampliar la comprensión al respecto y poder generar estrategias de intervención.

Una de las mayores dificultades al estudiar la adaptación se relaciona a la complejidad misma del constructo, ya que las estrategias de afrontamiento no presentan un patrón fijo sino dependen, entre otras cosas, de la circunstancia a la que se enfrenta el individuo (Lazarus y Lazarus, 2000). Al respecto, Ferrero et al (1994) refiere que resulta sumamente difícil clasificar las respuestas emocionales y conductuales que pueda tener un sujeto con una vivencia tan disruptiva como el cáncer. En ese sentido, se valora del modelo de ajuste mental el intento de sistematización de respuestas específicas al cáncer a partir de evidencia clínica (Moorey y Greer, 2002; Watson et al, 1988), así como la creación de un instrumento que mida dichas variables y pueda ser administrado por distintos profesionales de la salud.

El desarrollo de este modelo teórico y de las investigaciones al respecto, colocan de relieve la posibilidad de determinar que existe un estilo “más adaptativo” que el resto: Espíritu de Lucha. Conviene tomar en cuenta que la primacía de un estilo sobre otros hace que se deje de lado aspectos funcionales e incluso positivos que pueden tener

algunas respuestas pertenecientes a otros estilos. Ello, aunque los estudios psicométricos del MAC han dejado notar que, a pesar de replicarse la configuración planteada en la teoría en la mayoría de sus elementos, existe interrelación de una serie de respuestas de distintos estilos (Cayrou et al, 2003; Forero et al 2005; Nordin et al, 1999; Trigos, 2009; Watson et al, 1988; Watson & Homewood, 2008), por lo que no se podría decir que cada estilo es independiente del otro; sino quizá que existen respuestas que se dan en distintos grados en forma paralela.

El planteamiento acerca del grado de funcionalidad que tiene un estilo sobre otro viene definiéndose por una serie de investigaciones que relacionan los estilos de ajuste con criterios de mayor o menor índice psicopatológico o por la presencia o gravedad de sintomatología física (Watson & Greer, 1998). Es decir, el mejor ajuste se estaría definiendo en términos de menor psicopatología o malestar físico, y no necesariamente en relación con mayor bienestar. Dicha determinación de lo funcional o saludable pareciera seguir el modelo que define la salud como ausencia de enfermedad, definición ya cambiada y ampliada por la OMS (1948) hacia la consideración de la salud integral.

Nos podríamos preguntar entonces qué criterios o indicadores podrían dar cuenta de la funcionalidad de determinado estilo para considerarlo exitoso. Algunos autores han adoptado la noción de que la funcionalidad del ajuste se puede determinar a partir de su correlato con algún resultado esperable. Algunos autores, como Soriano (2001) refieren que conviene tomar en cuenta de dónde parte el criterio de funcionalidad, si del médico o personal de salud, el paciente, la familia, la evidencia científica, entre otros. Así, este autor menciona que desde el punto de vista del paciente, el mejor indicador de adaptación sería el mantener su equilibrio interno y psicosocial; para la familia sería que el paciente retorne como miembro de la red social y se desenvuelva con normalidad; en el caso del médico sería la mayor colaboración del paciente en su tratamiento; mientras que algunas fuentes de evidencia científica (Spencer et al, 1998) refieren que el éxito de la adaptación se mide de acuerdo al grado en que la persona retorna a su nivel premórbido .

Pensamos que, tal como decía Brennan (2001), no se puede pretender que el paciente vuelva al mismo nivel que tenía sin el cáncer, dado el impacto que representa esta enfermedad en la vida del individuo. Tal como pudimos ver en las respuestas cualitativas, los pacientes identifican una serie de cambios trascendentales: en sus relaciones interpersonales, sus estilos de vida, ritmo laboral, funcionamiento físico, estado de ánimo, vivencia de espiritualidad, entre otros.

Por ello, siguiendo a Brennan (2001) se considera que puede ser más útil comprender el ajuste a manera de proceso, es decir, en vez de considerar resultados aislados, debemos prestar atención a los procesos de adaptación que ocurren en el tiempo mientras el individuo aprende a acomodarse e incorpora la multiplicidad de cambios que implica la enfermedad.

Esta noción de proceso, según el autor, permite incorporar una visión más psicosocial y de desarrollo al ajuste y además permite tomar en cuenta la paradoja de diferentes resultados que surgen frente a un evento difícil, en este caso el cáncer, pues este puede implicar, tanto un alto nivel de estrés como también la percepción de una oportunidad de crecimiento. Así, Taylor y Sherman (2004) mencionan que, a pesar de la sensación de inestabilidad y malestar que pueda generar la enfermedad, también emergen una serie de beneficios para el paciente como la mejora en su calidad de vida, en sus relaciones, valores o prioridades. Dichos resultados pudieron apreciarse en las respuestas cualitativas del presente estudio, pues en muchos pacientes se evidenciaba la posibilidad de encontrarle un sentido positivo a su situación a pesar de reconocerla también como una experiencia difícil.

Entonces, de acuerdo a lo mencionado, la comprensión de la adaptación a la vivencia de la enfermedad oncológica tendría que incorporar más que la relación con la morbilidad de sintomatología física y/o psicológica, la posibilidad de la emergencia de resultados positivos. En el presente estudio buscamos acercarnos a dicha comprensión, explorando la relación entre el ajuste y el bienestar psicológico. En esta línea, el objetivo fue poder establecer un modelo de regresión que permita ver el potencial de los distintos estilos de ajuste como predictores del bienestar entendido éste como el despliegue de los recursos del individuo que lo impulsan a un crecimiento y mejoramiento de vida frente a esta situación crítica de vida.

En ese sentido, lo primero que se evaluó fue la pertinencia de un modelo que se acerque a lo planteado por la evidencia acerca del papel de Espíritu de Lucha como positivo y Desamparo/ Desesperanza desde lo negativo (p.e. Akechi et al, 1998; Ferrero et al, 1994, Connor, Guilfoyle, Breen, Mukhardt & Fisher, 2007), sin por ello excluir al resto de variables. Por ello se ingresó en una regresión jerárquica cada estilo uno por uno, para poder observar el comportamiento de cada uno. Sin embargo, dicho modelo no replicó lo esperado a las evidencias al no cumplir satisfactoriamente los supuestos.

Ante dicho resultado se evaluó el comportamiento individual de los estilos tanto en sentido estadístico como conceptual, llevando al planteamiento de un nuevo modelo que,

dejando de lado Espíritu de Lucha, permita el ingreso de los estilos restantes como variables predictoras del bienestar, ingresando del mismo modo, la variable grado de instrucción superior como criterio de control. Los resultados mostraron un modelo adecuado en el que, el incremento en las puntuaciones de Fatalismo/ Aceptación estoica, acompañado de bajas puntuaciones en Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa predice en un 23% mayores niveles de Bienestar Psicológico.

La consideración de Preocupación Ansiosa y Desamparo/ Desesperanza como desfavorables para el bienestar del sujeto, resulta consistente con la teoría (Watson et al, 1988); sin embargo, el papel predictivo en sentido positivo que muestra el estilo Fatalismo/ Aceptación estoica y la exclusión de Espíritu de Lucha, llamó la atención, pues Watson y Greer (1998) afirmaban que la evidencia apuntaba a la hipótesis de que un afrontamiento pasivo, característico del Fatalismo/ Aceptación estoica y contrario al del Espíritu de Lucha, se asocia a un curso menos positivo de la enfermedad.

Para comprender este modelo, conviene que discutamos primero algunas consideraciones conceptuales acerca de cada estilo y dado que su conceptualización ha partido del estudio empírico de las variables, también nos referiremos a algunos aspectos de su medida en nuestra población; y en segundo lugar, haremos algunas precisiones sobre el Bienestar Psicológico para comprender el rol que dicho constructo ha tenido en este estudio.

*Revisión de aspectos conceptuales y metodológicos del modelo de ajuste mental al cáncer: precisiones de acuerdo a los estilos*

El estilo Fatalismo/ Aceptación estoica según el modelo de Ajuste Mental, implica un conjunto de respuestas de resignación y aceptación pasiva frente a la sensación de amenaza y la falta de control que se percibe de la enfermedad (Moorey & Greer, 2002). De acuerdo a los autores tal falta de control puede y debe ser aceptada con ecuanimidad, por lo que no se presentan estrategias activas para luchar frente a la enfermedad.

Frente al estudio psicométrico de dicha variable en nuestra población (Trigoso, 2009), observamos que las respuestas originariamente destinadas a ese estilo funcionaron estadísticamente de manera adecuada conservándose todos los ítems. Sin embargo, al igual que en otros estudios (Nordin et al, 1998; Osborne et al, 1999; Schwartz et al, 1992) se sugirió el desplazamiento a Desamparo/ Desesperanza de 3 de las respuestas que hacían alusión a la falta de control percibido puesto que se vinculaban de manera más satisfactoria con dicho estilo tanto estadísticamente como por su contenido.

Se plantea que la medición de la percepción de falta de control mediante los ítems restantes (versión utilizada en el presente estudio) se estaría vinculando a la atribución de control a factores externos (médicos y Dios) y que la subescala en su conjunto podría medir más una respuesta de aceptación sin por ello ser tomado de manera fatalista.

Ho et al, (2003), a partir de su estudio con una subescala de Fatalismo/ Aceptación estoica muy similar a la nuestra, refiere que dicho estilo podría también estar asociado a respuestas vinculadas a un afrontamiento religioso y fe, así como una reevaluación positiva; esto último también fue encontrado en Schwartz et al (1992) y Grassi et al (2003). Sobre esto conviene tomar en cuenta que algunas de las respuestas cualitativas del presente estudio dejan notar la coexistencia entre reacciones que podríamos considerar positivas, como un estado de ánimo calmo o esperanzado, junto a otras que se asemejan a los ítems de la subescala Fatalismo/ Aceptación estoica.

Estas respuestas ligadas a lo emocional, parecen manifestarse especialmente cuando el sujeto está frente a una situación con nula o poca probabilidad de cambio, por lo que se centra en lo afectivo, particularmente en la aceptación y búsqueda religiosa (Lazarus & Lazarus, 2000). Thompson y Wierson (2000) refieren que la aceptación de las circunstancias de vida constituye una estrategia para preservar el control porque contribuye a que la persona no se posicione como víctima de sus circunstancias, y porque reduce las discrepancias entre el resultado deseado y el alcanzado.

Así, por ejemplo, la atribución del control a los médicos y a la religión aparece vinculada en buena parte a respuestas positivas como, la esperanza frente a la posibilidad de curación. También ha sido mencionada a manera de soporte para seguir viviendo, para salir adelante y sobrellevar la enfermedad.

Esta medida parece incluir también respuestas que se centran en la aceptación en tiempo presente sin mayor planificación futura (p.e. ítem 18), las cuales se asumía que estarían acompañadas de una actitud pasiva de resignación y no lucha frente a la enfermedad. Sin embargo, relacionado a ese tema, Ho et al (2003) planteaba que, en vez de implicar respuestas pasivas con visión fatalista, podía ser un medio a través del cual se tolerara mejor la situación conservando los recursos para lidiar con la enfermedad y sobrellevarla, esto sigue la línea que se mencionó anteriormente planteada por Thompson y Wierson (2000) acerca de la preservación del control en vez de pérdida del mismo.

Estos aspectos mencionados dejan notar además la noción de transitoriedad de la vida y es que hay que recordar que, así como vimos en el análisis de contenido, la asociación que se hace de la enfermedad con la muerte es muy frecuente. Podemos

reflexionar entonces también si la aceptación de la transitoriedad de la vida y de la posibilidad de la muerte es en sí misma una respuesta fatalista o de abandono. No tenemos control sobre la muerte, pero podríamos decir que sí tenemos cierto control sobre cómo asumimos esta transitoriedad y cómo integramos los afectos que se relacionan a ella.

Al respecto, Kreimer (2005) citando a corrientes como el estoicismo y budismo, resalta la necesidad de aceptar circunstancias adversas y el dolor pues estas son parte de la vida. Menciona que para el estoicismo, esta aceptación del dolor se llama *amor fati* (amor por los hechos), la cual no se refiere a la aceptación pasiva de la resignación sino aceptación valiente de lo que ocurre. Esta tendría que ver con la revisión de aspectos que podemos modificar, como el modo de reaccionar ante lo que nos sucede, y no desperdiciar energía con lo que no se puede cambiar.

Siguiendo esta línea, Callander (2003) realizó una revisión sobre el constructo de fatalismo y/o aceptación y su medición en población oncológica. Así, contrastó dos conceptualizaciones de la aceptación, una positiva y otra negativa. Dicha autora refiere que la aceptación entendida como “darse por vencido” es la que suele correlacionar con variables negativas, mientras que una concepción positiva de la aceptación (es decir, dejar los esfuerzos de control y aceptar la situación sin resignación o desesperanza) parece más bien jugar un papel importante en el bienestar y calidad de vida. Kübler-Ross (1969) ya planteaba por su lado que la aceptación constituía una fase de integración y asimilación del duelo que resultaba productiva y beneficiosa para el sujeto. Se sugiere entonces, que sería útil revisar la conceptualización del constructo para próximas investigaciones, incorporando estos matices.

En ese sentido, de acuerdo a la revisión conceptual y a los resultados del estudio, pensamos que sería conveniente tomar la medida de nuestra versión del MAC como un estilo de aceptación más que de fatalismo. De todos modos sería sumamente útil el poder ampliar los estudios al respecto para poder entender más los matices de estas respuestas, por ejemplo a nivel afectivo y de estrategias de afrontamiento.

En relación al Espíritu de Lucha hay numerosos aspectos que discutir que podrían ayudar a comprender el por qué no forma parte de la regresión del presente estudio cuando intentamos relacionarlo con Bienestar.

De acuerdo a los autores, el Espíritu de Lucha es un estilo que se caracteriza por la percepción del diagnóstico como un reto del cual se tiene un control moderado, asimismo se tiene una actitud optimista frente al diagnóstico y presentan más estrategias



de afrontamiento dirigidas al problema (Moorey y Greer, 2002). Tal como hemos podido ver a nivel de correlaciones, se relaciona de manera directa, aunque pequeña, con el puntaje global de Bienestar y las escalas Propósito de vida y Relaciones positivas con otros; con lo cual no descartamos el correlato positivo que pueda existir con esta medida, sin embargo, lo que cuestionamos es la supremacía que se le ha estado dando a este estilo como respuesta “más adaptativa” frente al cáncer.

Parece que este cuestionamiento se volvió un punto de discusión entre los autores del MAC, a partir de que en un estudio realizado por los mismos en 1999, al no replicarse la relación entre este estilo y mayor supervivencia (sólo se comprobó la relación inversa con Desamparo/ Desesperanza), se planteó que los resultados podían contribuir a que los pacientes que se lamentaban por no tener respuestas características al Espíritu de Lucha aliviaran su malestar y culpa al respecto.

Esta última afirmación llevó a que uno de los autores publicara su insatisfacción con las conclusiones del estudio (Greer, 2000) quien atribuía que, por un lado, al identificarse relaciones entre Desamparo/ Desesperanza y menor supervivencia, podía esperarse que se diera de manera contraria con Espíritu de Lucha por funcionar estos como un factor bipolar; y, por otro lado, que podía estar malinterpretándose el verdadero sentido del Espíritu de Lucha (como actitud positiva y luchadora) al asociarla con culpa. Ante esto, el resto de autores responde que si bien el Desamparo/ Desesperanza y Espíritu de Lucha están inversamente relacionados esto no se da de manera exacta o perfecta; y que, la mención de la culpa tenía que ver con observaciones clínicas referentes a la interpretación que daban los pacientes ante la supremacía del Espíritu de Lucha reportada en las investigaciones, la cual consistía en que tenían que mantenerse constantemente luchando por la enfermedad sino ésta podría empeorar (Watson, Haviland, Davidson & Bliss, 2000).

Entonces, más allá de entrar en el debate sobre el papel que tengan los estilos en la supervivencia, pues pensamos que se necesitarían mayores precisiones conceptuales y metodológicas sobre el ajuste a la enfermedad; nos interesa discutir el impacto que genera en la población oncológica la consideración del Espíritu de Lucha como respuesta óptima frente a la enfermedad, para ello partimos de los resultados en nuestra muestra.

Uno de los elementos que más llama la atención es el correlato que se daba entre intentar asumir una actitud positiva (por ejemplo, en el ítem 23: *“Trato de tener una actitud muy positiva”*) y el evitar pensar en la enfermedad (como en el ítem 24: *“Estoy tan ocupado que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad”*). Tal como apreciamos en las

respuestas cualitativas, la actitud positiva, de lucha pareciera considerarse como un objetivo a lograr, tanto el sentirla como el aparentarla (*“Uno quiere ser fuerte, seguir adelante...”*) y, a la par se encontraba la minimización de las emociones negativas o de la gravedad de la situación (*“Hago cuenta de que ya no estoy enferma...”*). Algo similar ocurrió en el estudio de Osborne et al (1999) en el cual los ítems de Espíritu de Lucha se consideraron como pertenecientes a dos dimensiones de respuesta: orientación positiva de la enfermedad y, por otro lado, minimización de la misma.

Esto nos deja pensando que por más positivo que sea el planteamiento del estilo Espíritu de Lucha, pueda llegar a constituirse en una respuesta defensiva pues, en la línea de lo mencionado por Watson et al (2000), quizá no se estaría dejando espacio a los altibajos emocionales que son esperables al tener esta enfermedad. Entonces, si esta respuesta tiene componentes defensivos es altamente posible que no conduzca al bienestar psicológico de la persona, pues no se estaría dando el despliegue de su mayor potencial y funcionamiento, sino este podría estar siendo limitado. Estas inferencias requieren de mayor evidencia por lo que sería útil ampliar los estudios en este campo.

El estilo Desamparo/ Desesperanza, después de Espíritu de Lucha, es el que más ha tenido relieve en las investigaciones como respuesta no adaptativa a la enfermedad, pues se le atribuye un correlato con malestar psicológico y mayor vulnerabilidad física (Ferrero et al, 1994; Nordin & Glimelius, 1998; Watson et al, 1999).

La medición de este estilo en la versión para nuestra población, incorpora además de los elementos de su configuración original, elementos que pertenecían al estilo Fatalismo/ Aceptación estoica que, como hemos dicho anteriormente, se vinculan a una respuesta depresiva frente a la imposibilidad de cambio. En la revisión de diversas investigaciones con el instrumento (Watson & Homewood, 2008), se comprueba que es la subescala que mejor ha funcionado estadística y conceptualmente por lo que se considera *“extremadamente estable y robusta”* (p.5).

En la presente investigación observamos que es la subescala que reporta mayor confiabilidad y conserva la totalidad de ítems planteados por el autor, por lo que estaríamos midiendo mediante el instrumento, la misma definición planteada por los autores, pero incorporando más elementos acerca de la vivencia de falta de control, los que como ya hemos mencionado pertenecían a Fatalismo/ Aceptación estoica originalmente.

El estilo Preocupación Ansiosa, por su parte, hace referencia a la percepción de la enfermedad como una amenaza que envuelve al paciente en un estado de incertidumbre

respecto a lo que puede hacer al respecto y cómo visualiza su futuro (Moorey & Greer, 2002). Éste ha sido asociado a malestar psicológico en numerosas investigaciones (Cotton et al, 1999; Ferrero et al, 1994; Nordin & Glimelius, 1998), pero en cuanto a su medición es la subescala que mayor alteración ha sufrido a nivel factorial. Así, en nuestra versión, se descartaron los mismos elementos que posteriormente quitarían los autores en la más reciente revisión del instrumento (Watson et al, 2008), a excepción de uno que fue trasladado a Espíritu de Lucha.

Revisando los elementos que componen nuestra versión de Preocupación Ansiosa observamos que existe un correlato de ansiedad y molestia frente a la enfermedad, así como también la incertidumbre respecto a su situación y visión a futuro. Cabe resaltar que en el estudio factorial se mencionó que es la única subescala que incluye más componentes afectivos de manera expresa (Trigoso, 2009). Esto podría evidenciar la diferencia en la vivencia de incertidumbre que plantea el estilo Preocupación/ Ansiosa frente al de Fatalismo/ Aceptación estoica ya que, si bien, en ambos casos no se sabe qué va a pasar, en el primero se hace expreso el malestar de angustia que acompaña ese no saber, mientras en el segundo no.

Es importante destacar que, en el presente estudio, Preocupación Ansiosa se vio fuertemente asociada con Desamparo/ Desesperanza en término de correlaciones, lo que nos lleva a pensar, por un lado, que gran parte de las respuestas caracterizadas por una tendencia depresiva están acompañadas de un matiz ansioso y viceversa. Algunos estudios factoriales integraron los ítems de Preocupación Ansiosa en los de Desamparo/ Desesperanza, no diferenciando con ello ambos tipos de respuestas (Schwartz et al, 1992). Esto podría explicarse porque previo a la creación del MAC, es decir, en la evaluación clínica inicial a modo de entrevista, cuando surgió el planteamiento de los estilos que incluyen el modelo, no existía Preocupación ansiosa como tal, sino que al parecer ésta estaba incluida dentro de Desamparo/ Desesperanza.

Como hemos visto, estas variables han correlacionado con resultados negativos en numerosas investigaciones (Connor et al, 2007; Cotton et al, 1999; Ferrero et al, 1994; Johansson, Ryden & Finizia, 2011), con ello no sorprende que sean predictoras de menor bienestar; sin embargo, consideramos que convendría evaluar la relación de estas dimensiones en conjunto y qué aspectos de las mismas en conjunto o en separado son las que se relacionan más con un menor nivel de Bienestar.

Entonces, de acuerdo a las precisiones realizadas sobre cada uno de estos estilos, el modelo final se podría traducir como la posibilidad de predecir el bienestar psicológico entendido como el despliegue de recursos del paciente oncológico a partir de la combinación de las siguientes respuestas frente a la enfermedad:

- Mayor grado de aceptación de la enfermedad y del curso de la misma, incluyendo dentro de esta aceptación la posibilidad de “delegar” el control a factores externos como la religión y la ciencia.
- Menor grado de sensación de pérdida e inutilidad respecto al quehacer de la enfermedad
- Menor grado de sensación de incertidumbre y angustia respecto a la enfermedad y al futuro.

A partir de los resultados del estudio y de esta revisión de los estilos reafirmamos que éstos resultan de la configuración de una serie de respuestas que no son del todo independientes. También que, bajo la noción del ajuste como proceso, si queremos realizar medidas con el MAC, deberíamos considerar los resultados como distintos niveles de cada estilo en paralelo más que la predominancia en alguno de ellos, quizá ello nos permita acercarnos a la comprensión de la complejidad que envuelve la coexistencia de distintas respuestas en la persona, sin catalogarla; sin embargo, se tendría que revisar este punto, tanto a nivel conceptual como metodológico, para la interpretación adecuada de los resultados que deriven de la prueba.

#### *Consideraciones acerca del Bienestar Psicológico*

Convenimos realizar algunas precisiones acerca del Bienestar Psicológico como variable de salida del modelo de regresión realizado para este estudio debido a que, si bien su conceptualización parte de postulados teóricos sólidos, su medición tiene una serie de particularidades que conviene tomar en cuenta. Ello permitirá comprender mejor los resultados de la presente investigación.

El primer punto que conviene mencionar se relaciona a la multidimensionalidad del constructo. Ryff (1989) hace un valorable esfuerzo de sistematización teórica, identificando los componentes que forman parte del desarrollo y crecimiento pleno del individuo, y aporta notablemente con la creación de un instrumento que congregue dichos componentes.

En nuestro estudio vimos que no se ha replicado satisfactoriamente la medición de las escalas por separado, a excepción de Propósito de vida y Relaciones positivas con otros. Springer y Houser (2006) al respecto y frente a las críticas del instrumento, refieren que el problema está en abordar a las dimensiones como independientes, cuando en realidad forman parte de un todo integrado. En ese sentido, hacen referencia a que, si bien en muchas investigaciones no se ha registrado la presencia de los 6 factores, lo que sí se ha replicado es un factorial de segundo orden que incluye a todas las escalas, con lo cual se comprueba la validez del constructo de manera global.

Entonces, los resultados sobre Bienestar Psicológico en esta investigación incluyen tanto la medición global como las dimensiones Propósito de vida y Relaciones positivas con otros; sobre las cuales profundizaremos a continuación.

En relación al bienestar psicológico como constructo global, es importante recalcar que los estudios refieren que parece servir como un elemento amortiguador o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009 en Vazquez & Castilla, 2007) como podría ser, en este caso, la pérdida de salud al tener cáncer.

Cabe destacar que no podemos hablar de niveles de bienestar ya que no contamos con puntos de corte para la medición de esta versión del instrumento en nuestra población; entonces, lo que observaremos a partir de los resultados es el tipo de relación que se establece entre los constructos más que determinación de cantidades o niveles específicos de bienestar. Sobre esto conviene tener en cuenta que el bienestar no es un estado final o resultado sino un proceso de realización con una inherente intención hacia la vida (Deci & Ryan, 2006). Así cobra sentido la inclusión de esta variable como un posible indicador de la funcionalidad del ajuste entendido como proceso.

Los aspectos teóricos que están detrás de las escalas que se incluyen en la presente investigación: Propósito de vida y Relaciones positivas con otros, se relacionan dos elementos evidenciados en las respuestas cualitativas: la dimensión existencial y el papel de los vínculos familiares. A continuación mencionaremos algunos alcances al respecto.

La dimensión Propósito de vida se nutre de perspectivas existencialistas de la psicología acerca de la importancia que tiene el sentido de la vida incluso en situaciones adversas. En el contexto de una enfermedad como el cáncer en la que hemos podido ver que se hace una asociación directa con la muerte y la conciencia de la misma es constante, la concepción del sentido de la vida (Frankl, 1946) cobra particular importancia, ya que su definición surgió precisamente en circunstancias de alto riesgo a la vida y

atentado a valores humanos esenciales, como es la vivencia en los campos de concentración de Auschwitz, siendo un distintivo entre quienes encontraban posibilidades de supervivencia y quienes no. En pacientes con cáncer de mama, Stanton y Snider (1993) han encontrado que la posibilidad de encontrar sentido en estas pacientes incrementaba su bienestar.

De acuerdo a la perspectiva de Bienestar Psicológico entonces, mayores puntuaciones en esta escala se relacionan tanto a tener metas, objetivos y un sentido de dirección; como a la posibilidad de otorgar un significado valioso a la vida presente y pasada; y también el poder mantener una serie de creencias que dan sentido a la vida del individuo (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008).

En relación a las metas y objetivos de vida, podríamos pensar que una enfermedad como el cáncer puede mermar en la consecución de una serie de planes tal como lo hemos visto en las respuestas de los participantes. Por lo que la posibilidad de mantener aún un sentido de dirección frente a esto podría resultar un recurso sumamente valioso. Al respecto, DiMatteo y Martin (2002) refieren que, a pesar del estado de salud, el ser humano tiene la necesidad de concebir su futuro y orientarse a sí mismo hacia metas que valora.

Por otro lado, también en las respuestas cualitativas pudimos apreciar que algunos pacientes referían haber descubierto un significado valioso en la enfermedad pues les brindaba la posibilidad de cuidarse mejor a sí mismos y relacionarse mejor con su familia. Pensamos que la valoración de la vida presente y pasada permite un grado de integración necesaria para el paciente oncológico que debe reformular su identidad incorporando la enfermedad.

Hemos visto que, en este proceso, la religión parece cumplir un papel muy importante en la búsqueda de sentido para la muestra de estudio. Al respecto, Calhoun, Cann, Tedeschi, y McMillan (2000) refieren que encontrar sentido a la enfermedad crónica y afrontarla a través de la religión puede mejorar el ajuste a la enfermedad.

Dado que la importancia de la religión se observa también en otras investigaciones en nuestro medio con pacientes oncológicos, pues han reportado mayor uso de la estrategia acudir a la religión (Chau, Morales & Werzell, 2002; Solano, 2001; Soto, 2010); creemos que debemos tomar en consideración ciertos matices para el ajuste a la enfermedad. Estos se relacionan con el tipo de relación que se establece con el dogma o religión que se siga (independientemente cuál sea) y la influencia que esta tenga en sus cuidados de salud.

En la experiencia clínica se observa cómo algunos pacientes acatan la “voluntad de Dios” con carga negativa, es decir, con culpa y la sensación de imposibilidad de hacer algo al respecto; mientras que otros, aunque igual acatando la “voluntad de Dios”, se reconocen a sí mismos como agentes de fe, es decir, la voluntad de Dios está acompañada de su fe, con lo cual, aunque consideren que Dios tiene la última palabra, no son totalmente pasivos sino ellos “hacen algo con su fe”, por lo que las emociones que derivan de ello parecen ser incluso positivas, de confianza y armonía. Esto último se relaciona con lo que plantean Van Dierendonck y Mohan (2006) acerca de considerar el bienestar espiritual como un elemento del bienestar eudaimónico al considerarlo como un recurso interno.

La dimensión Relaciones Positivas con otros es entendida como la capacidad de establecer relaciones cálidas, satisfactorias, confiables y de preocupación por el bienestar de otras personas (Ryff & Keyes, 1995). Así, el hombre como ser social necesita de la relación con otros pero no cualquier tipo de relación, sino relaciones con significado para alcanzar la plenitud de su ser.

La revisión de esta dimensión en población oncológica resulta especialmente relevante, pues frente al cúmulo de cambios e irregularidades que puede implicar la vivencia del cáncer, la posibilidad de establecer o fortalecer vínculos puede permitirle a la persona vincularse con aspectos trascendentes de vida.

Así, conviene en este punto hacer referencia al importante papel que tiene la familia en la vivencia y resignificación de la enfermedad para el paciente, pues aparece mencionado en las respuestas cualitativas de los pacientes como figura de soporte y también como fuente de sentido y propósito de vida. Esto es comprensible dado que la familia brinda las funciones psicológicas básicas de seguridad, capacidad, autoestima, autovalía (Ovejero, 1990); además en ella se forman los vínculos esenciales en torno a los cuales el sujeto construye su identidad.

El presente estudio también realizó una serie de análisis comparativos de acuerdo a variables sociodemográficas y de la enfermedad. Después de tener en cuenta la revisión anteriormente expuesta, pasaremos a continuación a discutir acerca de las particularidades que convendría tomar en cuenta en la clínica con estos pacientes, a partir de los resultados de estudio.

*Alcances clínicos: Particularidades de la muestra en cuanto al ajuste y bienestar de acuerdo a variables sociodemográficas y de enfermedad*

Antes de mencionar las particularidades de la muestra, conviene tomar en cuenta que está compuesta en su mayoría por mujeres, con lo cual consideramos que algunos resultados podrían verse sesgados por algunas características propias del género femenino, que no se ha registrado en diferenciación con los varones.

Al diferenciar etapas de la adultez, encontramos que los adultos tardíos (46-65 años) tenían puntuaciones significativamente mayores en Fatalismo/ Aceptación estoica respecto a los adultos maduros (30-45 años). Rowland (1990), al describir las características que acompañan al paciente oncológico en esas etapas, resalta que el adulto tardío debe sobrellevar una serie de duelos sucesivos propios de la edad a lo que se suma la enfermedad misma. Podríamos intuir que quizá ello contribuye a que haya menor resistencia y mayor grado de aceptación de la enfermedad y de las consecuencias que pueden darse producto de la misma como el cese laboral, pérdida de funcionalidad, entre otras. En cambio, el adulto maduro se encuentra en el periodo de mayor apogeo profesional, coincidiendo con Erikson (1980) se encuentra en la etapa de generatividad vs. estancamiento, por lo que la alteración de su capacidad productiva puede ser algo que no estén dispuestos a enfrentar todavía.

En relación al lugar de residencia se encontró que los pacientes que radican en Lima desde antes de su diagnóstico presentan mayores puntuaciones en Espíritu de Lucha que aquellos que viven en Lima desde que se enfermaron, y menor Desamparo/ Desesperanza en comparación a los pacientes que viven en provincia y sólo vienen por tratamiento. Pensamos que existen una serie de factores que debemos considerar porque nos podrían brindar luces para comprender dicho resultado.

Los pacientes que vienen a Lima sólo por tratamiento o para radicar aquí a partir de la enfermedad, tienen que sobrellevar, además del impacto de la misma, el traslado desde su lugar de residencia hacia Lima lo cual afecta tanto económicamente, como en el desgaste físico, alteración de la rutina y, sobre todo, en la mayoría de casos la separación de sus seres queridos, como ha sido mencionado en la medición cualitativa. Tal como mencionaba

Algunos de los pacientes que vienen de provincia cuentan con familiares o amigos que los pueden hospedar si se deben quedar por algunos días en Lima, sin embargo, hay otras personas que tienen que buscar hospedaje, lo que podría incrementar la dosis de malestar en la vivencia de la enfermedad. Asimismo, ante la separación de los seres



queridos, los pacientes pueden sentirse solos y deprimirse por ello, pues como hemos podido ver en los resultados, el soporte que brinda la familia parece cumplir un papel muy importante en el modo en que la persona asumirá la enfermedad.

En relación al grado de instrucción, se encontró que los pacientes con educación primaria tuvieron puntuaciones significativamente mayores en Preocupación Ansiosa respecto a los que tenían nivel de instrucción secundario o superior; y que la relación se daba de manera inversa cuando observábamos el puntaje en Propósito de vida y Bienestar Psicológico global. Ligado a ello, Torres (2011) encontró que los pacientes con educación superior presentaban menor malestar que aquellos que tenían secundaria completa y Tateishi (2011) que las pacientes con educación superior presentaban menor sintomatología depresiva respecto a las de educación escolar. Esto nos podría llevar a pensar que la vivencia de incertidumbre y ansiedad que está inserta en las mayores puntuaciones en Preocupación Ansiosa para quienes tienen menor nivel de instrucción está acompañada de menores niveles de Bienestar y Propósito de vida.

Moorey y Greer (2002) afirman que la relación entre el paciente con otras personas influye en el impacto que la enfermedad produce en él así como en los efectos de la misma y el afrontamiento que llevará a cabo. En ese sentido, acerca de las personas con las que convive el paciente, se encontró que la única que marca diferencias significativas en el bienestar es la convivencia con hijos o no, puntuado los primeros con mayor Bienestar global y Relaciones Positivas con otros en relación a los segundos. A lo largo del discurso de los pacientes en las respuestas cualitativas, se dejó notar el papel importante que tiene la familia y dentro de la misma los hijos. Creemos que la vivencia de paternidad/maternidad podría marcar una pauta importante en la trascendencia que tenga la propia vida y que la convivencia con los hijos puede ser una fuente de soporte que contribuya con el desarrollo pleno de los recursos de la persona para hacer frente a esta enfermedad. Por ejemplo, en relación a la fe/religión como recurso, Laos (2010) encontró que todas las pacientes con cáncer de mama que viven con sus parejas e hijos realizan prácticas religiosas con bastante frecuencia, lo cual probablemente contribuye al sentido que le darán a su vida.

Siguiendo a Frankl (1946), en relación al sentido de la vida, y vinculándolo con las relaciones positivas con otros, uno de los grandes acercamientos al sentido de la vida se da a través de los valores creativos, que tiene que ver con proveerse a sí mismo de sentido a partir de comprometerse con un proyecto de vida; dentro de este acercamiento se puede incluir la noción de generatividad planteada por Erikson (1980) en relación al

cuidado de las generaciones futuras. Así, la convivencia con los hijos podría, mediante el desarrollo de relaciones cálidas con ellos proporcionar mayor bienestar para el individuo.

De todos modos pensamos que esta variable debería ser más estudiada de acuerdo a sus particularidades, para tomar en cuenta el tipo de relación que existe con los hijos, incluyendo factores como la edad de los hijos o nivel de dependencia de los mismos, entre otras.

En cuanto a la situación laboral, resulta importante mencionar que aquellos pacientes que trabajan tienen mayor Propósito de vida, por lo que podemos intuir que la capacidad productiva que los pacientes repliegan en su trabajo parece contribuir en su dotación de sentido a la vida, ligándose también a la generatividad de Erikson mencionada anteriormente. Torres (2011) encontró que las pacientes que trabajan presentan menos limitaciones físicas y con ello, menor malestar en actividades cotidianas, respecto a las que no, refiere que el que no vean sus labores interrumpidas por su enfermedad favorece su adaptación a la misma.

Por otro lado, en relación a las variables de enfermedad, los pacientes que conocen su diagnóstico en un periodo de 3-6 meses presentan mayor Preocupación Ansiosa en relación a quienes llevan mayor tiempo de conocimiento, aunque esta diferencia no se pudo contrastar por subgrupos. Pensamos que es un resultado comprensible dada la vivencia inicial de incertidumbre que acompaña al primer periodo después de conocido el diagnóstico, en el cual el paciente descubre la vulnerabilidad de su condición humana (Bayés, 2000; Jimenez, 2003) y puede sentirse amenazado por el cúmulo de cambios que anticipa que vendrán. De acuerdo a Kübler-Ross (1969) el primer momento puede considerarse como un estado de conmoción general que, una vez pasada la crisis, existe la posibilidad de desarrollar un sentido más particular acerca de cómo la enfermedad afectará su vida. Esto va apoyado de la evidencia que brindan estudios longitudinales acerca de que Preocupación Ansiosa es uno de los estilos cuyas puntuaciones parecen decrecer con el paso del tiempo (Ferrero et al, 1994), sin embargo es un resultado que no hemos comprobado en nuestro medio.

Por último, los pacientes que no reportaron tener antecedentes oncológicos en su familia presentan mayores puntuaciones en Preocupación Ansiosa que quienes sí manifestaron tener dichos antecedentes. Si bien consideramos que hay variables que convendría revisar al respecto (como tiempo de conocimiento del diagnóstico por ejemplo), podríamos suponer que la vivencia de incertidumbre y ansiedad se debe al desconocimiento o poca cercanía frente a la enfermedad.

Si bien hemos mostrado una serie de resultados a nivel comparativo de acuerdo a cada estilo de ajuste y escala o puntuación global de bienestar, pensamos que deben ser considerados como tendencias pues, el modelo de regresión del presente estudio resalta la importancia de considerar a los estilos como respuestas que se dan en paralelo.

#### *Alcances, limitaciones y recomendaciones*

Desde la práctica clínica perseguimos como objetivo el que el paciente pueda sobrellevar la enfermedad de la mejor forma y busquemos prestar nuestros servicios para contribuir con el bienestar de la mayoría de pacientes. Sin embargo, la demanda en términos de cantidad de pacientes puede resultar mucho más grande que los recursos profesionales con los que contamos para brindarles atención.

La creación del MAC buscaba, entre otras cosas, poder contribuir en la disminución de este problema al permitir, mediante la aplicación de dicho instrumento por distintos profesionales, la identificación de los pacientes que pueden requerir más pronta atención psicológica. Con la crítica presentada en este estudio hacia la supremacía del estilo Espíritu de Lucha como favorable para el paciente y la valoración de los demás como poco adaptativos, no queremos anular el posible uso que se le podría dar al instrumento; sino buscamos seguir aportando evidencia sobre su funcionamiento y, en caso que se decida utilizar, planteamos una serie de consideraciones a tomar en cuenta tanto en la concepción de ajuste como proceso, como en algunas precisiones acerca de la conceptualización de cada estilo en nuestra población. Asimismo, la importancia de generar una interpretación que conjugue los mismos y asuma el dinamismo que hemos observado que tiene el constructo de ajuste.

Para el presente estudio intentamos complementar la medida de ajuste con un pequeño cuestionario que permita explorar la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad y el significado que tiene la misma en su vida. Creemos que su uso fue provechoso en paralelo a los instrumentos psicométricos dado que, como afirma Gonzales-Rey (2007), el uso de distintos instrumentos permite al sujeto descentrarse de un sistema de expresión y entrar en zonas alternativas de sentido subjetivo en relación con las que otro instrumento prestaba atención. Así, pudimos acercarnos, mediante la narrativa del sujeto, a la noción de ajuste como proceso y el correlato de afectos que acompañan su experiencia.

Al respecto cabe destacar que los autores de la prueba refieren que los que quieren profundizar en la medición del ajuste pueden optar tanto por el uso del MAC como

por la entrevista semiestructurada que realizaron Moorey y Greer en la década de los 70 (Watson et al, 1988). Pensamos que podría ser interesante realizar dicha evaluación en paralelo, o incorporar otros aspectos de la misma, sin embargo para el presente estudio, a pesar de la solicitud, no logramos acceso a dicho instrumento, al parecer los entrevistadores requieren de una capacitación especial para la interpretación de los resultados (Watson & Homewood, 2008).

En relación a la evaluación cualitativa que realizamos, podemos considerar como una limitación, el no sistematizar mejor las respuestas de la misma, tanto para tener mayor claridad de las posibles diferencias o particularidades según las variables sociodemográficas y de enfermedad. Esto no se llevó a cabo dada la cualidad de las respuestas y el hecho de que se optó por abordar los estilos de ajuste de manera continua, sin embargo, pensamos que podría ser útil para futuras investigaciones.

También sería interesante incorporar la medición del estilo Evitación/ Negación, en tanto se eliminó en estudio previo, pues forma parte del modelo teórico. No podemos negar la importancia conceptual y alcance clínico que tiene la consideración de dicho estilo, sin embargo, existe gran dificultad en su medición. Así, Diaz, et al (2008) al respecto, refieren que independientemente de la motivación o voluntad del sujeto para realizar la tarea lo más correctamente posible, existen procesos cognitivos y afectivos que operan fuera de nuestra conciencia por lo que la persona no puede acceder a ello introspectivamente. Si la negación tiene un correlato de ese tipo será difícil acceder a ella mediante un instrumento de autorreporte. Conviene ampliar los estudios.

En relación al Bienestar Psicológico, esta investigación constituye el primer acercamiento del constructo como tal en población oncológica en nuestro medio. Podría ser una limitación el no haber utilizado la versión adaptada en Perú (Cubas, 2003), que se ha replicado en otros estudios para realizar comparaciones, sin embargo, por las características de la población, convenimos aplicar una versión más corta (Diaz et al, 2006). Dicha versión tuvo ligeras modificaciones para facilitar la comprensión de la población, consideramos que sería importante optimizar el funcionamiento de las escalas de Ryff en futuros estudios.

En general pensamos que ambos cuestionarios se propusieron el reto de medir respuestas sumamente complejas y cuya operacionalización debe tener en cuenta una serie de elementos no sólo teóricos sino también acerca de la población sobre la cual se interviene. Para paliar parcialmente esta limitación intentamos brindar precisiones sobre

los constructos en sentido conceptual y empírico, sin embargo creemos que es necesario realizar más estudios.

En cuanto a la selección de participantes, pensamos que una limitación tiene que ver con la heterogeneidad de la muestra y que, quizá, la distribución equitativa de acuerdo a determinadas variables reportadas como relevantes en las investigaciones (p.e. sexo) podría haber aportado más datos interesantes, sobre todo a nivel comparativo. Por otro lado, se considera limitación no haber consignado variables relacionadas a la religión y nivel socioeconómico.



## Referencias Bibliográficas

- Akechi, T., Fukue-Saeki, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S. & Uchitomi, Y. (2000). Psychometric Properties of the Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psychooncology*, 9, 395-401
- Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. (1998) Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77, 2381–2385.
- Alarcón, A. (2006). La Personalidad del Paciente con cáncer y las Modalidades de Afrontamiento (pp. 91-108). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Barez, M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra: Barcelona.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Bayés, R. (2000). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martinez Roca.
- Bellver, A., Sánchez, J., Santaballa, A., Munarriz, B., Perez, J., & Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to Cancer-Coping or Personal Transition?. *Psychooncology*, 10, 1-18.
- Brown, K., Levy, A., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological Distress and Cancer Survival: A Follow-Up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 636-643.

- Calhoun, L., Cann, A., Tedeschi, R.G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521-527
- Callander, R. (2003). The Phenomenology of Coping with a Diagnosis of Early Stage Breast Cancer: The influence of intrapersonal and social context variables. Requirement for the degree of Doctor of Philosophy, Department of Psychology, Faculty of Arts, Victoria University
- Callaghan, K. & Chen, J. (2008). Revisiting the Collinear Data Problem: An Assessment of Estimator 'Ill-Conditioning' in Linear Regression. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 13*(5), 1-5
- Cayrou, S., Dickés, P., Gauvain-Piquard, A., y Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology, 12*, 8-23.
- Chávez, S. (2008). Bienestar Psicológico en Practicantes de Yoga. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Chau, C., Morales, H., y Werzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP, 1*, 94-130.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum
- Connor, M., Guilfoyle, A., Breen, L., Mukhardt, F., Fisher, C. (2007). Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia. An exploratory study. *Mental Health Religion & Culture, 10*(6), 631-647
- Costa, G. & Gil, F. (2008). Respuesta Cognitiva y Crecimiento Postraumático durante el primer año de diagnóstico de cáncer. *Psicooncología, 5*(1), 27-37.

- Costanzo, E., Ryff, C., & Singer, B. (2009). Psychosocial Adjustment among Cancer Survivors: Findings from a National Survey of Health and Well-Being. *Health Psychology, 28*(2), 147-156.
- Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K. & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology, 8*, 429-438
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XII* (1), 83-96.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar y rendimiento académico en universitarios*. Lima: Universidad de Lima
- Cuberos, C. (2006). Calidad de vida en el paciente oncológico (pp. 111-127). En: Alarcón, A. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Deci, R. & Ryan, E. (2006). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Reviews Psychology, 52*, 141-166
- Diaz, D, Rodriguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577.
- Diaz, D., Blanco, A., & Horcajo, J. (2008). La evaluación explícita e implícita del bienestar (pp. 139-148). En: Extebarria, I., Aritzeta, A., Barberá, M., Cholí, M., Jiménez, P., Martínez, F., y Paez, D. (Eds). *Emoción y Motivación: Contribuciones Actuales*. Madrid: Asociación de Motivación y Emoción.
- DiMatteo, M. & Martin, L. (2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Dreyfuss, E. (1990). *Cancer Stories*. New Jersey: The Analytic Press.
- Egert, J. (2000). Psychological well-being following breast cancer treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*(8-B), 4219.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York: W.W. Norton



- Ferrero, J., Barreto, M. y Toledo, M. (1994). Mental Adjustment to Cancer and Quality of Life in Breast Cancer Patients: An Exploratory Study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting Psychological Well-Being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*, 9, 11-19.
- Forero, F., Bernal, G. y Restrepo, M. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 3, 135-152.
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder
- Gonzales-Rey, L. (2007). Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información. México: Mc Graw-Hill.
- Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A., y Maragolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20
- Greer, S. (2000). Fighting spirit in patients with cancer. *The Lancet*, 335, 847-848. DOI: 10.106/S0140-6736 (05) 72464-8
- Guimet, M. (2011). *Bienestar psicológico en un grupo de mujeres privadas de su libertad que realizan ejercicio físico*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hervás, G. (2009). Psicología Positiva: Una Introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 23-41.
- Ho, S., Kam, W., Chan, C., Watson, M., Tsui, Y. (2003), Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) scale. *Psychooncology*, 12(6), 547-556
- Holland, J. (1998). *Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, K. & Holahan, C. (2002). The relationship of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.

- Holland, J. & Rowland, J. (1990). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ibañez, E. & Romero, R. (2000). Información, emoción, estrategias de afrontamiento y enfermedad oncológica (pp. 303-310). En: Rubio, E. & García, J. (Eds). *Oncología Clínica Básica*. Madrid: Aran Ediciones.
- Jimenez, K. (2006). Miedo y Cáncer (pp. 175-206). En: Alarcón, A. (ED). *Manual de Psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Johansson, M., Ryden, A. & Finizia, C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer – A longitudinal study. *BMC Cáncer*, 11, 283. Extraído de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/283>
- Kreimer, R (2005). *Filosofía para la vida cotidiana*. Madrid: Paidós
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grupo Editorial Random House.
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Procesos Cognitivos y Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós
- Linley, P. & Joseph, S. (2004). Toward a Theoretical Foundation for Positive Psychology in Practice (pp. 713-731). En: Linley, P. & Joseph, S. (Eds). *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lyubomirsky, S., King, L.A., Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness lead to Success?. *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Mesenguer, C. (2003). El adulto con cáncer (pp. 103-114). En: Die-Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: Ades Ediciones.

- Meza, N. (2010). *Bienestar psicológico y nivel de inversión en la relación de pareja en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ministerio de Salud – MINSA (2010). Indicadores de mortalidad. Disponible en: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
- Mystakidou, K., Watson, M., Tsilika, E., Parpa, E., Primikiri, A., Katsouda, E. & Vlahos, L. (2005). Psychometric analyses of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit. *Psychooncology*, 14(1), 16-24.
- Moorey, S. & Greer, S. (2002). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Muñoz, C. (2007). Perspectiva psicológica del bienestar subjetivo. *Psicogente*, 10 (18), 163-173.
- Nordin, K., Berglund, G., Terje, I., y Glimelius, B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, 250-259.
- Nordin, K. & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer. Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7, 413-423.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Extraído el 12 de noviembre de 2011 de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic-documents-47-sp.pdf>
- Osborne, R., Elsworth, G., Kissane, D., Burke, S. & Hopper, J. (1999). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 29(6), 1335-1345.
- Ovejero, A. (1990). Apoyo social y salud. En: Barriga, S., Leon, J., Martinez, M. & Jimenez, J. (Eds). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social* (pp. 104-134). Sevilla: Librería Reguera

- Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Price, I. I. & Pistole, M. C. (2007). Spirituality and Psychological Well-Being in Women with Breast Cancer. *Poster presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, San Francisco.
- Quartana, P., Laubmeier, K., Zakowski, S. (2006). Psychological Adjustment following Diagnosis and Treatment of Cancer: An Examination of the Moderating Role of Positive and Negative Emotional Expressivity. *Journal of Behavioural Medicine*, 29(5), 487-498.
- Rodriguez, 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.
- Rowland, J. (1990). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. En: Holland, J. & Rowland, J. (Eds). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6): 1069-1081.
- Ryff, C. (2009). *Well-being and Health: Probing the connections*. Extraído el 25 de octubre del 2010: <http://www.psychomedia.it/grp/foligno-2008/Ryff.pdf>
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C., Singer, B., & Dienberg, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *The Royal Society*, 359, 1383-1394.

- Schwartz, C.E., Daltroy, L.H., Brandt, U., Friedman, R., y Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22, 203-210
- Shroever, M., Sanderman, R., Sonderen, E. & Ranchor, A. (2000). The Evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale: Depressed and Positive Affect in Cancer Patients and Healthy Reference Subjects. *Quality of Life Research*, 9, 1015-1029.
- Solano, M. (2001). *Atribución y afrontamiento en personas adultas diagnosticadas de leucemia en el INEN*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85
- Soto, R. (2010). Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Spencer, S., Carver, Ch., & Price, A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation (pp. 211-222). En: Holland, J. (Ed). *Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Springer, K. & Hauser, R. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1080-1102
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill

- Taylor, S. & Sherman, D. (2004). Positive Psychology and Health Psychology: A Fuitful Liaison (pp. 305-319). En: Linley, P. & Joseph, S. (Eds). *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Thompson, S. & Wierson, M. (2000). Enhancing perceived control in psychotherapy. En: Snyder, C. R. & Ingram, R.E. (Eds). *Handbook of psychological change* (pp. 177-197). Nueva York: Wiley
- Torres, J. (2011). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Trigoso, V. (2009). Propiedades Psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 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.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-644.
- Van Dierendonck, D. & Mohan, K. (2006). Some thoughts on Spirituality and Eudaimonic Well-being. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3),227-238
- Van Dierendonck, D., Diaz, D., Rodriguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jimenez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473-479.
- Vásquez, C. & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica*, 5, 15-28

- Voogt, E., Vander Heide, A., Leeuwen, A., Visser, M., Cleiren, J., y Van Der Mass, P. (2005). Positive and Negative Affect after diagnosis of advanced cáncer. *Psychooncology*, 14, 262-273.
- Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and Coping (pp. 91-98). En: Holland, J.C. (Ed). *Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press
- Watson, M., Greer, S., Bliss, J. & Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale. User's Manual.
- Watson, M., Greer, J., Inayat, Y., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*. 18, 203-209
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1336.
- Watson, M., Haviland, J., Davidson, J., Bliss, J. (2000). Fighting spirit in patients with cancer. Author's reply. *The Lancet*, 355 (9206), 848.
- Watson, M. & Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: Psychometric Properties in a Large Cancer Cohort. *Psycho-Oncology*.
- White, V., English, D., Coates, H., Lagerlund, M., Borland, R. & Giles, G. (2007). Is Cancer Risk Associated with Anger Control and Negative Affect? Findings from a Prospective Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 667-674.
- Yamamoto, J. & Feijoo, A.R. (2007). Componentes énicos del bienestar: hacia un modelo alternativo de desarrollo. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú*, 25(2), 197-231



**ANEXO A**  
**MATERIAL DE APLICACIÓN**



## Anexo A1

### Consentimiento informado

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

La presente investigación es conducida por la psicóloga Viviana Trigoso. La meta de este estudio es conocer lo que los pacientes piensan y sienten con respecto a su enfermedad. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en 3 cuestionarios y una ficha de datos. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

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

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, o puede comunicarse con el Servicio de Psicología del hospital al 2016500, anexo: 2267. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya les agradezco mucho su tiempo y su participación.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

FICHA DE DATOS

INFORMACIÓN PERSONAL

<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>	<b>Nº de Historia Clínica</b>
Masculino			
Femenino			

<b>Sobre su residencia</b>	
Siempre he vivido en Lima	
Vivo en Lima desde antes de mi enfermedad	
Vivo en Lima desde que empezó mi tratamiento	
No vivo en Lima, sólo vengo para el tratamiento, yo vivo en: _____	

<b>Estado Civil</b>	
Soltero	
Casado o conviviente	
Divorciado	
Viudo	

<b>Grado de Instrucción</b>			
Primaria Incompleta		Técnica incompleta	
Primaria completa		Técnica completa	
Secundaria incompleta		Universitaria incompleta	
Secundaria completa		Universitaria completa	

<b>Datos Laborales actuales</b>	
<b>Ocupación actual</b>	

Si dejó de trabajar por la enfermedad:

¿En qué trabajaba?	
¿Hace cuánto tiempo dejó de hacerlo	

<b>Composición familiar (¿Con quiénes vive?)</b>

II. INFORMACIÓN MÉDICA

<b>¿Cuál es el nombre de su enfermedad?</b>

<b>¿Hace cuánto le han dado ese diagnóstico?</b>

<b>Tratamiento</b>					
<b>Anterior</b>			<b>Actual</b>		
Quimioterapia		Otros (especifique):	Quimioterapia		Otros (especifique):
Radioterapia			Radioterapia		
Cirugía			Cirugía		

III. ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS FAMILIARES

Parentesco	Diagnóstico	Edad del diagnóstico / año	Estado actual

Anexo A3

Questionario sobre percepción de la enfermedad

1. ¿Qué es lo primero que se le viene a la mente cuando piensa en Cáncer?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. ¿Qué significado tiene esta enfermedad en su vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo A4

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

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

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

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

**Muchas gracias por su colaboración.**



**ANEXO B**

**SOBRE LOS INSTRUMENTOS**

## Estructura factorial MAC (Trigoso, 2009)

Subescala Original	Subescala Final.		Factor
	Número de ítem y enunciado		
<u>Espíritu de Lucha (revisada)</u>			
EL	3	Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud	7
EL	7	Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	8
EL	9	Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	8
EL	12	Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	8
EL	14	Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo	7
EL	20	Trato de tomármelo con sentido del humor	2
PA	21	Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad	6
EL	23	Trato de tener una actitud muy positiva	2
EL	24	Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	2
EL	26	Veo mi enfermedad como un reto	2
EL	30	Me concentro en los aspectos buenos	2
EL	31	Intento luchar contra la enfermedad.	6
<u>Desamparo / Desesperanza (revisada)</u>			
DD	1	Creo que no puedo hacer nada para animarme	4
FA	4	Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	4
DD	6	Siento que en la vida no me queda esperanza	4
DD	13	Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	4
DD	17	No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	4
DD	19	Me siento como si me hubiera rendido	4
FA	22	Creo que no puedo controlar lo que sucede	1
FA	25	Evito informarme más sobre la enfermedad	1
DD	28	Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer	1
<u>Preocupación Ansiosa (revisada)</u>			
PA	2	Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	3
PA	10	Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.	3
PA	15	Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	3
PA	16	Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	3
PA	29	Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado	3
<u>Fatalismo/ Aceptación Estoica (revisada)</u>			
FA	5	Dejo todo en manos de mis médicos	5
FA	8	Será lo que Dios quiera	5
FA	11	He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra	5
FA	18	De momento, procuro vivir día a día	5
FA	27	Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	5

## Anexo B2

## Modificación de ítems SPWB

Ítem versión Díaz et al (2006)	Ítem en la presente investigación
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	4. Me preocupa la opinión que los otros tienen sobre mis decisiones de vida
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	5. Siempre hay algo que me impide alcanzar lo que quiero
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mi	9. Generalmente me preocupa lo que otra gente piensa de mi
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	22. No he tenido muchas relaciones cercanas y de confianza
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.
28. Para mi la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	28. Para mi la vida ha sido un proceso continuo de cambio y crecimiento.





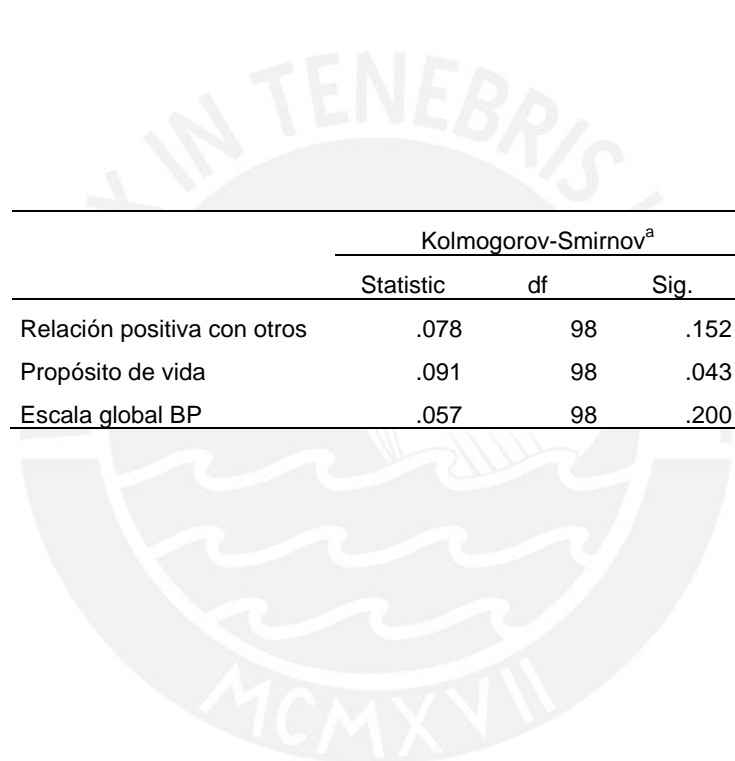
**ANEXO C**

**PRUEBAS DE NORMALIDAD**

## Anexo C1

### Prueba de normalidad para MAC

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Statistic	df	Sig.
Espíritu de Lucha	.146	98	.000
Desamparo/ Desesperanza	.109	98	.006
Preocupación Ansiosa	.139	98	.000
Fatalismo/ Aceptación estoica	.142	98	.000

**Anexo C2****Prueba de normalidad para SPWB**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Statistic	df	Sig.
Relación positiva con otros	.078	98	.152
Propósito de vida	.091	98	.043
Escala global BP	.057	98	.200

**ANEXO D**  
**CORRELACIONES**



## Anexo D1

## Correlaciones MAC y SPWB con variables sociodemográficas y de enfermedad

	1. Estilos de ajuste (MAC)				2 Bienestar Psicológico			3. Edad	4. Sexo		5. Lugar de residencia			6. Situación laboral			7. Ant. Oncol. familiares		8. Grado de instrucción		
	EL	DD	PA	FA	RPO	PRVI	BP global		F	M	LaF	LdF	PvT	T	NT	DT	Sí	No	Prim	Sec	Sup
1. Estilos de ajuste (MAC)																					
Espíritu de Lucha (EL)																					
Desamparo/ Desesperanza (DD)																					
Preocupación Ansiosa (PA)																					
Fatalismo/ Aceptación estoica (FA)																					
2. Bienestar Psicológico																					
Relación positiva con otros (RPO)																					
Propósito de vida (PRVI)																					
Escala global BP (BP Global)																					
3. Edad																					
4. Sexo																					
Mujer																					
Hombre																					
5. Lugar de residencia																					
Lima antes enfermedad (LaF)																					
Lima desde enfermedad (LdE)																					
Provincia. Viene por tratamiento (PvT)																					
6. Situación laboral																					
Trabaja (T)																					
No trabaja (NT)																					
Dejó de trabajar por enfermedad (DT)																					
7. Antecedentes oncológicos familiares																					
Sí																					
No																					
8. Grado de instrucción																					
Primarias																					
Secundaria																					
Superior																					
9. Tiempo conocimiento diagnóstico																					
3-6 meses																					
7-12 meses																					
1-2 años																					
Más de 2 años																					

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01



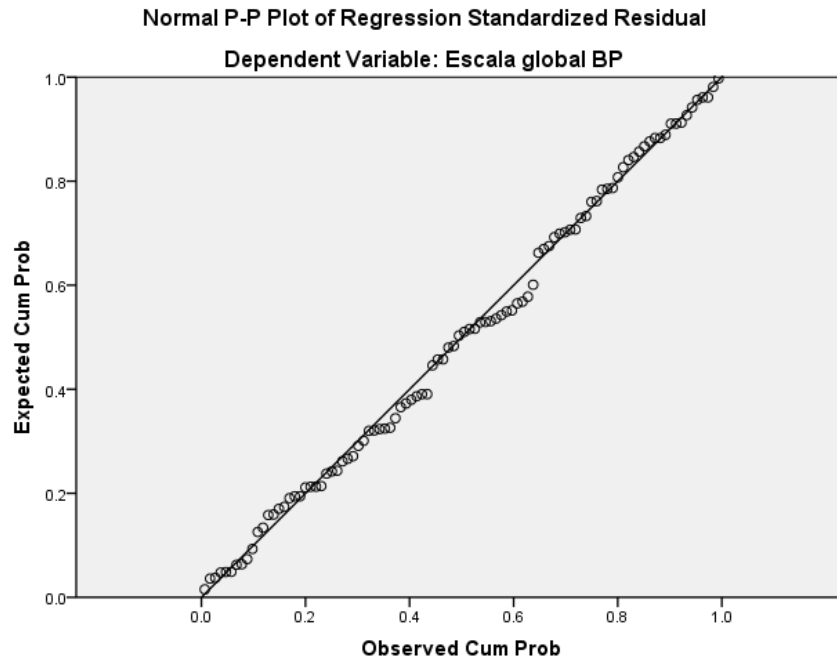
**ANEXO E**

**SUPUESTOS PARA LA REGRESIÓN**

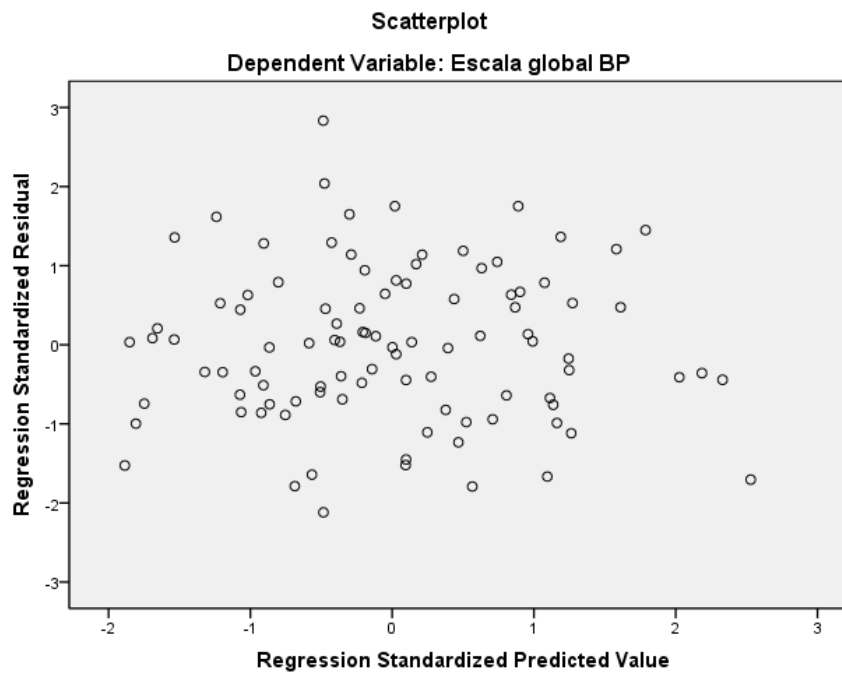
Anexo E1

Supuestos para el modelo A  
(EdSup-EL-DD-PA-FA)

1. Normalidad



2. Heteroscedasticidad



### 3. Diagnóstico de colinealidad

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				(Constant)	EdSup	EL	DD	PA	FA
1	1 (const)	1.535	1.000	.23	.23				
	2 Ed.Sup	.465	1.816	.77	.77				
2	1 (const)	2.406	1.000	.00	.07	.00			
	2 Ed.Sup	.589	2.020	.00	.93	.00			
	3 EL	.005	21.784	1.00	.00	1.0			
3	1 (const)	3.308	1.000	.00	.03	.00	.00		
	2 Ed.Sup	.651	2.255	.00	.91	.00	.00		
	3 EL	.039	9.252	.01	.06	.07	.50		
	4 DD	.003	34.726	.99	.01	.93	.49		
4	1 (const)	4.250	1.000	.00	.01	.00	.00	.00	
	2 Ed.Sup	.682	2.497	.00	.89	.00	.00	.00	
	3 EL	.040	10.279	.01	.08	.08	.28	.07	
	4 DD	.025	12.933	.01	.01	.00	.32	.92	
	5 PA	.003	39.454	.98	.01	.92	.39	.01	
5	1 (const)	5.225	1.000	.00	.01	.00	.00	.00	.00
	2 Ed.Sup	.692	2.748	.00	.90	.00	.00	.00	.00
	3 EL	.046	10.688	.00	.06	.03	.26	.09	.03
	4 DD	.025	14.338	.01	.01	.00	.31	.86	.00
	5 PA	.010	22.559	.10	.02	.05	.02	.02	.79
	6 FA	.002	47.033	.89	.00	.92	.42	.03	.17

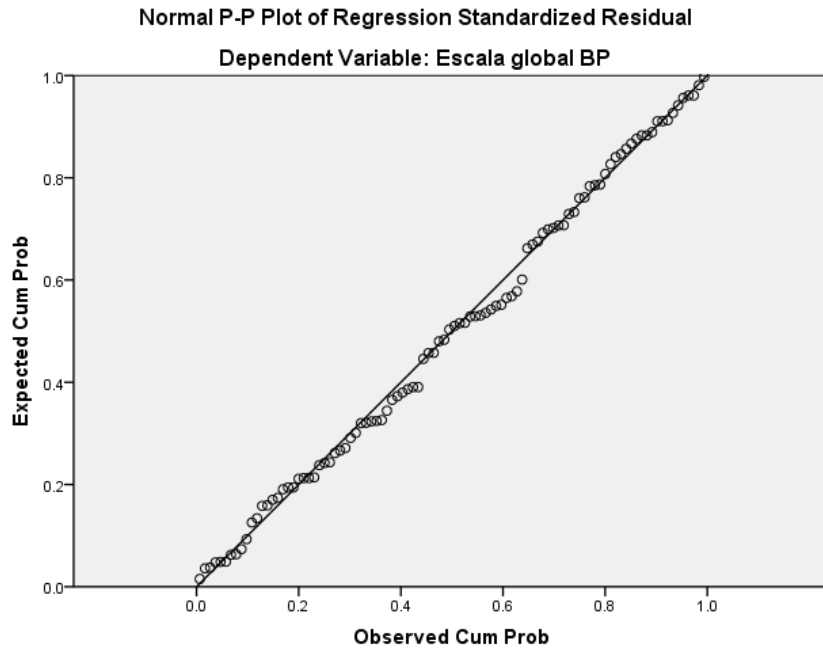
(const): constante; Ed.Sup: Educación superior; EL: Espíritu de Lucha; DD: Desamparo/ Desesperanza; PA: Preocupación Ansiosa; FA: Fatalismo/ Aceptación estoica



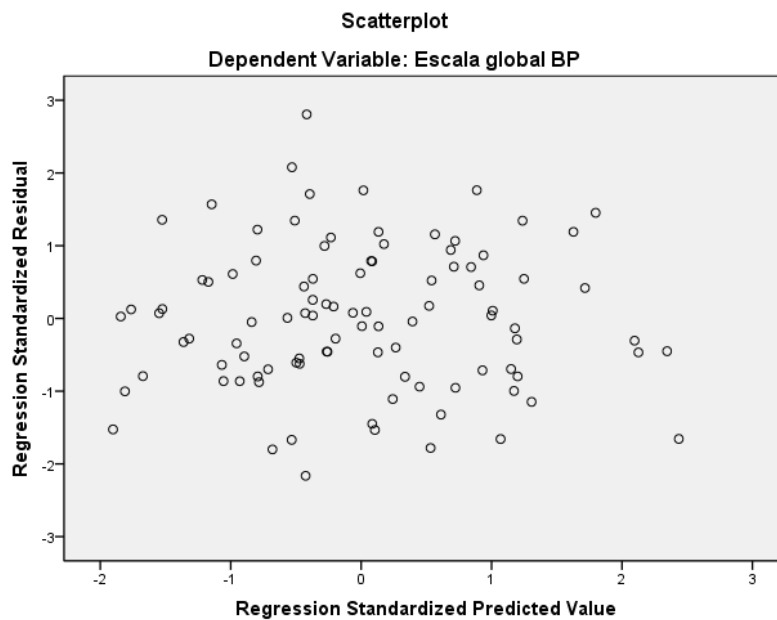
Anexo E2

Supuestos para el modelo B  
(EdSup-FA-DD-PA)

1. Normalidad



2. Heteroscedasticidad



## 3. Diagnóstico de colinealidad

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
				(Constant)	EdSup	FA	DD	PA
1	1 (constant)	1.535	1.000	.23	.23			
	2 Ed.Sup	.465	1.816	.77	.77			
2	1 (constant)	2.390	1.000	.00	.07	.00		
	2 Ed.Sup	.600	1.995	.00	.92	.00		
	3 FA	.010	15.560	.99	.02	.99		
3	1 (constant)	3.301	1.000	.00	.03	.00	.00	
	2 Ed.Sup	.658	2.240	.00	.90	.00	.00	
	3 FA	.032	10.118	.02	.04	.20	.81	
	4 DD	.009	19.653	.98	.04	.80	.18	
4	1 (constant)	4.248	1.000	.00	.01	.00	.00	.00
	2 Ed.Sup	.686	2.488	.00	.88	.00	.00	.00
	3 FA	.032	11.455	.03	.04	.21	.61	.01
	4 DD	.025	13.080	.04	.02	.03	.23	.98
	5 PA	.009	22.295	.93	.04	.76	.16	.00

(const): constante; Ed.Sup: Educación superior; FA: Fatalismo/ Aceptación estoica; DD: Desamparo/ Desesperanza; PA: Preocupación Ansiosa