



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de: Psicología Clínica.

Tema:

“Perfil Clínico de pacientes oncológicos en estadios I, II y III”

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Autoras:

Nahomi Salomé Bernal Ávila.

Estefanía Alexandra Monsalve Albornoz

Directora:

Mst. Fernanda Coello Nieto.

Cuenca-Ecuador

2017

Dedicatoria.

La presente tesis está dedicada a mi familia en especial a la persona más importante en mi vida, mi madre, quien ha sabido apoyarme en el transcurso de mis años universitarios y desde que era pequeña con sus consejos, amor y comprensión ha logrado hacer de mí una mejor persona.

Salomé Bernal.

A la memoria de Lolita Malo Vega, por ser mi fuente de inspiración, mi ejemplo de valentía y fortaleza.

A mis padres, quienes han sido la guía, me han brindado todo el apoyo en mi carrera universitaria y en los diversos momentos de mi vida; les dedico con mucho amor mi trabajo.

Estefanía Monsalve.

Agradecimientos.

Agradecemos a Dios por permitirnos cumplir este objetivo y guiarnos durante todos los años de estudio transcurridos.

A nuestras familias quienes nos han apoyado incondicionalmente para el logro de nuestras metas y han permanecido junto a nosotras en todo momento.

Al personal y pacientes del Centro Integral para pacientes con cáncer del Ministerio de Salud Pública, a la Fundación al Servicio del enfermo de cáncer (FASEC) & al Hospital Vicente Corral Moscoso, quienes han contribuido a la realización de la presente investigación; con su paciencia, estima y colaboración han permitido que nos formemos como mejores profesionales y personas.

A nuestra tutora de tesis Mst. Fernanda Coello, quien con sus consejos y apoyo nos permitió culminar el presente trabajo de manera exitosa.

Resumen

Perfil clínico en pacientes con cáncer en estadio I, II y III.

Resumen: La presente investigación indaga la incidencia de las variables psicológicas de 50 pacientes pertenecientes a tres instituciones de la ciudad de Cuenca; para contribuir a un abordaje psicoterapéutico integral; y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Método: se utilizó el test TAMADUL y ficha sociodemográfica. **Resultados:** El 48% evidenció depresión; 42% malestar emocional y evitación, 36% somatización, 34% en Inadaptación Social. Estilos educativos parentales, hipercontrol severo por parte del padre 44,4% y 42,2% en la madre. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos confirman la alta incidencia de variables psicológicas que afectan el bienestar de pacientes oncológicos.

Palabras clave: variables psicológicas, cáncer, intervención terapéutica, bienestar, calidad de vida.

CLINICAL PROFILE IN STAGE I, II AND III CANCER PATIENTS

ABSTRACT

Background: This research investigated the incidence of the psychological variables of 50 patients belonging to three institutions in Cuenca, with the aim to contribute to an integral psychotherapeutic approach, and to improve the quality of life of both the patient and their families. **Method:** a multifactorial, adult adaptation self-assessment questionnaire called TAMADUL (*Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Adulta*) and the socio-demographic record were used. **Results:** 48% showed depression; 42% emotional distress and avoidance, 36% somatization, 34% in Social Maladjustment. Parental educational styles, 44.4% severe hyper-control by the father, and 42.2% by the mother. **Conclusions:** The results obtained confirmed the high incidence of psychological variables that affect the well-being of cancer patients.

Keywords: psychological variables, cancer, therapeutic intervention, well-being, quality of life.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Mg. Jorge Ortega
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de contenidos:

Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Resumen.....	IV
Índice de tablas:.....	VII
Introducción	1
Capítulo 1: Marco teórico.....	3
1.1 Generalidades del cáncer.....	3
1.2 Tipos de cáncer y prevalencia:.....	4
1.3 Estadificación del cáncer:	5
1.4 Factores de riesgo	5
1.5 Epidemiología del cáncer.....	9
1.5.1 Epidemiología en Ecuador.....	10
Capítulo 2: Psicooncología.....	13
2.1 Principales trastornos psicológicos y síntomas que prevalecen en la población oncológica: ..	16
Capítulo 3: Materiales y métodos.....	20
3.1 TAMADUL	21
Capítulo 4: Análisis de resultados y discusión.....	24
Análisis estadístico:.....	24
Discusión.....	40
Capítulo 5: Conclusión.....	45
Recomendaciones:	47
Anexo.....	48
Plan terapéutico.....	48
Bibliografía	53

Índice de tablas:

Tabla 1 Índice de casos de enfermedad neoplásica en Ecuador en el 2011, según el género.....	10
Tabla 2: Prevalencia de los tipos neoplasia maligna, por sexo.....	11
Tabla 3: Característica de la muestra.....	24
Tabla 4: Vertiente: Bienestar y malestar psicológico.....	26
Tabla5a: Vertiente II Inadaptación.....	27
Tabla 5b: Vertiente II Inadaptación Social.....	29
Tabla 5c: Vertiente II Inadaptación - Autogénica- laboral/académica- familiar.....	31
Tabla 6a: Vertiente III. Estilos Educativos Parentales.....	34
Tabla 6b: Vertiente III. Estilos Educativos Parentales.....	36
Tabla 7: Correlaciones.....	38
Tabla 8: anexos porcentajes.....	39
Tabla 9: Tabla. Descriptivos de balance de bienestar según sexo.....	39

Introducción

Actualmente el cáncer es una de las principales enfermedades causantes de miles de muertes cada año; según la Organización Mundial de la Salud esta afección es la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares; una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta patología, y se prevé que el número de casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. A pesar de los avances en los tratamientos actuales, el cáncer sigue siendo una de las enfermedades más temidas en nuestro medio social.

La enfermedad neoplásica es considerada una amenaza para la vida, con repercusiones en todos los contextos vitales del paciente como de las personas que le rodean. Esta condición es una experiencia que implica la aparición de sentimientos dolorosos y problemas de adaptación a la enfermedad. La evaluación de las necesidades y problemas psicológicos en pacientes oncológicos ocupa el interés de múltiples estudios, se ha evidenciado que alrededor del 25-50% de los pacientes presenta alteraciones psicológicas derivadas de esta condición clínica. Se presenta un momento de crisis vital lo que involucra una importante transformación, reajuste de comportamientos, emociones y decisiones (Fernández, Jorge, Sánchez, & Bejar, 2016). Sin embargo, dada la alta prevalencia de trastornos psicopatológicos y malestar emocional se ha evidenciado que solo un 10% de estos pacientes son derivados a tratamiento psicológico, ya que el principal obstáculo es que generalmente se considera que los síntomas son reacciones propias de la enfermedad o sus tratamientos (Hernández & Cruzado, 2013).

El objetivo principal del presente estudio es ofrecer una visión amplia de las principales variables psicológicas y manifestaciones sintomáticas de los pacientes con cáncer con el fin de contribuir a un abordaje psicoterapéutico de una manera integral; el conocimiento del perfil clínico en

pacientes adultos diagnosticados con cáncer está dirigido a trabajar en la prevención a medida de lo posible y disminución del impacto que tiene el cáncer en las personas que lo padecen, si bien es cierto, no se puede prevenir la enfermedad debido a que es crónica, se puede intervenir en la forma en que la persona enfrenta la misma, un paciente con cáncer en quien predominen las somatizaciones no afrontará la enfermedad de la misma forma que un paciente con predominancia de síntomas autogénicos o ideación suicida. La línea de estudio en la presente investigación parte del conocimiento de qué hacer antes del diagnóstico, cómo abordarlo durante la evolución de la enfermedad y cómo proceder después de los tratamientos; con el fin de que exista una mayor adaptación a la enfermedad, un mejor control del estado de ánimo, emociones y en general mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia a lo largo de todo el proceso.

Capítulo 1: Marco teórico

1.1 Generalidades del cáncer

El cáncer es un problema de salud pública que afecta a un número elevado de personas alrededor del mundo sin distinción alguna. Se han propuesto varias definiciones para esta patología a lo largo de la historia; desde los escritos hipocráticos se encuentra la etiología de la palabra cáncer; se menciona con la palabra griega *καρκίνος* que se lee *karkinos*, que se refiere a “cangrejo” para referirse a unas lesiones crónicas que tienden a desarrollarse progresivamente y sin control. De allí, el término en latín *cancer*, sin acento; hace referencia a ambos significados, del animal y de la lesión maligna. Posteriormente al formarse el castellano se deriva de ésta palabra latina los dos términos separados, cangrejo para referirse al crustáceo y cáncer como un término médico para referirse a la lesión o tumor (Salaverry, 2013).

El cáncer se define como un grupo de enfermedades que se inician por la transformación de una o varias células, para formar una masa que crece de forma indefinida e invade tejidos u órganos adyacentes. El Instituto Nacional de Cancerología lo define como un grupo de enfermedades distintas entre sí, que se produce por un crecimiento anormal y descontrolado de las células corporales formando masas de tejidos denominados tumores (Instituto Nacional de Cancerología, 2004). En esta patología se altera la capacidad de proliferación celular, la diferenciación, organización cromosómica y la genética. La designación de un tumor como benigno o maligno va a depender de su comportamiento clínico, se considera maligno aquel de crecimiento rápido y que en ocasiones genera una diseminación a otros órganos. *Cáncer* es un término que se utiliza para referirse a una neoplasia maligna (Die Trill, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud una característica que determina del cáncer es la rápida multiplicación de células anormales las cuales se desarrollan y crecen más allá de sus límites usuales, se propagan a otros órganos, lo que se denomina «metástasis». Las metástasis son la primera causa de defunción por cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2017).

1.2 Tipos de cáncer y prevalencia:

Los tipos de cáncer, se los denomina de acuerdo los órganos o tejidos de origen. Por ejemplo algunas categorías de cánceres que empiezan en tipos determinados de células:

- Carcinomas: son los tipos de cáncer más frecuentes, se originan a partir de células epiteliales, las cuales cubren la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales. Por ejemplo cáncer de colon, próstata, seno, etc.
- Sarcomas: se forman en el hueso, tejidos blandos, músculos y tejido adiposo.
- Leucemias: se originan en la médula ósea, el cual se encarga de producir los glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Estos cánceres no forman tumores sólidos; sino generan una gran cantidad de glóbulos blancos anormales que se depositan en la sangre, médula ósea y desplazan a los glóbulos normales de la sangre.
- Linfomas: son cánceres que se originan en los linfocitos (células T o células B), los cuales combaten las enfermedades y forman parte del Sistema Inmune.
- Tumores del Sistema Nervioso Central: son aquellos que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal (Puente & Velasco, 2017; Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

1.3 Estadificación del cáncer:

La información citada a continuación pertenece a Puente & Velasco, 2017. La estadificación se usa para describir el tamaño del tumor y su grado de diseminación, lo que es importante en el momento de establecer el tipo de tratamiento adecuado para el paciente. Se determina a través de pruebas de imagen, como la tomografía computarizada, para estudiar la localización y distribución de la enfermedad.

El tipo de sistema descrito mayormente utilizado en el campo oncológico se denomina TNM. La T se refiere al tamaño del tumor, asignado con un valor de 1 a 4, de menor a mayor volumen. La N (ganglios, nodes) se lo denomina con un valor de 0 en donde no existe invasión ganglionar y 3 en la cual hay afectación de los ganglios. Finalmente, la M se refiere a metástasis, donde se asigna 0 si no existe la misma o 1 donde hay diseminación.

Estos datos TNM son utilizados para agrupar a la enfermedad en “estadios”, donde el estadio I se caracteriza por tumores pequeños sin afectación ganglionar ni diseminación, el II donde el tumor invade el tejido contiguo, el III cuando existe una mayor invasión local y afectación de ganglios linfáticos y el estadio IV en donde se ha originado metástasis.

1.4 Factores de riesgo

Existen múltiples factores y causas implicadas en la enfermedad, por lo cual la identificación de factores de riesgo ha conducido a un enorme énfasis en el estudio e implantación de técnicas preventivas.

El reconocimiento de los principales factores de riesgo incidentes en el cáncer son de vital importancia, la reciente evidencia confirma que la disminución de ciertos patrones de conducta

adoptados por los pacientes antes y durante su enfermedad conducen a una reducción en la carga que supone la patología para el enfermo, su familia y personal sanitario; evidenciando además prolongaciones en la supervivencia cuando se controlan estos factores, siendo el tabaco el ejemplo más claro de ello (Die Trill, 2003). Como principales factores de riesgo tenemos:

- Alteraciones genéticas: el cáncer surge a través de una serie de alteraciones somáticas en el ADN que culminan en una difusión celular irrestricta. Muchos de los cánceres aparecen de manera esporádica, pero en algunas familias que poseen una mutación germinal en un gen oncológico se observa agrupamiento de algunas neoplasias y aparecen en varios de sus miembros (Longo, et al., 2012).
- Factores inmunitarios: en situaciones normales algunas células del Sistema Inmune participan en el reconocimiento y destrucción de células peligrosas, este proceso se lleva a cabo por los linfocitos T, linfocitos B, y los linfocitos NK (natural killer). Alteraciones en el funcionamiento inmune, impiden la destrucción de células extrañas al organismo, favoreciendo así su propagación (Die Trill, 2003).
- Factores Infecciosos: Papiloma Virus Humano (VPH), los subtipos 6, 11 y 16 están relacionados principalmente con el cáncer de cérvix, de cavidad oral y faringe. Así mismo, el virus del Herpes simple tipos 1 y 2 pueden favorecer apariciones de tumores faríngeos. El virus de la Hepatitis B y C pueden ocasionar hepatocarcinomas. Por otro lado, agentes infecciosos como el Helicobacter Pylori se le considera responsable de adenocarcinomas gástricos (Die Trill, 2003).
- Factores físicos: las inflamaciones crónicas y traumatismos repetidos, actúan induciendo la proliferación celular, aumentando la posibilidad de transformación neoplásica. Por otro lado, la exposición excesiva a los rayos ultravioletas actúa directamente provocando

alteraciones directas sobre el ADN, altera su replicación y favorece la aparición de neoplasias (Die Trill, 2003).

- Factores químicos: el tabaco es el carcinógeno más estudiado, se calcula que aproximadamente uno de cada siete casos de cáncer se atribuye al tabaco, no sólo para los fumadores activos sino también para los pasivos. Todo producto de tabaco contiene nicotina y sustancias cancerígenas, los tóxicos del tabaco pueden destruir o alterar el ADN de la célula, llevándola a crecer descontroladamente y transformarse en cáncer. Sin embargo existe un peligro mayor que se desarrolle la enfermedad si existe la exposición a otros factores de riesgo (Die Trill, 2003; Fernández, Regueira, & Torres, 2016).

Alcohol: los mecanismos conocidos de la carcinogénesis alcohólica son principalmente las deficiencias nutricionales e hipovitaminosis, deficiencia de las células T y de su actividad mitótica, irritación local, el alcohol disminuye la actividad de las enzimas reparadoras del ADN (Fernández, Regueira, & Torres, 2016).

- Factores hormonales: un inicio temprano de la vida sexual, la multiplicidad de compañeros sexuales, un número elevado de embarazos, se han relacionado con el cáncer de cérvix. La menarquia precoz y la menopausia tardía pueden ser factores relacionados con el cáncer de mama y endometrio (Die Trill, 2003; Catarya, Hernandez, González, & Álvarez, 2010).

Otro de los temas mayormente abordados dentro del campo de la oncología es el tratamiento a emplearse, existen muchos tipos de tratamiento para la enfermedad. El procedimiento que el paciente reciba depende del tipo de cáncer y el estadio en el que se encuentre. Algunos pacientes solo reciben un tipo de tratamiento. No obstante, a muchos se les proporciona una combinación

de tratamientos, que varían desde la cirugía con quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida u hormonal.

En el tratamiento del cáncer deben establecerse protocolos terapéuticos multidisciplinares elaborados por las distintas especialidades médicas oncológicas. Las armas más eficaces que se disponen para tratar los tumores son:

- La cirugía: es en la actualidad, el arma terapéutica con más eficacia de los distintos tipos de cáncer. Aproximadamente un 70% de todos los pacientes con tumores van a requerir una actuación quirúrgica, algunas diagnósticas pero en el mayor de los casos terapéuticas (Die Trill, 2003). En casos idóneos, la cirugía es el tratamiento primario para el cáncer de mama, esófago, tiroides, estómago, páncreas, colon, recto, piel, etc. La cirugía oncológica permite practicar resecciones de órganos con menor morbilidad, conserva su capacidad curativa e implica un menor deterioro en la calidad de vida del paciente. Tiene un papel importante en varios momentos del manejo de un paciente con cáncer como: prevención, diagnóstico, evaluación de la extensión de la enfermedad y tratamiento curativo (Granados, Beltrán, Soto, & León, 2011).
- Radioterapia: la base de acción biológica de las radiaciones implica su capacidad de producir radicales libres que actúan produciendo roturas en enlaces de moléculas biológicas, es decir, la radiación produce una muerte reproductiva de la molécula del ADN. La radioterapia puede ser radical, con intento curativo, o complementaria de la cirugía, se puede usar de manera pre o post operatoria con el fin de reducir el riesgo de recidiva local o regional. Por otro lado, se puede utilizar en el tratamiento de metástasis dolorosas o de ubicación de alto riesgo, de manera paliativa (Die Trill, 2003; Baeza, 2017).

- **Quimioterapia:** es la principal forma de tratamiento en las neoplasias malignas, consiste en la administración de fármacos llamados citostáticos. Las principales formas de utilización de la quimioterapia son: tratamiento de inducción administrada a pacientes con cáncer avanzado; tratamiento adyuvante posterior a la aplicación de métodos locales de tratamiento en tumores clínicamente localizados; tratamiento neoadyuvante o primario aplicado antes de la intervención quirúrgica, con el fin de poder operar tumores que en un principio eran inoperables (Die Trill, 2003; García & Díaz, 2000).
- **Hormonoterapia:** se trata del empleo de hormonas que únicamente debe aplicarse a tumores hormonodependientes, como el cáncer de mama y de próstata. Los tumores de endometrio, tiroides y riñón, lo son pero en un menor grado (Die Trill, 2003).

1.5 Epidemiología del cáncer

En el año 2015, aproximadamente 8,8 millones de personas fallecieron a causa de esta enfermedad, la mayoría de muertes se registran en países de ingresos medios y bajos. Se pronostica que el número aumentará en un 70% en los próximos 20 años (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Cerca de una tercera parte de los casos de cáncer se debe a los principales factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, por ejemplo: tener un alto índice de masa corporal, menor ingesta de frutas y verduras en la dieta diaria, sedentarismo, consumo frecuente de sustancias como el alcohol y tabaco, siendo este último el causante del 22% de las muertes por cáncer. Las infecciones oncogénicas (virus hepatitis o papilomavirus humano) son responsables del 25% del

total de casos de cáncer en países con ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

1.5.1 Epidemiología en Ecuador

De acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC; existe una mayor prevalencia de cáncer en las mujeres. Lo que se ilustra en la tabla N° 1.

Tabla 1 Índice de casos de enfermedad neoplásica en Ecuador en el año 2011, según el género.

Total de casos	Número	%
Hombres	18 005	32.9
Mujeres	36 804	67.1

Nota: Fuente: INEC. (2011). *Cáncer*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/infocancer.pdf>

En cuanto a los diferentes tipos de cáncer, los tumores malignos de órganos digestivos se sitúan en primer lugar de prevalencia en los hombres con un 20,9 %, mientras que en las mujeres los tumores de mama ocupan en primer lugar con un 9,7%. La tabla 2 ilustra la prevalencia los diferentes tipos de tumores malignos tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 2: Prevalencia de los tipos neoplasia maligna, por sexo.

Tipo de tumor maligno	% Hombres	% Mujeres
Tejido linfático y mama	17,3	9,7
Órganos digestivos	20,9	9,6
Órganos genitales	11,8	9,3
Órganos respiratorios e intratorácicos.	4,7	1,3
Ojo, encéfalo y Sistema Nervioso Central	2,2	1,1
Labio, cavidad bucal y faringe	1,4	0,7
Vías urinarias	2,5	0,9
Huesos y cartílagos articulares	1,7	0,7
Melanoma y tumores malignos de la piel	2,5	1,3
Sitios mal definidos, secundarios y no especificados	4,1	2,7

Nota: Fuente: INEC. (2011). *Cáncer*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/infocancer.pdf>

Según datos obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2013, en el ranking de mortalidad según los diferentes tipos de neoplasias en Ecuador, en los hombres el cáncer de estómago se encuentra en primer lugar, seguido por el de próstata y de pulmón. En las mujeres, el primer lugar ocupa el de estómago, posteriormente de mama e hígado. En el año

2013 se registraron acerca de 10000 muertes en Ecuador de hombres y mujeres a causa de los todos los tipos de enfermedad oncológica (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Según el Sexto Informe de Epidemiología de Cáncer de SOLCA, entre 2005 y el 2009 se registraron un total de 5170 casos en la provincia del Azuay; 3830 residían en la ciudad de Cuenca; 60.3% de sexo femenino y 39.7% de sexo masculino (Martinez, Abril, & Pérez, 2015).

Capítulo 2: Psicooncología

Alrededor del año 1992, debido al interés por los aspectos psicológicos del paciente que padece cáncer se definió una nueva sub-especialidad de la Oncología, la Psicooncología; la misma se ocupa de la respuesta emocional del paciente, familiares o cuidadores en las diferentes fases de la enfermedad y de los diversos factores psicológicos, del comportamiento y aspectos psicosociales que pudieran influir en el número de casos y mortalidad de las personas con cáncer (Die Trill, 2003). Se considera a la Psicooncología como un campo interdisciplinar derivado de la psicología y las ciencias médicas dedicado a la prevención, evaluación, tratamiento, cuidados paliativos del paciente y a la mejora de las competencias de comunicación e interacción de los profesionales de la salud para promover la optimización de los servicios oncológicos (Cruzado, 2003).

Este campo contribuye al cuidado clínico, psicológico tanto de pacientes y familiares en el abordaje de diferentes problemas psicológicos durante el tratamiento de la enfermedad, y en las últimas etapas de vida. Se considera que los objetivos e intervenciones de esta sub-especialidad comprometen también al equipo asistencial (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, atención espiritual, etc.) para lograr un nivel óptimo de calidad en la atención al paciente con cáncer (Die Trill, 2003).

El diagnóstico y tratamiento de cáncer es un evento estresante en la vida de las personas, suele generar diversos cambios en el contexto personal, familiar, social, laboral, y espiritual. La experiencia de vivir con cáncer y estar sometido a tratamiento, por ejemplo a la quimioterapia, se vive como una etapa traumática, la cual implica cambios en las dimensiones del “ser”; a nivel corporal surgen síntomas tales como malestar, dolor, disminución de la fuerza y energía, pérdida

de cabello, etc.; a nivel emocional se dan cambios en el estado de ánimo, sentimientos de tristeza, miedo, desesperanza, soledad; a nivel espiritual, la enfermedad y el sufrimiento generan una mayor necesidad en la persona de conectarse internamente consigo misma y con un ser superior; provoca un nuevo estilo de vida. Esta experiencia no solo afecta a la persona que lo padece, sino a la familia y personas cercanas experimentando cambios tales como la reorganización de roles para cuidar a la persona que tiene la enfermedad, y la aparición de sentimientos y emociones al ver a su ser querido enfermo (Jaman-Mewes & Rivera, 2014).

La intervención del profesional especializado en Psicooncología, permite esclarecer, mediar, aliviar el dolor en pacientes y familiares; sus propósitos principalmente son aplacar síntomas psíquicos para alcanzar la humanización de los tratamientos y considerar las estrategias terapéuticas más efectivas para las alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad neoplásica; el apoyo psicológico es indispensable para enfrentar y desarrollar el proceso de adaptación a las nuevas condiciones que surgen de las diferentes etapas de la enfermedad.

Fase de diagnóstico: es una etapa en la cual existe mucha incertidumbre, se da un impacto emocional tanto para el paciente como para su entorno, en esta fase es necesario detectar las necesidades psicológicas, emocionales, sociales y espirituales, con el objetivo de orientar, ofrecer apoyo emocional al paciente y su familia (Malca Scharf, 2005). Este tipo de intervenciones han mostrado resultados efectivos en relación a la mejora en la comunicación médico-paciente, reducción de estrés, un mayor conocimiento acerca de la enfermedad y los tratamientos, lo que genera una mayor adherencia a los mismos (Villoria, Fernández, Padierna, & González, 2015).

Fase de tratamiento: la calidad de vida del paciente suele verse comprometida, debido a los efectos de la enfermedad y de los tratamientos a los que está sometido. La intervención en esta etapa se centra principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento para la adaptación del paciente y su familia, con el fin de evitar que se presenten estados de ansiedad y depresión. En relación con el estado afectivo la psicoeducación, el Counseling, intervenciones basadas en Mindfulness, el apoyo emocional, técnicas de relajación, son procesos que parecen reducir la ansiedad, lograr una buena adaptación, mejorar el funcionamiento y calidad de vida del paciente. Por otro lado, se considera importante en esta etapa la recuperación o mantenimiento, en medida de lo posible, de actividades sin olvidar las limitaciones del paciente (Malca Scharf, 2005; Villoria, Fernández, Padierna, & González, 2015).

Fase de intervalo libre de la enfermedad/sobrevivencia: los sobrevivientes de la enfermedad neoplásica se enfrentan a una amenaza de volver a presentar la enfermedad, por lo que se pueden incrementar los niveles de angustia. La intervención de la Psicooncología en esta fase se basa principalmente en la expresión de miedos, preocupaciones del paciente y de las personas de su contexto. Se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que la enfermedad neoplásica deja. Se trabaja para que el paciente se reincorpore a su vida cotidiana, laboral u otras actividades de su interés. Es importante también reducir emociones negativas, aumentar emociones positivas y estrategias de afrontamiento, así como facilitar la superación del evento traumático. El efecto de éstas intervenciones es incorporar funcionalmente a los pacientes en sus actividades diarias, lo cual supone para él un parámetro de gran importancia ya que implica, entre otras cosas, una estabilidad y normalización de su vida (Galindo, et al., 2014; Malca Scharf, 2005; Villoria, Fernández, Padierna, & González, 2015).

Fase recidiva, progresión y enfermedad terminal: se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que en la etapa de diagnóstico de la enfermedad. En esta fase se aborda al paciente de una manera paliativa, es decir, que el objetivo de la terapia es cuidar más que curar; son muy comunes síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes, familiares e incluso en los profesionales de la salud, aparecen reacciones emocionales como negación, rabia, aislamiento, miedo a la muerte, etc. El objetivo principal de psicooncólogo se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente, dar apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento; de igual forma, es importante abordar y reconducir las necesidades espirituales que puedan surgir. En este período se acompaña al paciente en el proceso del final de su vida y a su familia en la elaboración del duelo (Malca Scharf, 2005; Villoria, Fernández, Padierna, & González, 2015).

La inclusión de un psicólogo es importante debido a los cambios que se experimentan en las diferentes etapas de esta enfermedad, de modo que los mismos puedan ser tratados de una manera integral, impidiendo que se conviertan a futuro en situaciones de mayor dificultad, teniendo en cuenta las características del paciente y las principales demandas de la sintomatología que predomina en esta población.

2.1 Principales trastornos psicológicos y síntomas que prevalecen en la población oncológica:

Trastornos del estado de ánimo

Depresión: con frecuencia la sintomatología depresiva pasa desapercibida en esta población, debido a que se tiende a interpretar erróneamente que la depresión “es normal y es parte del proceso de la enfermedad”. El diagnóstico de depresión se ve oscurecido por los síntomas

neurovegetativos que pueden ser secundarios al trastorno depresivo, o bien al cáncer o sus tratamientos. La importancia de la detección y tratamiento del trastorno depresivo radica en su elevada presencia en los pacientes oncológicos, en diversos estudios se destaca la presencia de depresión en los pacientes variando desde el 1% al 60%. El Instituto Nacional de Cáncer estima que la depresión afecta desde el 15% a un 25% de los pacientes con esta patología, en un alto porcentaje aparece sintomatología en las primeras semanas tras el diagnóstico, pero la mayor parte se desarrolla a lo largo de la enfermedad. Predictores clave de trastornos depresivos en los pacientes incluyen la localización del tumor, síntomas combinados de tristeza y falta de motivación e historia psiquiátrica familiar. Desde el punto de vista psicológico, un paciente con diagnóstico de cáncer, elabora procesos cognitivos asociados a culpa, desesperanza, creencias acerca de la enfermedad, que puede favorecer la aparición de síntomas depresivos (Die Trill, 2003; Almanza, Breitbart, & Holland, 2005; Bernal & Muñoz, 2016; Guerrero, Prepo, & Loyo, 2016).

Trastornos de ansiedad: el diagnóstico de cáncer es considerado como un estresor grave que puede provocar reacciones emocionales y trastornos de ansiedad, se ha encontrado una prevalencia de los mismos en un 2 al 10% de la población oncológica. Existen varios factores que podrían incrementar los síntomas de ansiedad durante el curso de la enfermedad como la experiencia de sentirse enfermo y amenazado, el dolor severo, avance de la enfermedad, poco apoyo social e historia de trastorno de ansiedad previa. Así mismo, ésta situación resulta dificultosa de evaluar en el paciente oncológico debido a que la enfermedad supone una amenaza para su vida, y que por sus características suele ser altamente estresante. La ansiedad que se considera patológica es aquella que es incontrolable, duradera, con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación de la persona. Está directamente asociada con diversas

manifestaciones somáticas propias de la enfermedad, en las que el individuo experimenta preocupación, tensión y nerviosismo (Maté, Jorge, Hollenstein, & Gil, 2004; Bernal & Muñoz, 2016; Guerrero, Prepo, & Loyo, 2016).

Trastornos adaptativos: la aparición de pensamientos y comportamientos orientados al ajuste de las situaciones de la vida como el cáncer, tiene carácter universal. Todos los pacientes atraviesan las diversas fases como negación, enojo, depresión y aceptación, proceso que es favorecido por el adecuado uso de los recursos personales (personalidad, ausencia de enfermedad mental, estrategias de afrontamiento) y externos (apoyo social, estabilidad familiar, etc.). Cuando estas condiciones no son las apropiadas, los pacientes experimentan estrés en diversos grados de severidad y prolongación; en algunos casos progresan al desarrollo de trastornos de adaptación (Almanza, Juarez, Silva, & De la Huerta, 2010).

Trastornos sexuales: muchas de las personas que sufren cáncer pierden la capacidad de disfrutar con la actividad sexual durante el curso de la enfermedad, lo que supone un fuerte impacto en el paciente y su pareja. El diagnóstico de esta enfermedad puede crear importantes dificultades en la vida sexual de las personas, bien por la enfermedad misma o por la severidad de los tratamientos. Se ha investigado la afectación sexual a causa de las neoplasias, sin embargo, la mayoría de estudios se han centrado en el cáncer de mama y de próstata. Las afectaciones negativas con la sexualidad abarcan las dimensiones de excitación, deseo sexual, satisfacción, orgasmo, dolor, etc. Además, la patología y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico, produciendo reacciones psicológicas que van a condicionar la percepción que la persona tiene de sí misma como sexualmente atractiva, y por lo tanto condicionará su respuesta sexual. Por otro lado, los tratamientos oncológicos pueden alterar el equilibrio hormonal lo que puede ocasionar reducción del placer sexual (Die Trill, 2003; Palli, Lluch, & Valero, 2010; Bueno & Soto, 2015).

Resulta de vital importancia el reconocimiento de problemas psicológicos en la persona, ya que el cáncer es una enfermedad que además del daño físico que provoca, trae consigo síntomas a nivel emocional. Tanto el paciente, como familiares y cuidadores han de afrontar a lo largo de la enfermedad múltiples estresores que constituyen desafíos que pueden ocasionar altos niveles de sufrimiento; es necesario poner en marcha planes terapéuticos integrales para la diversa sintomatología, apoyo emocional, incremento de conductas positivas, en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Capítulo 3: Materiales y métodos.

Tipo de estudio: cuantitativo- descriptivo.

Universo: En la presente investigación se tomó en consideración a todos los pacientes que acudieron en un periodo de tres meses al Centro Integral para pacientes con Cáncer del Ministerio de Salud Pública de Cuenca, a la Fundación al servicio del Enfermo de Cáncer (FASEC) y al Hospital Vicente Corral Moscoso; quienes cumplieron con los criterios de inclusión siguientes: rango de edad de 30 a 60 años, mujeres y hombres, diagnosticados con cáncer en fase I, II o III en cualquiera de sus tipologías.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se contó con aquellas personas que presentaron déficit intelectual mismo que impedía el entendimiento y la correspondiente realización del test.

Se realizó la investigación con un total 50 pacientes.

Instrumentos para la recolección de la información:

Test TAMADUL, Formulario para datos sociodemográficos que incluye: edad, sexo, religión, ocupación, procedencia, nivel de instrucción, motivo de consulta; y entrevista acerca de las características del cáncer de los participantes.

3.1 TAMADUL

Introducción

En el presente capítulo se indagará los principales conceptos del Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Adulta, la información citada a continuación corresponde a Hernández-Guanir & Hernandez Delgado, 2013; creadores del test, el cual comprende un cuestionario clínico dirigido a adolescentes y adultos; constituye una herramienta funcional ya que permite un diagnóstico o intervención desde lo general a lo específico; es también ecológico ya que relaciona las características personales con los contextos donde se desarrolla cada individuo permitiendo una evaluación de la personalidad desde una perspectiva clínica; detecta distintos problemas a nivel psicológico tomando como punto de partida los posibles síndromes y desajustes que generalmente están incluidos en los manuales de clasificación del DSM V Y CIE 10. Los resultados permiten conocer el tipo de adaptación del individuo en los diversos contextos vitales, incluyendo la relación consigo mismo y con los demás; pero no solo valora las posibles áreas de mejora de la persona en los ámbitos mencionados que requieran atención, también tiene en cuenta los puntos fuertes como el grado de bienestar experimentado, considerado un indicador del potencial de mejora en la ayuda psicológica; también evalúa el malestar vivenciado que no es exactamente lo opuesto del bienestar, pues ambos son factores independientes, que contribuyen a orientar a un proceso terapéutico integral.

En adición, evalúa el estilo educativo familiar en el que se ha desarrollado el paciente, permitiendo conocer cuáles pueden ser sus influencias actuales y aportando una visión más amplia de la personalidad. Su objetivo es dar a conocer los principales ítems con mayor puntuación y cómo estos aportan al entendimiento del perfil clínico en pacientes con cáncer,

contribuyendo a valorar e integrar las características personales, familiares y el estilo educativo con el que fue criado la persona por medio de una estructura ordenada y funcional.

Este test se diferencia de otros por el hecho de no mostrar una mera lista de rasgos o síntomas, sino que éstos se relacionan con las principales áreas de interacción y realización de las personas. La configuración de la estructura jerárquica por medio de la cual evalúa la personalidad se centra en tres grandes vertientes: bienestar y malestar psicológico, inadaptación en las principales áreas de la vida y los estilos educativos parentales; considera importante analizar el comportamiento del individuo en el contexto personal, laboral, social, y familiar; e inferir la influencia que han tenido los diferentes estilos educativos de los padres en la personalidad del individuo.

Las tres vertientes principales (Bienestar y malestar psicológico, Inadaptación en las principales áreas de la vida y Estilos educativos parentales) ofrecen tres importantes perspectivas de cada paciente que deben relacionarse: la valoración de felicidad, disfrute de la vida o bienestar de la persona, la adaptación o inadaptación en las áreas vitales y la relación de los estilos educativos del padre y de la madre con su personalidad.

La vertiente de bienestar y malestar psicológico se refiere a la valoración que hace cada persona sobre el propio nivel de felicidad, disfrute o satisfacción de su vida. Cuanto más alto sea, la persona puede tener más posibilidades de disfrute y más potencial de adaptación en cualquier área.

La vertiente de inadaptación, refleja el grado de los desajustes de la persona en relación consigo misma y los demás, ésta vertiente se divide en 5 áreas. La primera, inadaptación personal representa las alteraciones cognitivas y emocionales que propician sufrimiento o molestias propias, la misma se divide en 5 macrofactores: autodesajuste, evitación, depresión, ansiedad y

somatización. La segunda, el área de inadaptación social que contempla los desajustes en la convivencia con los demás debido a la restricción en la relación social, conflictividad interpersonal, desajuste normativo y sociabilidad egocéntrica. La tercera, inadaptación autogénica representa los desórdenes con respecto al mundo, la realidad, y la adicción a sustancias y actividades que dan origen a comportamientos no habituales y malestar. La cuarta, se refiere a la inadaptación en el área laboral o académica que refleja la insatisfacción, conflictos, bajo rendimiento en el ambiente del trabajo o estudio. Y por último, la inadaptación familiar evalúa la sensación de incomodidad con la familia de origen, en donde la persona siente que el ambiente es frío, tenso o triste.

La tercera vertiente se refiere a los Estilos educativos de los padres, que resultan inadecuados lo que engloba el trato despersonalizante, dirigismo, permisivismo o proteccionismo. Expresa cómo la persona ha percibido la relación y el trato con sus padres. La evaluación del padre y de la madre se hace por separado, lo cual constituyen dos macrofactores independientes.

Capítulo 4: Análisis de resultados y discusión.

El estudio se realizó con 50 personas, pacientes oncológicos de entre 30 y 60 años; las características de la muestra se presentan a continuación en la tabla 3.

Tabla 3.
Característica de la muestra. N=50

Característica		n	%	Característica		n	%
Sexo	Hombres	23	46	Severidad	Grado 1	11	22
	Mujeres	27	54		Grado 2	20	40
Religión	Católica	43	86		Grado 3	19	38
	Otras	7	14	Ninguna	2	4	
Ocupación	Ama de casa	12	24	Instrucción	Primaria	31	62
	Comerciante	15	30		Secundaria	16	32
	Ganadería y agricultura	7	14		Superior	1	2
	Otros	16	32	Albergue	25	50	
Procedencia	Azuay	17	34	Casa de salud	de FASEC	22	44
	El Oro	10	20		Hospital VCM	3	6
	Otros	23	46				

Análisis estadístico:

El análisis estadístico del presente estudio fue elaborado por la Ing. Verónica Peñafiel.

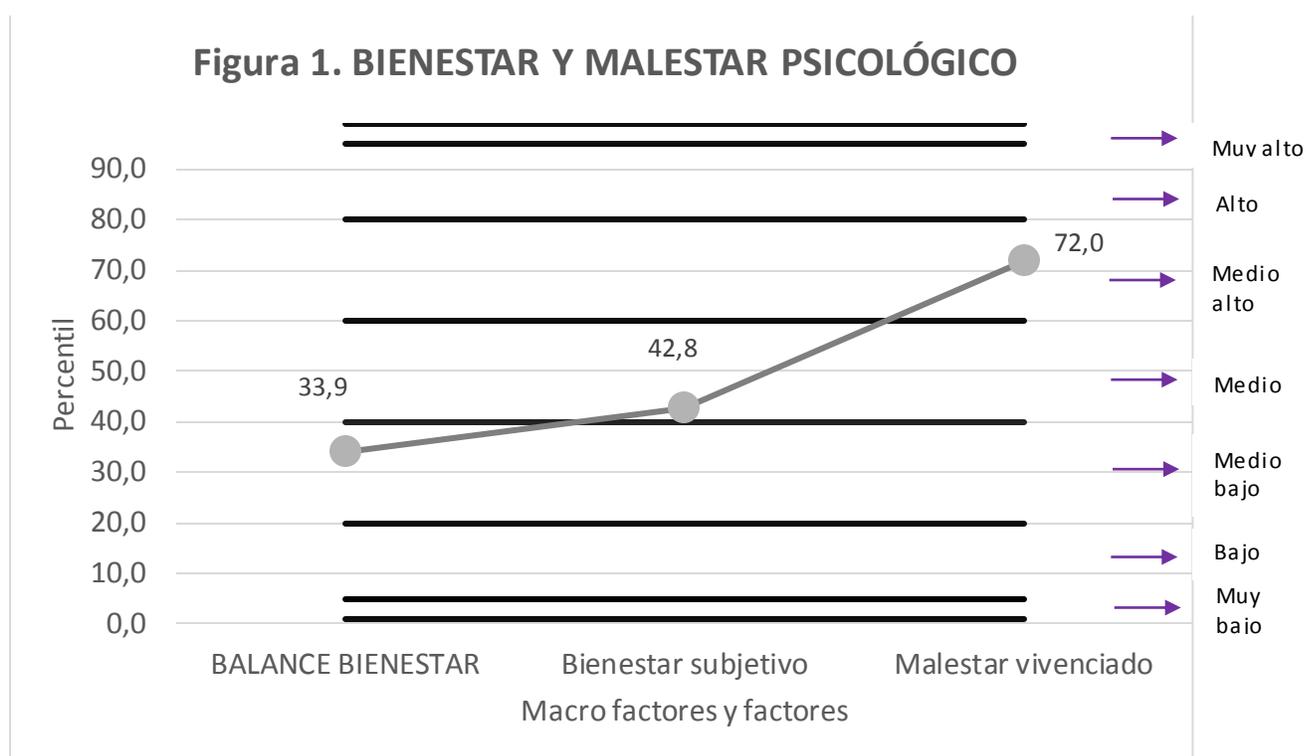
Para determinar el comportamiento psicológico de los pacientes y del entorno parental del grupo de estudio, se emplearon medidas de tendencia central y dispersión, además se las representa por categoría de puntaje y se representa con un gráfico de líneas, para indicar la incidencia de trastornos psicológicos se utilizó un gráfico de barras, el comportamiento de los datos resultó ser normal ($K-s(p) > 0.05$) por lo que se emplearon pruebas paramétricas, para la correlación entre los datos de filiación de los pacientes y el balance de bienestar se empleó el coeficiente R de Pearson y para la comparación por sexo se utilizó el estadístico T-Student para muestras

independientes, en esta sección se utilizó un gráfico de barras de error. El procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS 23 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016. Las decisiones se tomaron con una consideración del 5% de error de predicción.

Resultados:

La media de BALANCE BIENESTAR se ubicó en la categoría medio bajo, la media del bienestar subjetivo en la categoría media y el malestar vivenciado en la categoría medio alto.

Figura 1.



Elaborado por: Peñafiel Verónica (2017)

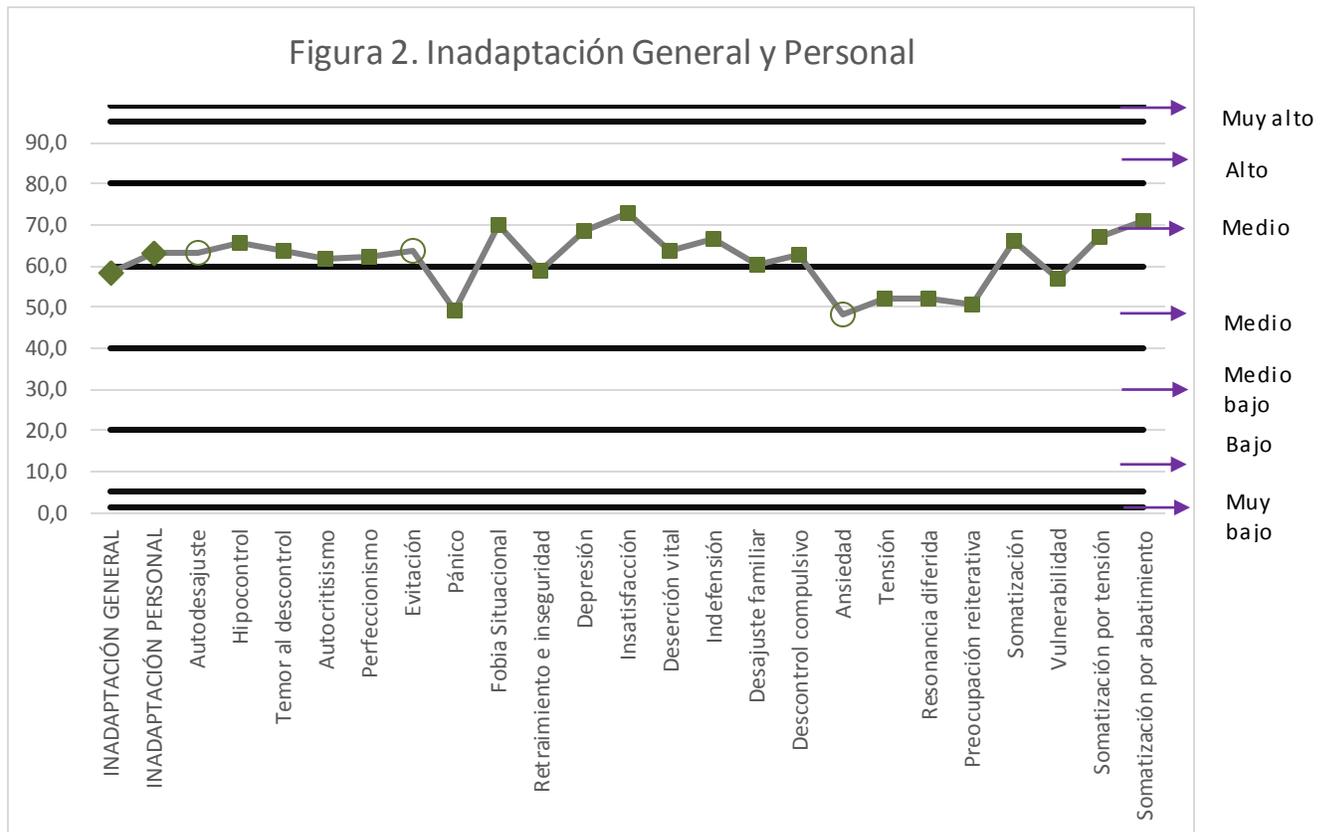
En la primera vertiente referente al “Bienestar y malestar psicológico”, el factor MALESTAR VIVENCIADO reveló la media más alta con 72.0 (DE=20.5) en el macrofactor y factores, se registraron puntuaciones con alta variabilidad de datos. Tabla 4.

Tabla 4:
Vertiente: Bienestar y malestar psicológico

		Mínimo		Máximo		Media	Nivel	DE
		Pc	Categoría	Pc	Categoría	Pc	Categoría	
Factores	Macrofactor Balance bienestar	2	Muy bajo	96		33,9	Medio bajo	23,7
	Bienestar subjetivo	2		99	Muy alto	42,8	Medio	27,4
	Malestar vivenciado	16	Bajo	99		72,0	Medio alto	20,5

Las medias registradas en los pacientes se ubicaron en la categoría medio alto, a excepción de: la inadaptación general, pánico, retraimiento e inseguridad, ansiedad, tensión, resonancia diferida, preocupación reiterativa y somatización por tensión, las que se ubicaron en una categoría media.

Figura 2



Elaborado por: Peñafiel Verónica (2017)

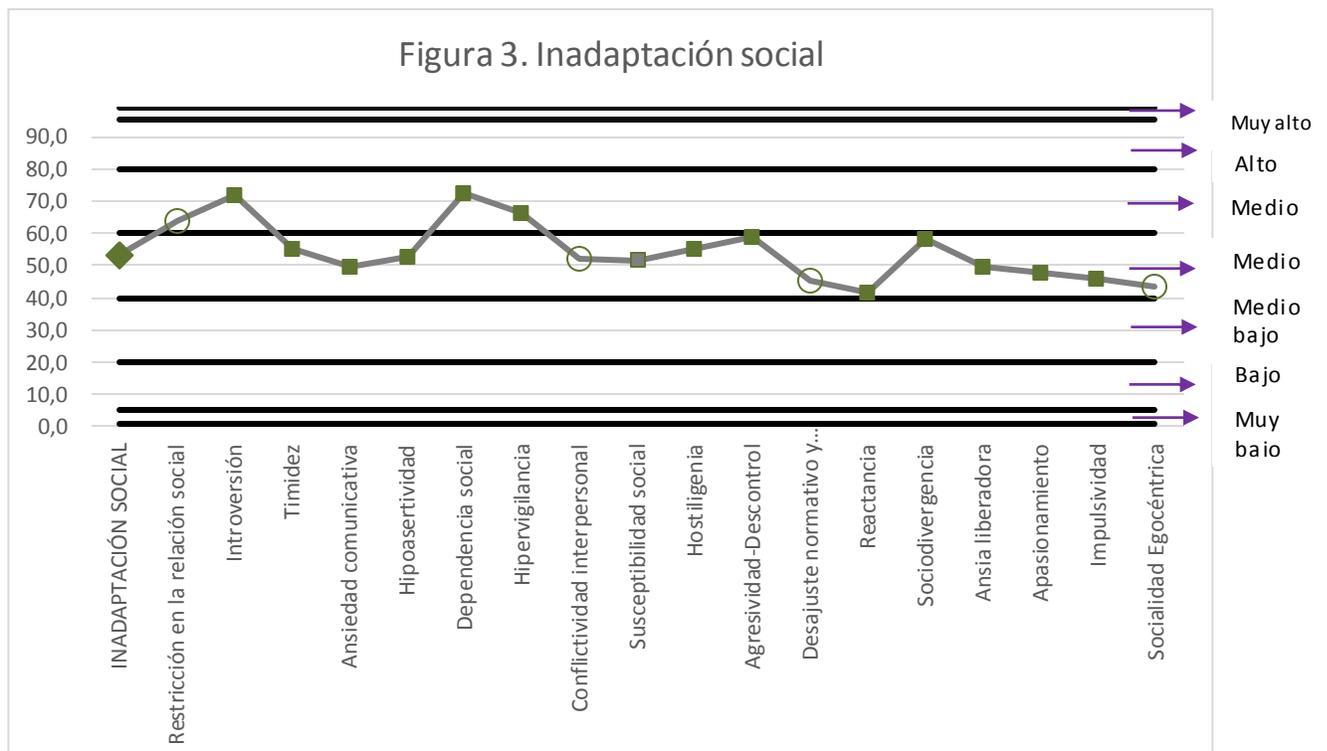
En la segunda vertiente, el área de INADAPTACIÓN GENERAL reveló una media de 58.3 (DE=23.3) con alta dispersión de datos en todos sus macrofactores, factores y subfactores (Desviación estándar > 20% de la media). En la inadaptación personal dentro del desajuste, el hipocontrol reflejó la media más alta en el grupo de estudio (\bar{x} =65.7), el factor de fobia situacional perteneciente a la evitación mostró la media más alta (\bar{x} =70.2), en depresión la insatisfacción personal tuvo una media de (\bar{x} =72.8), en la ansiedad, fue la resonancia diferida el factor con media más alta (\bar{x} =52.2), finalmente la somatización por abatimiento presentó una media de (\bar{x} =71.1). Se ilustra en la Tabla 5a.

Tabla 5a: Vertiente II Inadaptación

	Mínimo		Máximo		Media		DE
	Pc	Categoría	Pc	Categoría	Pc	Categoría	
Área: INADAPTACIÓN GENERAL	12	Bajo	98	Muy alto	58,3	Medio	23,3
Área: INADAPTACIÓN PERSONAL	8	Bajo	97	Muy alto	63,0		22,5
Autodesajuste	16	Bajo	97		63,0		22,5
Hipocontrol	13		99,0		65,7		21,1
Factores Temor al descontrol	9	Bajo	97,0	Muy alto	63,6	Medio alto	23,1
Autocritisismo	8		96,0		61,8		23,4
Perfeccionismo	8		99,0		62,2		30,4
Evitación	19	Bajo	99		63,9		24,5
Pánico	14		93		49,2	Medio	23,4
Factores Fobia Situacional	27	Medio bajo	99		70,2	Medio alto	22,8
Retraimiento e inseguridad	8		99	Muy alto	58,7	Medio	30,3
Depresión	7	Bajo	99		68,5		25,2
Factores Insatisfacción	15		99		72,8	Medio alto	25,5
Deserción vital	7		96		63,5		25,4
Deserción vital							

Subfactores	Indefensión	10	Bajo	99		66,5		24,2
	Desajuste familiar	22	Medio bajo	99	Muy alto	60,5	Medio alto	23,1
	Descontrol compulsivo	14	Bajo	98		62,7		25,1
Ansiedad		4	Muy bajo	98	Muy alto	48,2		23,9
Factores	Tensión	10		92	Alto	51,9		24,8
	Resonancia diferida	6	Bajo	99		52,2	Medio	30,7
	Preocupación reiterativa	2		99		50,7		26,3
Somatización		3	Bajo	99		66,3	Medio alto	26,2
Factores	Vulnerabilidad	3		98	Muy alto	56,8	Medio	26,2
	Somatización por tensión	7	Bajo	99		67,0	Medio alto	25,1
	Somatización por abatimiento	13		99		71,1		24,7

Los niveles de inadaptación social se ubicaron en la categoría media, excepto la restricción en la relación social, introversión, dependencia social e hipervigilancia que se registraron en una categoría medio alto. Figura 3.



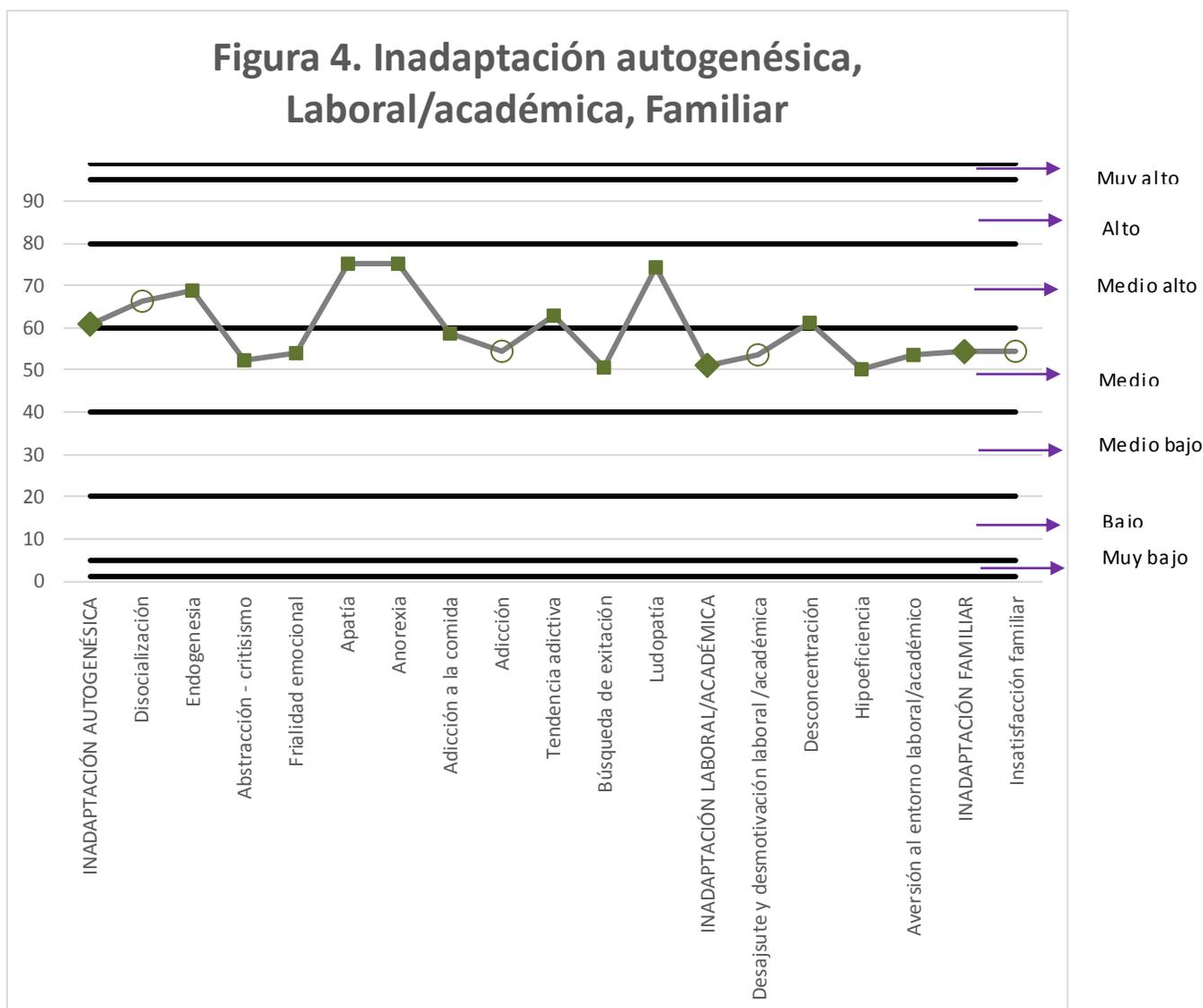
En el área de inadaptación social, dentro del macro factor restricción en la relación social, se encontró que el factor de dependencia social tenía la media más alta en los pacientes ($\bar{X}=72.6$), dentro de la conflictividad interpersonal fue la agresividad – descontrol ($\bar{X}=59$), y en el desajuste normativo la socio divergencia con una media de 58.8, los detalles se pueden observar en la tabla 5b. La dispersión de datos en todos los casos fue alta.

Tabla 5b: Vertiente II Inadaptación - Social

	Mínimo		Máximo		Media		DE	
	Pc	Categoría	Pc	Categoría	Pc	Categoría		
INADAPTACIÓN SOCIAL	9		99		53,2	Medio	26,7	
Restricción en la relación social	9	Bajo	99		63,6	Medio alto	26,9	
Factores	Introversión	12	99		72,1		28,4	
	Timidez	5	99	Muy alto	55,1		29,2	
	Ansiedad comunicativa	2	Muy bajo	99		49,8	Medio	27,5
	Hipoasertividad	5		96		52,6		28,5
	Dependencia social	11		98		72,6	Medio alto	25,6
	Hipervigilancia	20		99		66,2		24,6
Conflictividad interpersonal	8		99		52,0		26,6	
Factores	Susceptibilidad social	8	96	Muy alto	51,7		28,7	
	Hostilgenia	18	97		55,0		22,7	
	Agresividad-Descontrol	15		99		59,0	Medio	24,6
	Desajuste normativo y desbordamiento energético	6		93	Alto	45,1		25,9
Factores	Reactancia Socio	4	Muy bajo	84		41,3		22,4
	divergencia	3	Muy bajo	99	Muy alto	58,5		29,0
	Ansia liberadora	2	Muy bajo	98		49,8		28,7
	Apasionamiento	11	Bajo	91	Alto	47,9		25,2

Impulsividad	8		94	46,2	23,5
Socialidad Egocéntrica	2	Muy bajo	93	43,7	28,9

En el área de inadaptación auto genésica fue su macrofactor disociación y sus factores: endogeneis, apatía y anorexia las cuales se ubicaron en una categoría media alta así como los factores de tendencia adictiva y ludopatía en el macrofactor adicción y la desconcentración en el macro factor de desajuste desmotivacional laboral. Figura 4.



La apatía y anorexia registraron las puntuaciones medias más alta en los pacientes dentro del macrofactor de disocialización pertenecientes al área de inadaptación autogenésica con medias de 75.1 y en adicción la ludopatía, con una media de 74.3.

En el área laboral la desconcentración fue la característica con la mayor puntuación media (\bar{X} =61.3), la insatisfacción familiar registró una media de 54.4.

Todas las características reportaron dispersiones altas de datos, exceptuando la ludopatía con una desviación estándar menor al 20% de la media (DE=13.3)

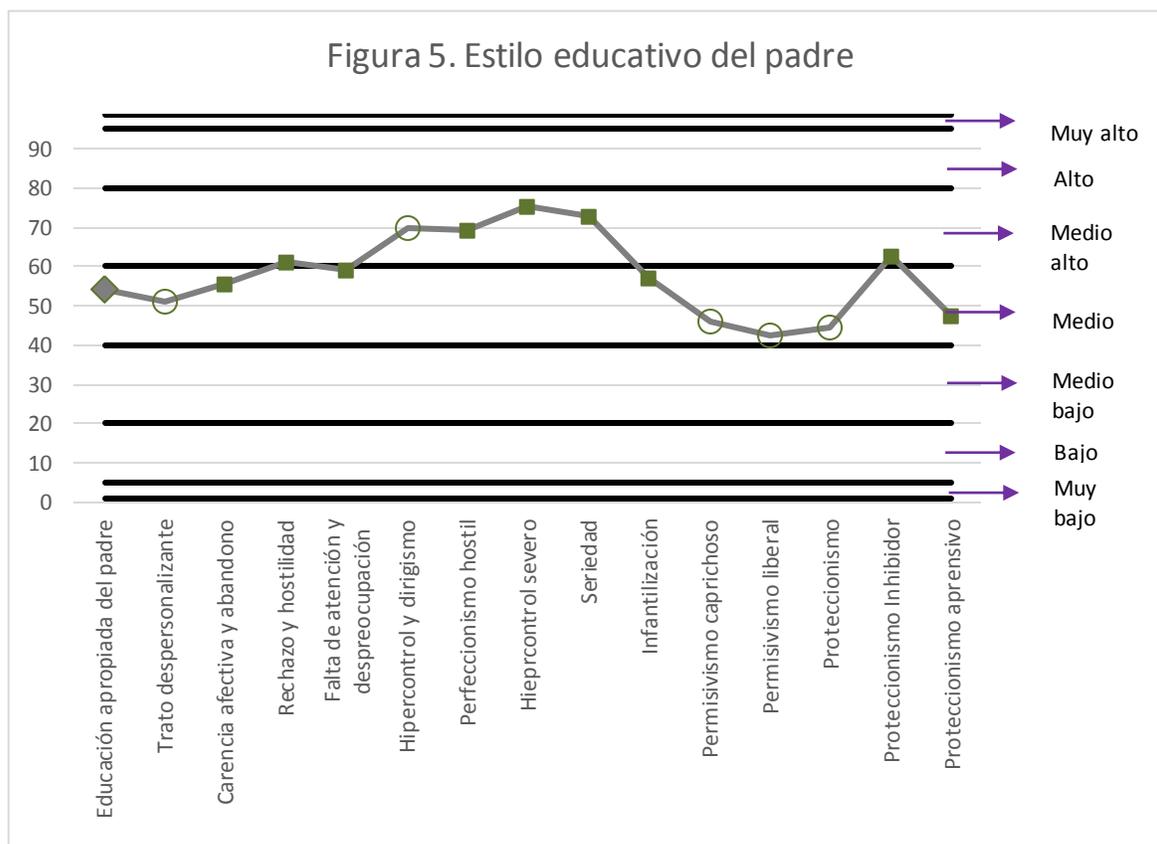
Tabla 5c: Vertiente II Inadaptación - Autogenésica- laboral/académica- familiar

	Mínimo		Máximo		Media		DE
	Pc	Categoría	Pc	Categoría	Pc	Categoría	
INADAPTACIÓN AUTOGENÉSICA	18	Bajo	98	Muy alto	60,9	Medio alto	22,6
Disocialización	17	Bajo	94	Alto	66,2	Medio alto	22,0
Endogenesia	48	Media	98	Muy alto	68,78	Medio alto	15,9
Abstracción critisismo	1	muy bajo	94	Alto	52,42	Medio	27,5
Frialidad emocional	10	Bajo	98		53,8		27,6
Apatía	13		98		75,1	Medio alto	23,3
Anorexia	25	Medio bajo	99	Muy alto	75,1		22,2
Adicción comida	17	Bajo	99		58,58	Medio	26,6
Adicción	17	Bajo	99	Muy alto	54,6	Medio alto	24,5
Tendencia adictiva	26	Medio	99		62,7	Medio alto	21,0
Búsqueda exitación	22	bajo	99	Muy alto	50,68	Medio	26,9
Ludopatía	50	Media	98		74,3	Medio alto	13,3

INADAPTACIÓN LABORAL/ACADÉMICA		14	Bajo	97	Muy alto	51,1	Medio	24,4
Desajuste y desmotivación /académica		20	Bajo	97	Muy alto	53,8	Medio	25,3
Factores	Desconcentración	9		99		61,3	Medio alto	25,0
	Hipoeficiencia	13	Bajo	97	Muy alto	50,4		23,6
	Aversión al entorno laboral/académico	14		99		53,74	Medio	24,9
INADAPTACIÓN FAMILIAR		25	Medio bajo	99	Muy alto	54,5	Medio	23,6
Insatisfacción familiar		25	Medio bajo	99	Muy alto	54,4	Medio	23,6

Estilos educativos parentales

En general, la educación apropiada del padre se ubicó en un rango “Medio”, el macrofactor de hipercontrol y dirigismo y los tres primeros factores se ubicaron en la categoría medio alto, así como el proteccionismo inhibitor. Detalles en la figura 5.



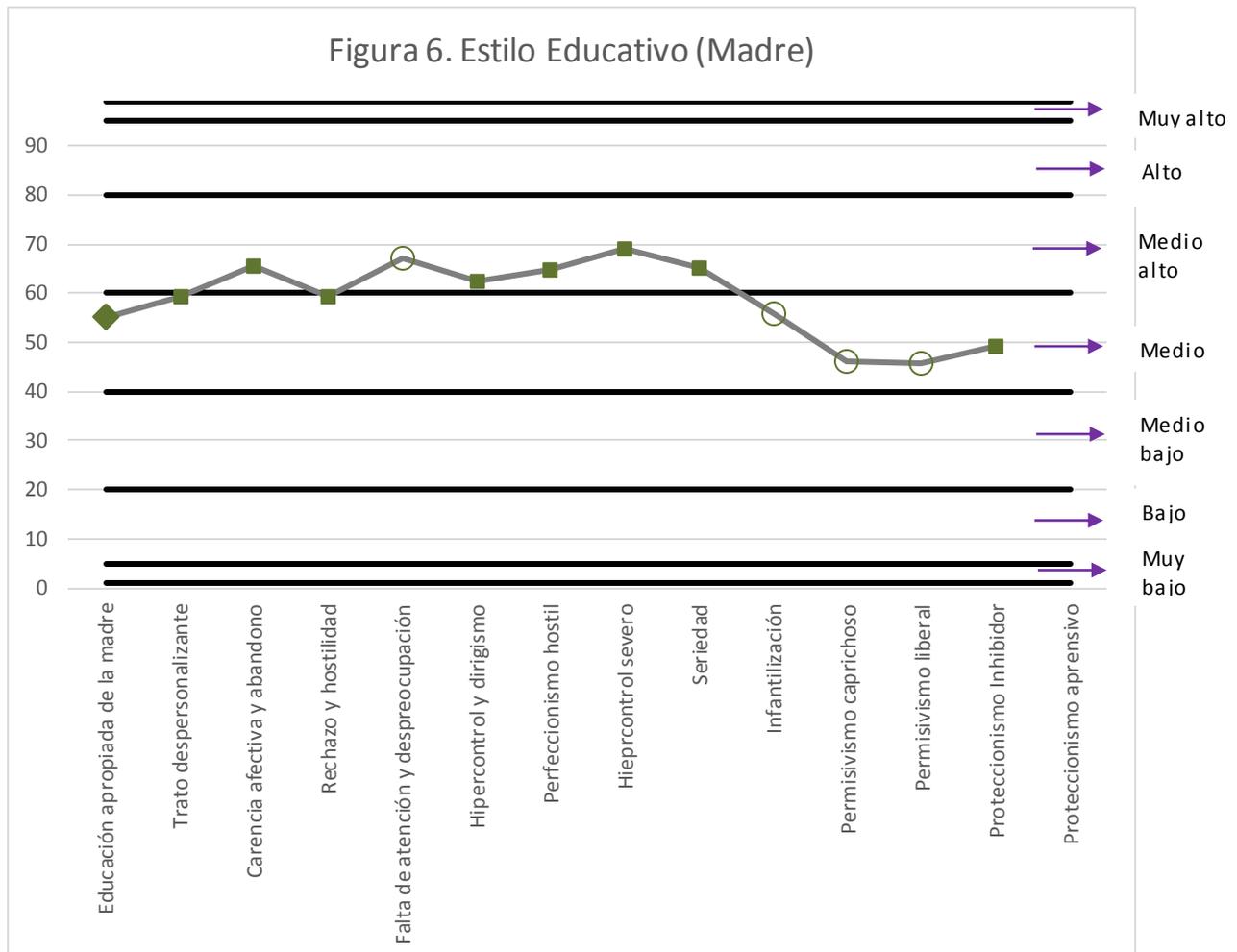
Elaborado por: Peñafiel Verónica (2017)

La educación apropiada del padre obtuvo una media de 54.2 dentro del trato despersonalizante, fue el rechazo y hostilidad el subfactor con mayor media registrada ($\bar{X}=61.1$), en el hipercontrol y dirigismo, resultó ser el hipercontrol severo el subfactor con mayor media ($\bar{X}=75.6$), seguido por seriedad ($\bar{X}=72.7$). Tabla 6a.

Tabla 6a: Vertiente III. Estilos Educativos Parentales

	Mínimo		Máximo		Media		DE		
	Pc	Categoría	Pc	Categoría	Pc	Categoría			
Educación apropiada del padre	12	Bajo	99	Muy alto	54,2	Medio	24,3		
Factores	Subfactores	Trato despersonalizante	25	96		51,1	Medio	19,3	
		Carencia afectiva y abandono	40		96		55,6		15,8
		Rechazo y hostilidad	51	Medio	99		61,1	Medio alto	14,0
		Falta de atención y despreocupación	33	Medio bajo	99		59,1	Medio	21,6
		Hipercontrol y dirigismo	22		97	Muy alto	69,6		21,5
		Perfeccionismo hostil	44	Medio	98		69,3		19,6
		Hipercontrol severo	36		97		75,6	Medio alto	17,8
		Seriedad	30	Medio bajo	99		72,7		23,5
		Infantilización	41	Medio	99		57,1		17,2
		Permisivismo caprichoso	18	Bajo	92		46,0	Medio	22,7
		Permisivismo liberal	17	Bajo	95	Alto	42,3		25,9
		Proteccionismo	11	Bajo	99		44,5		29,6
		Proteccionismo Inhibidor	45	Medio	98	Muy alto	62,7	Medio alto	18,5
		Proteccionismo aprensivo	13	Bajo	99		47,5	Medio	31,6

La educación apropiada de la madre se ubicó en un nivel “Medio”, El factor de falta de atención y despreocupación estuvo en el nivel “Medio alto”, mientras que los factores de: infantilización, permisivismo caprichoso y permisivismo liberal se encontraron en un rango “Medio bajo”.Figura6.



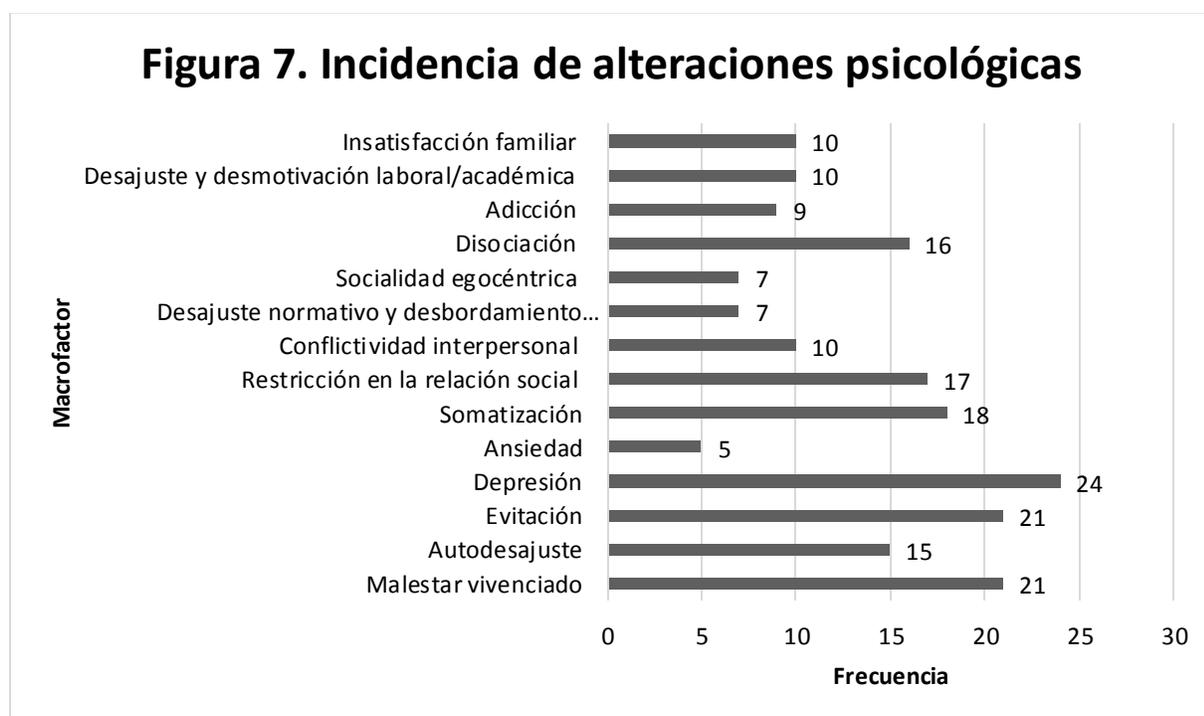
Elaborado por: Peñafiel Verónica (2017)

La educación apropiada de la madre fue de 55.2 dentro del trato despersonalizante, fue la falta de atención y despreocupación el subfactor con la media más alta registrada ($\bar{x}=67.2$), en el hipercontrol y dirigismo, resultó ser el hipercontrol severo el subfactor con mayor media ($\bar{x}=69.1$), el proteccionismo aprensivo fue el factor con menor media ($\bar{x}=39.5$), dentro de los estilos educativos parentales. Detalles en la tabla 6b.

Tabla 6b: Vertiente III. Estilos Educativos Parentales

		Mínimo		Máximo		Media		DE
		Pc	Categoría	Pc	Categoría	Pc	Categoría	
Educación apropiada de la madre		5	Muy bajo	99	Muy alto	55,2	Medio	24,1
Subfactores	Trato despersonalizante	46		99		59,2	Medio	13,1
	Carencia afectiva y abandono	56	Medio	99		65,5	Medio alto	11,0
	Rechazo y hostilidad	45		99		59,2	Medio	13,7
	Falta de atención y despreocupación	50		99		67,2		17,7
	Hipercontrol dirigismo	31	Medio bajo	99		62,3	Medio alto	19,4
	Perfeccionismo hostil	42	Medio	99	Muy alto	64,6		17,7
	Hipercontrol severo	34	Medio	99		69,1		21,6
	Seriedad	33	bajo	99		65,1		21,6
	Infantilización	46	Medio	99		56,0		16,3
	Permisivismo caprichoso	22		99		46,2		24,2
			Medio					
	Permisivismo liberal	25	bajo	99		45,7	Medio	20,0
	Factores	Proteccionismo Inhibidor	5	Muy bajo	99		49,2	
Proteccionismo aprensivo		6	Bajo	89	Alto	39,5	Medio bajo	31,7

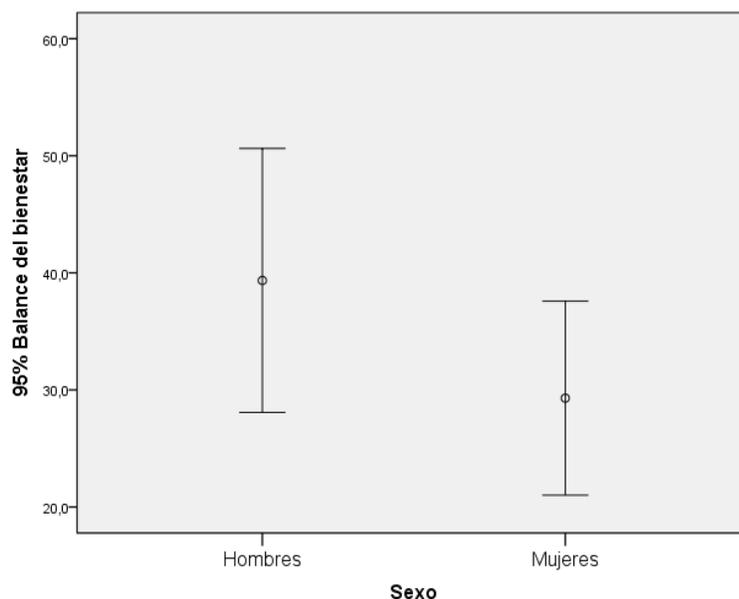
Se evidenció que la depresión era la característica psicológica con la mayor incidencia de puntuaciones altas y muy altas con 24 personas (48%), seguida por la evitación una incidencia de 21 pacientes (42%); por su parte la somatización registró a 18 (36%) personas con niveles elevados y la restricción en la relación social a 17 participantes (34%). Fueron 21 personas (42%) quienes categorizaron su malestar vivenciado como alto o muy alto. Los detalles se pueden visualizar en la figura 7.



Elaborado por: Peñafiel Verónica (2017)

Los hombres registraron una media de 39.35 (DE=26.08), mientras que la media de las mujeres fue de 29.29 (DE=20.93) en el balance de bienestar, con una diferencia de 10.05 puntos centiles, sin embargo la prueba T-Student para muestras independientes no reportó diferencias significativas entre los grupos ($p=0.154$). Los límites: inferior y superior fueron de 29.53 y 49.17 en hombres y 20.23 y 38.36 en mujeres. Ver figura8.

Figura 8. Balance bienestar según sexo



Elaborado por: Peñafiel Verónica (2017)

El coeficiente R de Pearson, no reveló una correlación entre la edad de los pacientes y el balance del bienestar del mismo, así como con la instrucción. Por otra parte, la severidad arrojó una correlación leve negativa con el balance bienestar, a mayor severidad de enfermedad, menor puntuación en el balance bienestar. Tabla 7.

Tabla 7.
Correlaciones

		Edad	Instrucción	Severidad
Balance del bienestar	R	-,166	-,022	-,377*
	p	,250	,882	,007

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

Anexos.

Tabla 8 Porcentaje

Macro factor	n	%
Malestar vivenciado	21	42
Autodesajuste	15	30
Evitación	21	42
Depresión	24	48
Ansiedad	5	10
Somatización	18	36
Restricción en la relación social	17	34
Conflictividad interpersonal	10	20
Desajuste normativo y desbordamiento energético	7	14
Socialidad egocéntrica	7	14
Disociación	16	32
Adicción	9	18
Desajuste y desmotivación laboral/académica	10	20
Insatisfacción familiar	10	20

Tabla 9. Descriptivos de balance de bienestar según sexo

Sexo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Diferencia medias	Intervalo de confianza de (95%)	
						Límite superior	Límite inferior
Hombre	3	96	39,348	26,0796	10,05	29,53	49,17
Mujer	2	86	29,296	20,9281		20,23	38,36

Discusión

En el presente estudio se encontró que el 48% de la población con la cual se trabajó evidenció puntajes altos y muy altos en el macrofactor depresión perteneciente a la vertiente de Inadaptación Personal, la depresión entendida según el TAMADUL como la expresión de apagamiento, agotamiento, desencanto e impotencia como consecuencia de la falta de ilusión o el interés por todo, valorando al mundo como algo absurdo y sin sentido. La persona se puede ver acabada, atrapada, sin salida, e incluso se pueden presentar pensamientos suicidas; este porcentaje es el más alto obtenido en todo el estudio realizado y por lo tanto el más relevante en la investigación; en adición, el factor depresión posee íntima relación con otros factores y subfactores en los cuales también se afianzaron puntajes medios altos en insatisfacción, autodesajuste, desconcentración, desajuste laboral.

Según estudios realizados en España, aproximadamente un 50% de pacientes oncológicos presentan algún trastorno psiquiátrico durante la enfermedad; frecuentemente se presentan trastornos adaptativos y depresivos. Muchos de estos trastornos no reciben tratamiento porque existe un déficit en su diagnóstico, ya que erróneamente se suelen considerar como reacciones “normales” a la enfermedad y los diferentes tratamientos oncológicos (Maté, Jorge, Hollenstein, & Gil, 2004). Estudios similares realizados en Madrid por Krikorian & Bringas en el año 2006 corroboraron la información expuesta con anterioridad, puesto han demostrado una prevalencia de trastornos afectivos entre el 23% y el 47% en poblaciones oncológicas. La más alta frecuencia de depresión se ha hallado en pacientes con etapas más severas de la enfermedad (Krikorian & Bringas, 2006).

Otra investigación realizada en Colombia en la Universidad de la Sabana en el año 2006 por Reyes Díaz, corrobora los estudios mencionados y la información proporcionada en la presente investigación afirmando que “en los pacientes con cáncer los trastornos depresivos oscilan entre el 25% al 40%, porcentaje que aumenta en etapas más avanzadas de la enfermedad (Reyes, 2006). Mientras que, en un estudio realizado en Quito-Ecuador, con 246 pacientes con un diagnóstico de cáncer, evaluados con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), se encontró que la prevalencia del trastorno depresivo fue del 17,1%. Los resultados de dicho estudio encontraron una mayor prevalencia de ansiedad en los pacientes (Del Pino, 2012).

Dentro del área “Inadaptación Personal” se encuentra el macrofactor Ansiedad en el cual se evidenció puntajes correspondientes a bajo o muy bajo obteniendo un porcentaje total del 10%; la información recabada es congruente con los resultados de un estudio realizado en Colombia con 42 pacientes oncológicos en donde se encontró que el 14,3% de los pacientes presentaron sintomatología ansiosa relevante. Mientras que en la depresión se obtuvieron puntajes más altos, 44,3% en hombres, y 28,6 en mujeres; dichos resultados concuerdan con el presente estudio (Moreno, Krikorian, & Palacio, 2015). En el estudio mencionado con anterioridad en Ecuador, se encontró que el 22% de los pacientes presentaba ansiedad altamente significativa (Del Pino, 2012).

Los resultados obtenidos en el factor Anorexia revelaron una media de 75.1 correspondiente al 62,2 % de la población estudiada; en general el término aquí utilizado se refiere a una disminución del apetito, resultado de la condición clínica o de los tratamientos. Los resultados son concordantes con un estudio realizado en España, con 997 pacientes en el que se encontró que el 81,2% de los mismos tenían problemas en la alimentación, siendo el síntoma más

frecuente la anorexia con un 53,3% (Fernández, et al., 2013). Así mismo, en un estudio realizado en México con 100 pacientes los resultados muestran que el 61% de la población presentó dicha sintomatología (Pérez, et al., 2014).

Además se encontró que el 42% de la población evidenció un malestar emocional vivenciado y evitación, correspondiente a la primera vertiente referente al “Bienestar y malestar psicológico” e “Inadaptación”, revelando la media más alta con 72.0 y 63,9, siendo puntajes muy altos. Valora el nivel de insatisfacción y sufrimiento. Un estudio similar se realizó en España, con 105 pacientes, en donde se observó que el 58,3% del total de la muestra presentó malestar emocional moderado y muy intenso (Limonero, et al., 2012).

En el presente estudio se evidenció puntuaciones altas en somatización correspondientes al 36%, lo que concuerda con un estudio realizado en España en el cual se obtuvieron puntuaciones medias altas en esta sintomatología, los pacientes indicaron un alto grado de malestar relacionado con diferentes disfunciones corporales (Melgar, Cervera, & Ruano, 2014). Si bien es cierto algunos de estos síntomas somáticos, son producto de la propia enfermedad, algunos autores sostienen que las causas de dicha sintomatología pueden ser fisiológicas, psicológicas o una combinación de ambas. Además, existen pocos estudios sobre este tema por lo que resulta de gran relevancia más investigaciones para entender el proceso de somatización en una enfermedad orgánica.

En cuanto al área de “Inadaptación Social” en el macrofactor “Restricción en la relación social” se obtuvo un porcentaje total de 34%, y correspondiente a este ítem se obtuvo un puntajes altos y muy altos en dependencia social revelando una media de $\bar{x}=72,6$ constituyéndose como la más alta dentro de los factores que se encuentran dentro del mismo. Este punto entendido como una

reducción de las relaciones interpersonales, concuerda con un estudio realizado en Bogotá, Colombia en pacientes con cáncer de mama en donde se muestra que se presenta dificultades en las relaciones sociales y afectivas hasta en un 88,2 % (Wiesner, 2007). La dependencia social se refiere a la restricción de la libertad en las relaciones interpersonales, en donde la persona tiende a ser agradable para ganar el aprecio de los demás, ser aceptada y querida. Lo que coincide con un estudio realizado en Colombia en donde se evidencia que la mayor parte de los pacientes oncológicos evaluados presenta puntajes altos en necesidad de armonía, entendido como deseo de complacer, agradar y buscar equilibrio en las relaciones interpersonales, inclusive en ocasiones en perjuicio de sus propios derechos (Amaya & Parra, 2010).

En cuanto a los estilos educativos parentales, se evidenció puntajes altos en hipercontrol severo por parte del padre 44,4% y por parte de la madre 42,2%. Este factor representa la percepción que la persona tiene hacia sus padres como estrictos, severos y controladores. En diferentes investigaciones se ha manifestado la importancia de los estilos de crianza de los padres en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño, lo que está asociado a estilos de vida que pueden observarse durante el transcurso de la vida. Autores como Rothrauff, Cooney y An en el año 2009 sustentaron que la influencia de los estilos educativos parentales en los hijos se mantienen incluso en la vida adulta, esta investigación reveló que las personas que recuerdan a sus padres como autoritarios reportaron bajos niveles de bienestar psicológico comparado con aquellos adultos quienes manifestaron un estilo educativo autoritativo y más flexible de sus padres (Richaud & Lemos, 2011).

Karen Horney expone que mediante varias influencias adversas, una persona desde su niñez puede no poder crecer de acuerdo con sus necesidades individuales debido a las relaciones

dominantes, protectoras en exceso, amenazadoras y severas con sus padres; como resultado se adquiere una profunda sensación de inseguridad y vaga aprensión (Horney, 1986). Así mismo, uno de los modelos más elaborados sobre el tema es el de Diana Baumrind, en el que se refiere al estilo educativo autoritario como un patrón dominante, con un alto grado de control, establecido con pautas de comportamiento o reglas muy rígidas y restrictivas, presentan un bajo nivel de involucramiento con los hijos, desconsideran su opinión o puntos de vista por lo que ellos tienden a manifestar retraimiento y desconfianza (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012). En relación con los estilos de crianza, Muslow en el año 2008, plantea que la familia es una unidad a través de la cual se sustenta el desarrollo emocional de la persona, y es en ella en donde se encuentran espacios que benefician o dificultan el desarrollo con el cual se hará frente a situaciones vitales cotidianas, siendo los estilos autoritarios y castigadores generadores de un desarrollo emocional disfuncional, con un déficit en estrategias y capacidades emocionales para la adaptación los diferentes contextos de la vida (Muslow, 2008).

Capítulo 5: Conclusión

Luego del desarrollo y análisis del presente estudio, en función de los objetivos planteados se citan a continuación los resultados más relevantes:

Se evidencia que existe una alta incidencia de variables psicológicas, especialmente aquellas relacionadas con el estado anímico de la persona que padece de una enfermedad oncológica, siendo la depresión el factor que posee mayor incidencia en esta población, a este se suman otros factores relacionados con la misma como la anorexia, malestar emocional, somatización e inadaptación social, mismos que muchas veces son pasados por alto debido a que suelen ser considerados como efectos de la propia enfermedad o los tratamientos, lo que constituye un riesgo para el desarrollo de una psicopatología posterior. Los factores descritos proporcionan una visión más clara acerca del enfoque y tipo de intervención a llevarse a cabo en los pacientes, así como las técnicas a usarse dentro del plan psicoterapéutico.

Debido a que el TAMADUL constituye una herramienta altamente ecológica y completa se pudo obtener datos que aún no han sido estudiados a profundidad y corroborar aquellos que se encuentran dentro de una amplia gama de investigaciones; por ejemplo, los datos obtenidos referente a los estilos educativos parentales, lo cual es un indicador de como el paciente percibe o ha percibido el tipo de crianza de sus padres, la mayoría de la población evaluada concibe un estilo autoritario y dominante como el más prevalente. Esto podría tener un impacto relevante dentro del marco de la enfermedad y de la intervención psicológica que se lleve a cabo.

La incidencia de los factores descritos nos permiten establecer de manera más profunda el problema clínico por el cual atraviesa el paciente, la relevancia de la detección de factores tanto los físicos propios de la enfermedad y su tipología, así como los de orden psicológico nos facilita

el impedimento de que el paciente genere un trastorno mayor, afianzando la contribución de manera integral a la adaptación del paciente a la enfermedad , a una mejora en la calidad de vida de la persona que lo padece y el entorno en el cual se desenvuelve.

Recomendaciones:

- A través de la presente investigación se evidenció que el síntoma que se muestra con mayor incidencia es la depresión, por lo que se recomienda fomentar el desarrollo de programas de prevención y tratamiento de la misma en los pacientes adultos que padecen cáncer.
- Se recomienda profundizar la investigación y el abordaje en la sintomatología que suele considerarse un efecto secundario de la enfermedad, como la depresión, ansiedad o anorexia, ya que en muchos casos pasan desapercibidos y no son tratados adecuadamente.
- Ampliar la investigación de la influencia de los estilos educativos parentales en la personalidad del individuo y las estrategias de afrontamiento a eventos estresantes focalizado en un modelo de prevención y tratamiento.
- Es importante utilizar herramientas de evaluación psicológica que permitan una evaluación global a los pacientes con cáncer, considerando la problemática desde una perspectiva holística que abarque todas las áreas en las que se desenvuelve el paciente y no solo ciertos síntomas generales.
- Sugerir la importancia de un abordaje psicológico exhaustivo tanto a los pacientes, a los familiares, como personal de atención; dirigido al afrontamiento y superación de la enfermedad.

Anexo.

Plan terapéutico.

La intervención se realiza tomando en cuenta el estadio de la enfermedad y las necesidades del paciente.

Debido a la complejidad de la enfermedad oncológica es necesario conciliar un abordaje psicoterapéutico desde el enfoque del Modelo Integrativo Ecuatoriano, teniendo en cuenta la multiplicidad de situaciones clínicas, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas.

Objetivos terapéuticos de la intervención:

Objetivo general: El objetivo fundamental es que el paciente mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso; contribuyendo a la mejora de su estado de ánimo y estrategias de afrontamiento, disminuyendo a medida de lo posible sentimientos de tristeza, inutilidad, desesperanza, miedo al futuro y otros pensamientos distorsionantes.

Objetivos específicos:

- Informar al paciente acerca del proceso que se llevará a cabo, incluyendo la explicación respectiva de su enfermedad.
- Favorecer el proceso de adaptación a la enfermedad.
- Potenciar la autonomía del paciente.
- Disminuir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Reforzar los mecanismos de defensa más adaptativos y mejorar su autoestima.

- Mantener/ restablecer el apoyo social.

Plan terapéutico.

Con relación a la problemática.

N° Sesión.	Objetivos de asesoramiento	Técnicas
1	Informar al paciente acerca del proceso que se llevará a cabo, incluyendo la explicación respectiva de su enfermedad.	- Psicoeducación
2	Orientar al paciente y a su familia acerca del tratamiento y la intervención por parte del sistema dentro de la terapia.	- Terapia familiar sistémica de Minuchin. - Escultura - Narrativa.
3	Proporcionar al paciente alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentarse a los diversos conflictos referentes a su enfermedad.	- Técnica de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfield.
4	Mejorar la autoestima y la aceptación de su aspecto físico.	- Técnica del espejo de Louise Hay. - Narrativa

Nota: Fuente: Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Con relación a la sintomatología:

Nº Sesión.	Objetivos sintomáticos	Técnicas
5	Fomentar autocontrol y disminuir síntomas ansiosos, fobias y efectos anticipatorios a los tratamientos.	<ul style="list-style-type: none">- Relajación de Payne y Jacobson.- Desensibilización sistemática.- Visualización guiada.
6	Disminuir sentimientos de desesperanza.	<ul style="list-style-type: none">- Elaboración de proyectos.- Terapia ocupacional.
7	Disminuir síntomas depresivos y prevenir conductas de riesgo. (Ideación suicida).	<ul style="list-style-type: none">- Reestructuración cognitiva de Beck.- Terapia racional emotiva (modelo ABC).- Role play.
8	Fomentar en el paciente conductas adaptativas	<ul style="list-style-type: none">- Terapia de activación conductual- Terapia ocupacional

Nota: Fuente: Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. & Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: ADES Ediciones.

Con relacion a la personalidad (estrategias de afrontamiento)

Nº Sesión	Objetivos	Técnicas
9	Ampliar la vida social y lazos afectivos en su entorno.	- Entrenamiento en habilidades sociales de Salter.
10	Desarrollar habilidades para hacer frente a situaciones estresantes de forma eficaz.	- Inoculación del estrés. - Habilidades de afrontamiento paliativo.
11	Promover la aceptación a la enfermedad.	- Terapia de aceptación y compromiso. - Terapia dialéctica conductual/Mindfulness - Terapia Grupal.

Nota: Fuente: Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. & Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: ADES Ediciones.

Bibliografía

- Almanza, J. d., Breitbart, W., & Holland, J. (2005). Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(4), 123-128.
- Almanza, J., Juárez, I., Silva, J., & De la Huerta, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55(1), 13-23.
- Amaya, A., & Parra, E. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Vanguardia Psicológica*, 1(1), 70-87.
- Baeza, R. (2017). Radioterapia en cáncer. *ARS MÉDICA Revista de Ciencias Médicas*, 16(4), 78-82, DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v17i4.739> .
- Bernal, P., & Muñoz, M. J. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 227-248 DOI: 10.5209/PSIC.54434.
- Bueno, L., & Soto, V. (2015). Salud sexual y alteraciones emocionales en mujeres colombianas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(2-3), 405-416, DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51018.
- Catarya, M., Hernandez, I., González, Y., & Álvarez, N. (2010). Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(5) .
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Del Pino, D. (2012). *Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de "SOLCA" Núcleo Quito-Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5350/T-PUCE-5576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C., & Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*, 13(2-3), 191-204, DOI: 10.5209/PSIC.54432.
- Fernández, M., Regueira, S., & Torres, M. (2016). Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* .
- Fernández, M., Saenz, C., De Sás, M., Alonso, S., Bardasco, Luisa, M., . . . Mato, J. (2013). Desnutrición en pacientes con cáncer; una experiencia de cuatro años. *Nutricion Hospitalaria*, 28(2), 372-381, DOI: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6239> .

- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, J. L., & Alvarado, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241, DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47385.
- García, X., & Díaz, E. (2000). *Oncología clínica básica*. Arán Ediciones.
- Granados, M., Beltrán, A., Soto, B., & León, A. (2011). Cirugía oncológica: evolución histórica y estado actual. *Gaceta Médica de México*, 147(6), 551-560.
- Guerrero, J., Prepo, A., & Loyo, J. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309.
- Hernández, M., & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 1-9 DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1>.
- Hernandez, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodriguez, E., Hernandez, C., González, M., & Martín, J. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257, DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895.
- Hernández-Guanir, P., & Hernandez Delgado, G. (2013). *TAMADUL: Cuestionario Clínico de personalidad para adolescentes y adultos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Horney, K. (1986). *Neurosis y Maurez*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- INEC. (2011). *Cáncer*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/infocancer.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2004). *El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*.
- Instituto Nacional del Cáncer. (Febrero de 2015). *¿Qué es el cáncer?* Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. (2014). Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichán*, 14(1), 20-31.
- Krikorian, A., & Bringas, S. (2006). Aspectos psicosociales del cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3(2-3), 347-357.
- Limonero, J., Mateo, D., Maté, J., González, J., Bayés, R., Bernau, M., . . . Viel, S. (2012). Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 145-152, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.016>.
- Longo, D., Kasper, D., Jameson, L., Fauci, A., Hauser, S., & Loscalzo, J. (2012). *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: McGraw-Hill.

- Malca Scharf, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en Oncología. *Persona y Bioética*, 9(2), 64-67.
- Martinez, F., Abril, L., & Pérez, M. (2015). *Sexto Informe: Epidemiología del cáncer en el cantón Cuenca 2005-2009*. Obtenido de https://issuu.com/solcacuenca/docs/sesto_inf__reg_solca_cuenca
- Maté, Jorge, Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Melgar, J., Cervera, I., & Ruano, T. (2014). Psicopatología en pacientes con Cáncer: el papel de la quimioterapia. *Libro de capítulos del X Simposio Nacional de Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos*, 153-162.
- Moreno, A. I., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529, Doi: [dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10](https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10).
- Muslow, G. (2008). Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *Educação*, 31(1), 61-65.
- Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2017). *Cancer: Nota descriptiva*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cáncer en las Américas: Indicadores Básicos*. Obtenido de <file:///C:/Users/User/Downloads/Indicadores-basicos-cancer-2013.pdf>
- Palli, C., Lluch, J., & Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153-173.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mexico D.F: Mc Graw Hill.
- Pérez, D., Allende, S., Meneses, A., Nicola, L., Copca, E., Sánchez, M., . . . Verástegui, E. (2014). Frecuencia de anorexia-caquexia y su asociación con síntomas gastrointestinales, en pacientes paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 891-895, DOI:10.3305/nh.2014.30.4.7674.
- Plata, M., Castillo, M. E., & Guevara, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1), 16-23.
- Puente, J., & Velasco, G. (2017). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Obtenido de Sociedad Española de Oncología Médica: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla#content>
- Reyes, M. (2006). La depresión en pacientes oncológicos.

- Richaud, M. C., & Lemos, V. (2011). *Psicología y otras Ciencias del Comportamiento. Compendio de investigaciones actuales*. Buenos Aires: Editorial Universidad Adventista del Plata.
- Rodas, L. (2016). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos. Atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca-Ecuador 2016*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6354/1/12522.pdf>
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1) 137-141.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (Marzo de 2017). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Obtenido de <https://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 12(2-3), 207-236, DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005.
- Wiesner, C. (2007). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11(1), 13-22.