



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**“Trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos de la Unidad de
Psicooncología del Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Cuenca, periodo 2015-2018”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título

de Psicólogo Clínico

Autor:

Mateo Xavier Vélez Vintimilla

Director:

Psi. Cl. Mario Eduardo Moyano Moyano, Mgst.

Cuenca-Ecuador

2020

Dedicatoria.

A mi madre, Lala, luchadora incansable de batallas silenciosas, caminante solitaria

de destinos inciertos, dibujante virtuosa de sonrisas eternas.

Por ser mi brújula y mi mapa, mi luz y dirección.

En tu memoria, por ti, para ti,

Mateo.

Agradecimientos.

A mi padre, José Eduardo, y mis hermanos, Pedro José y Pablo Sebastián, por ser la fuerza que
guía este camino, por enseñarme a no rendirme a pesar de las adversidades
y por superar cada obstáculo, paso a paso, sin imposibles,
mis ejemplos a seguir.

A María Daniela, por ser una constante de apoyo y motivación durante este proceso, por
alentarme a seguir firme frente a los reveses de la vida.

Por ser y estar.

A mis profesores, especialmente al Mgst. Mario Moyano, director de esta tesis,
por ayudarme a ser mejor psicólogo, mejor persona, cada día.

A los miembros de mi tribunal, Dr. Juan Aguilera y Mgst. Sebastián Herrera,
por ser parte de este logro.

Resumen.

Esta investigación pretende determinar la presencia de trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos de la Unidad de Psicooncología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, en el periodo 2015-2018. Es un estudio cuantitativo, de tipo longitudinal retrospectivo, con un alcance descriptivo-correlacional. Se alcanzó una muestra de 443 pacientes y se obtuvieron los datos a través de la revisión de sus historias clínicas. Los resultados obtenidos indican que el 35% de pacientes presentaron trastornos emocionales mientras que el 65% trastornos de adaptación. Se pudo evidenciar que los pacientes en etapa I de su enfermedad, presentaron más trastornos de adaptación mientras que los pacientes en etapa IV presentaron más trastornos emocionales, encontrándose una correlación estadísticamente significativa entre estas variables.

Palabras clave:

Pacientes oncológicos, trastornos emocionales, trastornos de adaptación.

Abstract.

This research sought to determine the presence of emotional and adaptive disorders in cancer patients of the Psycho-Oncology Unit of the José Carrasco Arteaga Hospital from Cuenca in the 2015-2018 period. It is a quantitative study of longitudinal and retrospective type with a descriptive and correlational scope. A sample of 443 patients was used and the data were obtained through the review of their medical records. The results obtained indicated that 35% of patients presented emotional disorders while 65% presented adaptation disorders. It was possible to show that patients in stage I of their disease presented more adaptation disorders, while patients in stage IV presented more emotional disorders, finding a statistically significant correlation between these variables.

Keywords: Cancer patients, emotional disorders, adjustment disorders.



Dpto. Idiomas

Translated by
Ing. Paul Arpi

Índice de contenidos.

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.	iii
Resumen.....	iv
Abstract.	v
Índice de contenidos.	vi
Índice de tablas y figuras.	viii
Introducción.	1
Capítulo I	3
Las enfermedades oncológicas	3
1.1. Introducción a la Oncología.	3
1.2. El cáncer: generalidades.....	4
1.3. Tratamientos oncológicos.	5
1.3.1. Cirugía oncológica.....	5
1.3.2. Radioterapia o radio-oncología.....	6
1.3.3. Quimioterapia.	7
1.4. Etiología y patogenia del cáncer.	7
1.5. Epidemiología del cáncer.....	9
1.6. Clasificación general del cáncer.....	12
1.7. Estadificación del cáncer.....	14
1.8. Conclusiones.	16
Capítulo II	17
Repercusiones psicológicas del paciente con cáncer.....	17
2.1. La Psicooncología.	17

2.2.	El papel del psicólogo oncológico.	18
2.3.	Explicación psicológica del paciente oncológico.....	21
2.3.1.	Estilos de afrontamiento y adaptación en el paciente oncológico.	23
2.4.	Trastornos emocionales en el paciente con cáncer.....	25
2.5.	Trastornos de adaptación en el paciente con cáncer.	29
2.6.	Conclusiones	33
Capítulo III.....		34
Metodología		34
3.1.	Objetivos.	34
	Objetivo general.	34
	Objetivos específicos.....	34
3.2.	Tipo de estudio.	35
3.3.	Lugar de estudio.	35
3.4.	Muestra y tamaño.	35
3.5.	Instrumentos y métodos.	36
3.6.	Fases de la investigación y procedimiento.....	36
3.7.	Análisis de los datos.....	38
Capítulo IV.....		39
Análisis de resultados.		39
Capítulo V.....		50
Discusión.....		50
Conclusiones generales.....		54
Recomendaciones.		56
Referencias bibliográficas.....		57
Anexos.		63

Índice de tablas y figuras.

Índice de tablas.

Tabla 1.	40
Tabla 2.	41
Tabla 3.	42

Índice de figuras.

Figura 1. Número de casos en el mundo.....	10
Figura 2. Número de muertes en el mundo.....	10
Figura 3. Trastornos emocionales y de adaptación.....	43
Figura 4. Presencia de trastornos emocionales.	44
Figura 5. Presencia de trastornos de adaptación.	45
Figura 6. Trastornos según la etapa de la enfermedad.....	46
Figura 7. Trastornos según el sexo	47
Figura 8. Trastornos según la etapa etaria.	48

Introducción.

Las enfermedades oncológicas han sido objeto de un amplio campo de estudio a lo largo de la historia, pues son una de las enfermedades con mayor prevalencia y mayor número de muertes a nivel mundial. El cáncer no tiene una etiología bien definida, ya que son varios los factores que influyen en la aparición de esta enfermedad. Si bien existen muchos tratamientos oncológicos, los más utilizados son la cirugía oncológica, la quimioterapia y la radioterapia y muchas veces estos tratamientos se complementan, siendo la cirugía oncológica el tratamiento más efectivo.

Desde 1984, la psicooncología comienza a tomar fuerza como una rama de la psicología científica con la fundación de la Sociedad Internacional de Psicooncología. Esta rama pone énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos en población de pacientes con cáncer. Este tipo de pacientes, antes, durante y después de su enfermedad, comienzan a presentar repercusiones psicológicas que si no son tratadas adecuadamente pueden desencadenar en trastornos emocionales, de ansiedad y depresión y en trastornos de adaptación.

Tras la revisión de varias investigaciones se pudo evidenciar que la prevalencia de este tipo de trastornos es alta. Los trastornos de ansiedad y depresión varían entre un 5% a un 55% según varios estudios, mientras que los trastornos de adaptación tienen una prevalencia que varía entre 5% al 35%. Estos datos demuestran cuan problemática puede ser la presencia de trastornos emocionales y de adaptación en pacientes con cáncer, razón por la cual es menester darle a este tipo de condiciones clínicas la importancia necesaria para una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, en el primer capítulo se pondrá énfasis en una revisión teórica acerca de la oncología, el cáncer con sus generalidades, tratamientos, etiología y epidemiología; finalmente, una breve clasificación de las enfermedades oncológicas con su sistema de estadificación. En el segundo capítulo se presentarán los principios de la psicooncología, el papel del psicólogo oncólogo y por último las repercusiones psicológicas en el paciente con cáncer, sus estilos de afrontamiento, trastornos emocionales y trastornos de adaptación.

En el tercer capítulo se explicará la metodología utilizada para realizar esta investigación con sus respectivos objetivos y procedimientos. En el cuarto capítulo se realizará, mediante tablas, gráficos e interpretaciones, la presentación y el análisis de los resultados obtenidos tras la investigación. Finalmente, un último capítulo donde se realizará la discusión de los resultados, seguido por las conclusiones generales y las recomendaciones respectivas.

Capítulo I

Las enfermedades oncológicas

Las enfermedades oncológicas, específicamente el cáncer, con sus distintos tipos y variantes, son un importante problema de salud pública a nivel mundial. Esta condición afecta a jóvenes, adultos y adultos mayores; hombres, mujeres y niños, sin distinción de raza o estatus social y representa una carga tanto para los pacientes, como para sus familiares o cuidadores primarios.

Los efectos físicos, emocionales, psicológicos y sociales de la enfermedad pueden resultar estresantes para las personas que la padecen, generando a la vez un distrés psicológico que afecta significativamente su calidad de vida. Para un mejor entendimiento de la enfermedad oncológica, es necesario conocer su etiología, tratamientos y características esenciales.

1.1.Introducción a la Oncología.

El cáncer es una de las principales causas de defunciones en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) calcula que más de 11 millones de personas fallecerán en los próximos 10 años si no se toman medidas al respecto. Más de 70% de las defunciones se producen en países con ingresos bajos y medianos, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad son escasos o nulos.

Según Escudero de los Ríos (2013): “El cáncer no es un descubrimiento de los tiempos modernos. Desde que existen documentos escritos (por tanto, desde que se

inicia la Historia de la Humanidad) es posible encontrar datos sobre dicha enfermedad” (pág. 16).

La oncología es la rama de la medicina dedicada al estudio y tratamiento de las neoplasias, es decir, de los distintos tipos de cáncer, en especial los que son considerados malignos; esta especialidad también pone énfasis en el cuidado del paciente, ya que la oncología incluye a muchas otras especialidades como la cirugía oncológica, radio oncología y oncología médica, siendo así una entidad multidisciplinaria que se encarga desde el diagnóstico hasta el tratamiento de las enfermedades cancerígenas en su totalidad. (Granados García, Arrieta Rodriguez, & Hinojosa Gómez, 2016)

1.2. El cáncer: generalidades.

Granados García et al. (2016) indican que “la palabra cáncer es un término genérico que se utiliza para designar tal vez a unas 200 entidades distintas” (pág. 1). Desde el punto de vista biológico, es un trastorno esencialmente genético y caracterizado por un desequilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, que conduce al desarrollo de células capaces de invadir y destruir tejidos adyacentes y a la vez poseen la capacidad de diseminarse hacia sitios distantes del organismo; estas células, conforme su evolución natural y sin un tratamiento adecuado, conducen al deterioro de órganos vitales y, por último, la muerte.

De la Garza Salazar (2010) explica que “desde el punto de vista práctico, el cáncer es una enfermedad que incluye a muchas enfermedades distintas, con epidemiología, origen, factores de riesgo, patrones de diseminación, respuesta al tratamiento y pronósticos diversos” (pág. 1). Cuando se trata de devolver la salud al paciente, esta

enfermedad se presenta como un gran desafío tanto para el médico como para el equipo multidisciplinario.

El cáncer representa un problema de salud pública que a la vez está vinculado con una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos, que son un reto para los sistemas públicos y privados de salud. Para luchar contra esta enfermedad y su mortalidad, se requieren medidas como la promoción de salud a través de la educación y los sistemas de salud pública, trabajar en eliminar o disminuir las exposiciones nocivas a elementos generadores de la enfermedad y hacer uso de inmunizaciones apropiadas. (Alcalá Prieto, 2016)

1.3.Tratamientos oncológicos.

El Instituto Nacional del Cáncer [NIH] (2019) en su página web, refiere que el principal objetivo del tratamiento oncológico es la curación o erradicación de la afección. Existen varios tipos de tratamientos para el manejo del cáncer y el método que se elija dependerá exclusivamente del tipo de cáncer y qué tan avanzado esté. Algunos pacientes solamente recibirán un tipo de tratamiento. Sin embargo, la mayoría reciben una combinación de tratamientos como cirugía con quimioterapia o radioterapia.

1.3.1. Cirugía oncológica.

La cirugía sigue siendo el método terapéutico que ofrece, en forma aislada, la mejor oportunidad de curación y juega el papel más importante en la oncología. A pesar de los avances en campos como la radioterapia y quimioterapia, la cura de la mayoría de los pacientes se debe a la cirugía. Se estima que la resección produce 62% de las curaciones, la radioterapia 25% y la quimioterapia 4%, mientras que la combinación de

tratamientos agrega un 9% a las probabilidades de curación. (Cevallos Barrera, 2006, págs. 4-6)

Granados García, Arrieta Rodríguez y Cantú de León (2013) concluyen que la cirugía oncológica, como una especialidad distinta de la cirugía general, surge y se justifica no solo por el hecho de que el cirujano que practica una cirugía más a menudo obtiene los mejores resultados, sino por la necesidad de contar con un especialista con los conocimientos y habilidades necesarias para coordinar y participar correctamente en el tratamiento, con el fin de obtener mejores resultados para el paciente. (pág. 1)

En el tratamiento curativo del cáncer, esta especialidad ofrece la mayor probabilidad de control local del tumor, condición necesaria, aunque insuficiente, para aspirar a la curación. Sin embargo, también participa en la prevención, diagnóstico, evaluación de la extensión, tratamiento paliativo, rehabilitación de las secuelas y la atención de ciertas complicaciones debidas a la evolución de la enfermedad o a tratamientos previos. (Granados García, Arrieta Rodríguez, & Cantú de León, 2013)

1.3.2. Radioterapia o radio-oncología.

Rodríguez Cuevas (2006) afirma que “la radioterapia o radio-oncología es una disciplina de la medicina clínica utilizada para el manejo de los pacientes con cáncer y otras enfermedades mediante la utilización de radiación ionizante” (págs. 7-8). La radioterapia es una de las dos modalidades más efectivas, después de la cirugía, para el tratamiento del cáncer; alrededor del 70 al 80% de pacientes con esta enfermedad se verán confrontados a un tratamiento con radioterapia.

Hay dos métodos para administrar la radiación: teleterapia (radioterapia externa) y braquiterapia (radioterapia interna) y una vez que los fotones o partículas son liberados,

interactúan en el cuerpo con los materiales biológicos celulares en 3 fases: física, química y biológicamente, para trabajar en la destrucción de las células cancerígenas. (Medina Villaseñor & Martínez Macías, 2009)

1.3.3. Quimioterapia.

Escobar Gómez (2009) indica que “la quimioterapia es considerada como un inestimable tratamiento paliativo. Los objetivos de este tipo de tratamiento dependen del tipo de cáncer y de cuánto se haya diseminado” (pág. 83). A veces el objetivo es destruir todo el cáncer y evitar que vuelva a aparecer, pero si esto no es posible, la quimioterapia puede retrasar o ralentizar el crecimiento de los tumores. El término quimioterapia fue acuñado por Paul Erlich cerca de la década de los 20’s en búsqueda de compuestos que actuaran como bolas mágicas en el tratamiento de infecciones bacterianas; estos agentes actúan contra un blanco específico dentro del cuerpo, previniendo así las alteraciones de las células sanas.

La quimioterapia y otras terapias sistémicas, aunque capaces de curar algunas neoplasias, con más frecuencia significan tratamientos adyuvantes y paliativos. Tanto la radioterapia como la quimioterapia, en casos muy seleccionados, pueden sustituir a la cirugía, pero en la práctica, estas modalidades rara vez compiten, en realidad se complementan para cumplir con las necesidades terapéuticas de un caso en particular. (Mendoza del Pino, 2010)

1.4.Etiología y patogenia del cáncer.

Herrera Gómez (2010) afirma que “los estudios epidemiológicos han identificado un gran número de *factores de riesgo*, o sucesos relacionados con la aparición de cáncer, que con frecuencia no son la causa directa, sino indicadores de los factores

reales” (pág. 3). En contraste, los *agentes etiológicos* son el origen directo de la transformación maligna y desencadenan diversos mecanismos, genéticos y bioquímicos, que conducen a la aparición de un tumor, proceso al que se le conoce como carcinogénesis u oncogénesis.

El análisis de variables epidemiológicas y ciertas relaciones ha permitido reconocer algunos factores de riesgo. En consecuencia, los casos de cáncer de pulmón, mama, próstata, colon y recto, los tipos de cáncer más comunes en países desarrollados, se atribuyen a factores como tabaquismo, malos hábitos dietéticos y de salud o exposición laboral y ambiental a químicos y sustancias peligrosas (Granados García & Herrera Gómez, 2010).

Jiménez Becerra (2009) indica que “la génesis del cáncer es multifactorial, pero sin duda el agente etiológico más importante es el tabaco. Los médicos e investigadores no dudan de que la exposición constante a químicos del tabaco provoca daño celular que activa el desarrollo tumoral” (pág. 9). Otros factores etiológicos relevantes son los agentes ambientales, como los rayos ultravioleta de la luz solar o las radiaciones ionizantes. Estos agentes pueden evitarse, pero no el envejecimiento ni otros procesos vitales, los cuales incrementan la generación de radicales libres que al reaccionar con el ADN, pueden dañar y mutar de forma permanente los genes (págs. 7-13).

Varios estudios clínicos y epidemiológicos han permitido formular distintas teorías sobre la etiopatogenia del cáncer; la teoría viral explica que hay virus específicos que tienen la capacidad de producir tumores malignos dentro del cuerpo. Otra teoría es que dentro del organismo existe un gen responsable del desarrollo del cáncer que se activa por rayos X o por algún agente cancerígeno. Con el paso del tiempo se descubrió que

existen formas mutadas de genes que pueden provocar que las células normales se conviertan en células cancerígenas. De igual manera, existen dentro del cuerpo genes encargados de detener el proceso de deterioro celular, y si estos fallan, pueden dejar que el cáncer se desarrolle y progrese con mayor facilidad (Jiménez Becerra, 2009).

1.5.Epidemiología del cáncer.

La incidencia del cáncer varía de acuerdo al género, edad, etnia, país de procedencia/residencia y sobre todo según el índice de envejecimiento de la población. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) en investigaciones recientes indica que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; tan solo en el año 2018, se registraron 9.5 millones de muertes debido a esta enfermedad y 18 millones de nuevos casos. A pesar de los avances científicos que en los últimos años se han desarrollado en contra del cáncer, este sigue siendo un grave problema de salud, pues se estima que cada año se diagnostican alrededor de 10.9 nuevos casos en el mundo.

De acuerdo al informe anual de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer [IARC] (2018), A nivel mundial, en el año 2018, los tipos de cáncer con mayor prevalencia fueron: cáncer de pulmón (11.6%), de mama (11.6%), colon y recto (10.2%), próstata (7.1%) y estomago (5.7%). Mientras que los tipos de cáncer que provocaron el mayor número de defunciones fueron: cáncer de pulmón (18.4%), colon y recto (9.2%), estomago (8.2%), hígado (8.2%) y cáncer de mama 6.6%), como se puede observar a continuación en la figura 2.

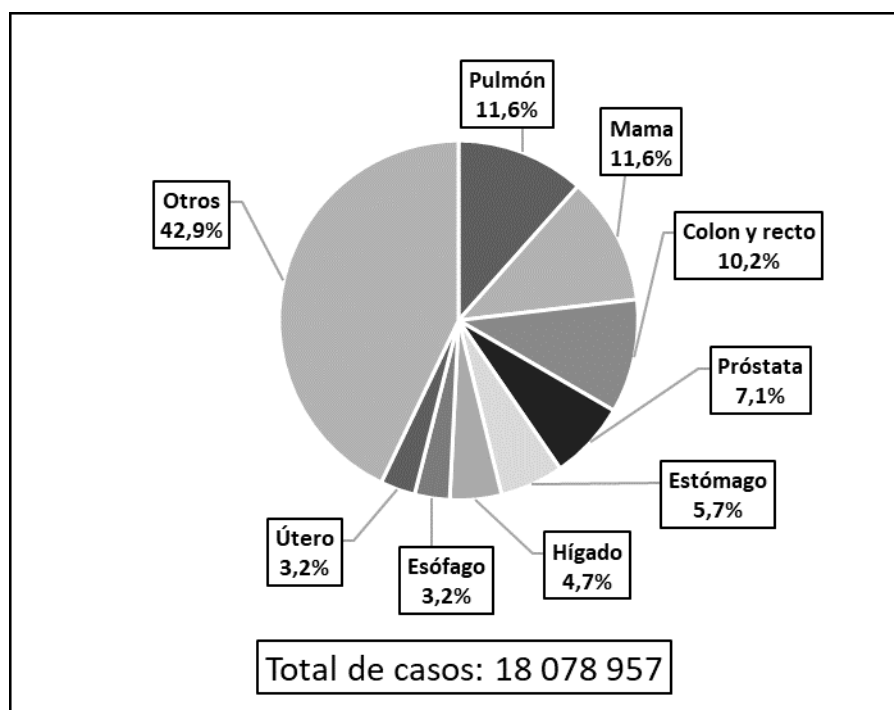


Figura 1. Número de casos en el mundo. (Interntional Agency for Research on Cancer, 2018)

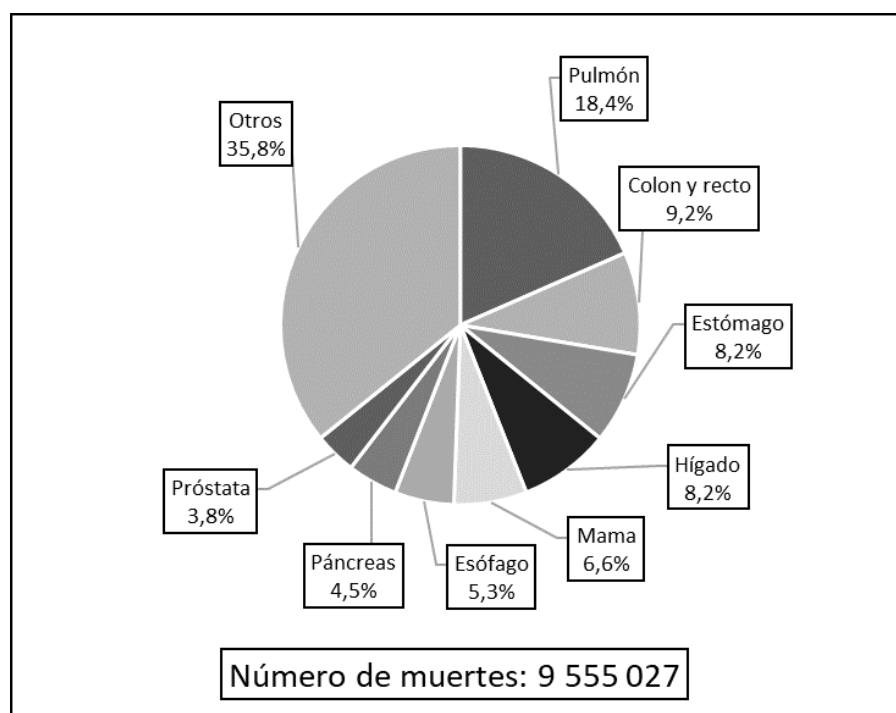


Figura 2. Número de muertes en el mundo. (Interntional Agency for Research on Cancer, 2018)

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2019) en las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte. En el año 2018, causó 1,3 millones de muertes y se registraron 3,7 millones de nuevos casos. Se estima que el número de casos aumentará un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030, debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe.

En Ecuador, de acuerdo al informe anual de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer [IARC] (2018) la incidencia de cáncer en el año 2018 fue de 157,2 casos por cada cien mil habitantes, se registraron un total de 28.058 nuevos casos y un total de 14.559 muertes debido a esta enfermedad.

El cáncer de próstata (11.8%) fue el de mayor incidencia, seguido por el cáncer de mama (9.9%) y cáncer de estómago (9.2%). Por otro lado, los tipos de cáncer que provocaron mayor número de muertes en Ecuador en el 2018 fueron: cáncer de estómago (14.3%), cáncer de próstata (9.2%) y cáncer de pulmón (7.3%). En mujeres, tuvieron mayor incidencia el cáncer de mama (18.2%), cáncer de útero (10.6%) y cáncer de tiroides (9%). En los varones, el cáncer de próstata (26%), cáncer de estómago (10.7%) y cáncer de colon y recto (7.2%).

El director de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer [IARC], Christopher Wild (2018) expresa: “Estas nuevas cifras demuestran que queda mucho por hacer y que la prevención debe desempeñar un rol clave, (...). Es urgente poner en marcha políticas eficaces de prevención y de detección precoz para completar los tratamientos.”

1.6. Clasificación general del cáncer.

Según Mandal (2012) el cáncer se puede clasificar de varias formas, pero nos basaremos en las dos clasificaciones más utilizadas: según el tipo de tejido en dónde se originó (clasificación histológica) y según el lugar específico del cuerpo en dónde el cáncer apareció por primera vez (cáncer de pulmón, estómago, mama, etc.).

Los tumores, cuando aparecen por primera vez, pueden ser de dos tipos: benignos y malignos. Los tumores benignos (no cancerosos) presentan una tendencia a crecer lentamente y generalmente no se propagan a otras partes del organismo; el tratamiento más utilizado para este tipo de tumores es la cirugía. Por otro lado, los tumores malignos (cancerosos) crecen rápidamente y si no se detectan de manera temprana, pueden invadir y destruir tejidos sanos cercanos y extenderse por todo el cuerpo provocando metástasis (National Cancer Institute NIH, s.f.).

1.6.1. Clasificación histológica.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología Tercera Edición [ICD-O-3] (2013), desde un punto de vista histológico, existen cientos de tipos de cáncer diferentes, que se agrupan en seis grandes categorías: carcinoma, sarcoma, mieloma, linfoma, leucemia y tipos mixtos.

- Carcinoma.

Es un tipo de cáncer que tiene origen en el tejido corporal llamado tejido epitelial, que cubre o recubre superficies de órganos, glándulas o estructuras corporales. Los carcinomas o tumores malignos del tejido epitelial representan del 80% al 90% de todos los casos de cáncer. Los carcinomas se dividen en dos grandes grupos: adenocarcinomas, que se originan en un órgano o glándula, y el carcinoma de células

escamosas que se origina en el epitelio escamoso. La mayoría de los cánceres de mama, páncreas, pulmón, próstata y colon son adenocarcinomas.

- Sarcoma.

El sarcoma es un cáncer que se origina en los tejidos conectivos y de soporte, como los tendones, cartílagos, músculos y huesos. Se da comúnmente en jóvenes adultos. El sarcoma más común generalmente se desarrolla como una masa dolorosa en los huesos, conocido como osteosarcoma.

- Mieloma.

El mieloma es un cáncer que se origina en las células plasmáticas de la médula ósea. En ciertas ocasiones, las células se acumulan en un hueso y forman un solo tumor (plasmocitoma); en otros casos, las células se acumulan en muchos huesos, formando lo que se llama mieloma múltiple.

- Linfoma.

Los linfomas se originan en las glándulas o ganglios del sistema linfático, sistema que purifica fluidos corporales y produce glóbulos blancos, o linfocitos para combatir las infecciones.

Los linfomas se clasifican en dos categorías: linfoma de Hodgkin, que se caracteriza por la presencia de un tipo especial de células llamada célula de Reed-Sternberg, y linfoma no Hodgkin, que incluye un grupo diverso de cánceres de las células del sistema inmunitario.

- Leucemia.

También conocido como cáncer de sangre, es un cáncer de la médula ósea que se asocia a la sobreproducción de glóbulos blancos inmaduros. Estos glóbulos no

funcionan adecuadamente, por lo tanto, el paciente es más propenso a infecciones. La producción de glóbulos rojos también se ve afectada, causando mala coagulación de la sangre y fatiga debido a la anemia.

- Tipos mixtos.

Estos tipos de cáncer pueden estar dentro de una categoría o de diferentes categorías. Algunos ejemplos son: carcinoma adenoescamoso (dos tipos de células), carcinosarcoma (cáncer de tejido epitelial y tejido conjuntivo) y teratocarcinoma (cáncer de células germinales que por lo general se forma en los testículos).

1.7. Estadificación del cáncer.

La estadificación de una neoplasia o tumor, consiste en determinar cuánta actividad tumoral existe en el organismo del paciente y dónde se encuentra localizada específicamente. Este proceso describe la extensión del tumor primario y también la actividad de este tumor en otros puntos del organismo; en otras palabras, es el proceso de descubrir la cantidad de cáncer en el cuerpo y cuánto se ha propagado. De esta manera, el facultativo determina la etapa (estadio) del cáncer de una persona. (Gutiérrez Lara, 2009)

Gutiérrez Uvalle (2009) menciona que la estadificación del cáncer es importante porque ayuda al médico a planificar el tratamiento, determinar el pronóstico del paciente, evaluar los resultados del tratamiento y contribuye a la creación de programas de detección oportuna y a la planeación de programas de salud.

1.7.1. Sistema de estadificación TNM.

Los distintos sistemas de estadificación han evolucionado con el tiempo y varían según el tipo de cáncer, sin embargo los elementos comunes que se consideran en la

mayoría de sistemas son: el sitio de origen del tumor, grado histológico, diseminación y presencia o ausencia de metástasis (Gutiérrez Uvalle, 2009).

Gutiérrez Uvalle & Gutiérrez Lara (2009) indican que el sistema que más se utiliza es la clasificación TNM, basada esencialmente en la extensión anatómica del tumor. Este sistema es aceptado por la International Union Against Cancer (UICC) y por la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

El sistema de estadificación TNM, como sus siglas lo indican, se basa en: **T**: extensión del tumor original primario; **N**: extensión del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos y **M**: indica si el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, generando metástasis. Se añade un número a cada letra para establecer el tamaño o la extensión del tumor y la extensión de la diseminación. Una vez determinada la TNM, estos datos se combinan para asignar una etapa general, con números romanos del I al IV, donde la etapa IV es la más alta e indica que el cáncer está más avanzado (American Cancer Society, 2015).

- La categoría **T** describe al tumor original primario:
 - Tx: el tumor primario no puede ser evaluado.
 - T0: carcinoma in situ.
 - T1-T4: determina el tamaño o extensión del tumor primario. Mientras más alto sea el número T, más grande es el tumor.
- La categoría **N** describe el involucramiento de los ganglios linfáticos cercanos:
 - Nx: los ganglios cercanos no pueden ser evaluados.
 - N0: no existe involucramiento de ganglios linfáticos cercanos.

- N1-N3: existe involucramiento de ganglios linfáticos cercanos y describe el número, ubicación y tamaño de los ganglios afectados.
- La categoría **M** describe si existe o no evidencia de metástasis a distancia:
 - Mx: las metástasis no pueden ser evaluadas.
 - M0: no existen metástasis.
 - M1: el cáncer se ha propagado a órganos o tejidos distantes. Existe metástasis.

La American Cancer Society (2015) refiere que la mayoría de los tipos de cáncer tienen su propia versión de este sistema, de modo que las letras y los números no siempre van a significar lo mismo.

1.8.Conclusiones.

El cáncer es una de las enfermedades catastróficas más desgastantes y prevalentes en el mundo; mediante la revisión de la literatura, se pudo constatar que la prevalencia de este tipo de enfermedades oncológicas en el mundo, en las américas y en el Ecuador, es alta. Esto se debe a varios factores de salud, ambientales, sociales, laborales e incluso del lugar de procedencia de la persona que lo padece.

Es importante conocer cuáles son los factores etiológicos de esta enfermedad, así como su clasificación y tipos de tratamiento, para trabajar adecuadamente en un plan de salud que tenga en cuenta programas de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados, para así intentar disminuir su prevalencia y tasa de mortalidad y lograr mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

Capítulo II

Repercusiones psicológicas del paciente con cáncer.

El paciente con cáncer al momento de su diagnóstico, antes, durante y después de su enfermedad, no solamente comienza a presentar síntomas físicos como pérdida del apetito o problemas de sueño; y cambios corporales como pérdida de peso o caída de cabello, también comienza a generar repercusiones emocionales, cognitivas, y conductuales que van a afectar considerablemente su calidad de vida.

Darles la importancia necesaria a estos factores psicológicos es esencial para colaborar y generar un tratamiento integral del paciente con cáncer. Para esto, es necesario conocer qué es la psicología oncológica, qué papel tiene el psicólogo oncólogo dentro del equipo multidisciplinario encargado del tratamiento del cáncer y qué repercusiones psicológicas presenta el paciente oncológico.

2.1.La Psicooncología.

Un tratamiento del cáncer, riguroso y éticamente impecable, debe considerar todos los aspectos involucrados: psicológicos, biológicos, sociales, espirituales, etc. La psicooncología surge en respuesta a esta necesidad; en la década de los 80, esta disciplina empieza a considerarse como una rama de la psicología y en 1984 se funda la Sociedad Internacional de Psicooncología, IPOS, por sus siglas en inglés.

Como indica Alvarado Aguilar (2008) “la psicooncología es una especialidad de la psicología encargada del estudio y comprensión de factores psicológicos, culturales, sociales, antropológicos e incluso factores sexuales de los pacientes con cáncer, que son producto de la enfermedad” (pág. 27). También es una rama dedicada al manejo

de las reacciones y secuelas que generan los tratamientos oncológicos, sus repercusiones en la familia y/o pareja y cómo éstas afectan las distintas esferas de la vida del paciente.

Esta disciplina consiste en el estudio de las respuestas emocionales de los pacientes en cada etapa de su enfermedad, de sus familiares y de los profesionales de la salud; también se encarga de los factores psicológicos, comportamentales y sociales que afectan la calidad de vida de los pacientes. (Die Trill, 2009)

Esta rama de la psicología se encarga de factores relacionados con la psicoprofilaxis de los tratamientos, asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad, cuidados paliativos, manejo del dolor, elaboración del duelo, asesoría y apoyo a la familia o cuidadores primarios y también pone énfasis en el apoyo y soporte al equipo profesional de la salud encargado del tratamiento multidisciplinario del cáncer (Middleton, 2012).

2.2. El papel del psicólogo oncólogo.

Die Trill (2009) expresa que: “un psico-oncólogo es conocedor del mundo afectivo de las personas con cáncer y de sus familiares, así como de la interacción entre variables psicológicas y médicas” (pág. 623). La figura del psicólogo oncólogo como profesional de la salud mental, especializado en el apoyo y cuidado de los pacientes con cáncer y de su familia, formado para el trabajo con los miembros del personal de salud de un servicio oncológico, ha tomado una relevancia cada vez mayor en el contexto clínico y hospitalario.

Dentro de un contexto hospitalario, basándose en una perspectiva multidisciplinaria, las habilidades de comunicación con los pacientes y el apoyo

psicológico, antes, durante y después de los tratamientos antineoplásicos, forman parte integral de la rehabilitación del enfermo con cáncer. Esto ha favorecido significativamente a que cada vez más profesionales de la salud muestren interés en colaborar con psicólogos especializados, no solo con la finalidad de trabajar las necesidades emocionales de los pacientes, sino también las necesidades del personal de salud.

Según Malca Scharf (2005) la intervención del psicooncólogo dentro del equipo multidisciplinario dependerá siempre de la evolución de la enfermedad, sin embargo, comprende principalmente tres fases: prevención y diagnóstico, al inicio de la enfermedad, intervención terapéutica y rehabilitación, durante y después de la enfermedad y finalmente la fase de cuidados paliativos, en caso de etapas avanzadas de la enfermedad.

La primera fase se caracteriza por un periodo de incertidumbre, ya que tanto el paciente como su familia se encuentran con un impacto psicológico intenso; el psicólogo oncólogo, en esta etapa, interviene detectando las necesidades psicológicas, emocionales y sociales del paciente y familiares, con el objetivo de orientarlos, ofrecer apoyo emocional y mejorar la percepción de control sobre la enfermedad.

En la segunda fase, la calidad de vida del paciente se ve comprometida en todas sus esferas por los efectos secundarios de los distintos tipos de tratamiento; el psicólogo tiene el papel de proporcionar estrategias de afrontamiento que faciliten la adaptación del paciente y su familia, potencializar la adherencia al tratamiento y proveer apoyo emocional. Por ejemplo, el psicooncólogo puede manejar la ansiedad previa a una cirugía, trabajando en los miedos y temores que la intervención puede generar; también

ayuda a manejar de manera adecuada la incertidumbre ante los resultados de pruebas o exámenes, malestar físico e ingresos hospitalarios.

Mediante el trabajo psicológico, se pretende que el paciente se adapte a las consecuencias físicas, sociales y psicológicas que el cáncer haya generado; también se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana y se brinda ayuda para la reinserción laboral y para recuperar el interés en otras actividades del paciente.

En la tercera y última fase, se utiliza un tratamiento de tipo paliativo, pues el paciente se encuentra en la última etapa de su enfermedad; las emociones del paciente y de sus familiares en este ciclo suelen ser muy intensas, presentan rabia, aislamiento, angustia, depresión, agresividad y sobre todo miedo a la muerte. La intervención del psicólogo se enfoca en mejorar la calidad de vida del paciente, controlar el dolor y síntomas físicos, potenciar la toma asertiva de decisiones, pero sobretodo, la tarea más importante es acompañar al paciente en el proceso de morir y a sus familiares en la elaboración del duelo. (Malca Scharf, 2005)

La inclusión de un psicólogo oncólogo en una unidad multidisciplinaria es esencial para el manejo integral del paciente y sus familiares, debido a los grandes cambios que experimentan en el transcurso de la enfermedad y que requieren de un especialista debidamente entrenado. Además de estas tareas, ejerce otras funciones importantes como terapia familiar y terapia asistencial a los profesionales de la salud, brindándoles un espacio en el que sus temores, dudas y emociones sean adecuadamente abordadas y valoradas, con la finalidad de prevenir el síndrome de Burnout.

2.3.Explicación psicológica del paciente oncológico.

Generalmente, cuando un paciente diagnosticado con cáncer no recibe un apoyo psicológico integral al inicio de su tratamiento, se deja llevar por un sistema común de creencias que presenta al cáncer como sinónimo de dolor, desesperanza y muerte. Esto genera problemas cognitivos y emocionales que a la vez interfieren con la manera de afrontar la enfermedad, en su adaptación y pueden producir problemas psicológicos más profundos. Por esta razón, es imperioso conocer las implicaciones psicológicas del paciente con cáncer, para trabajar adecuadamente en su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Middleton (2012) indica que una persona, al momento de recibir el diagnóstico de una enfermedad oncológica, siente que su vida se detiene de manera abrupta, presenta miedo, temor, está desorientada y perdida dentro de múltiples opciones y etapas. Es importante que esta persona reciba atención y apoyo por parte de un equipo interdisciplinario inmediatamente después del diagnóstico, para así evitar crisis emocionales, ansiedad y estados depresivos.

Según Holland y Almanza-Muñoz (2010), “el diagnóstico de cáncer se presenta como un evento catastrófico que va de la mano de ideas de muerte, discapacidad, dependencia, cambios físicos y problemas en las relaciones familiares y sociales” (pág. 202) Los pacientes presentan negación, una resistencia a creer que tienen esa enfermedad que va acompañada de un periodo de agitación emocional y confusión. En este periodo, la realidad es aceptada lentamente y los pacientes presentan síntomas como depresión, miedo, angustia, ansiedad, dificultades para dormir y pérdida del apetito.

Pocas condiciones clínicas producen un impacto psicológico tan rápido e intenso como el cáncer; la posibilidad de que los pacientes desarrollen trastornos emocionales y adaptativos durante el curso de la enfermedad es elevada. La ansiedad y depresión son las reacciones emocionales más frecuentes, acompañadas de sentimientos de culpa, tristeza, impotencia y desesperación. Diversas investigaciones arrojan datos epidemiológicos que muestran que entre el 40% y 50% de pacientes oncológicos llegan a presentar algún tipo de problema psicológico durante el transcurso de su enfermedad. (Demaria, 2009)

Los pacientes poco a poco van aceptando su enfermedad y la adaptación a largo plazo incluye el retorno a sus rutinas normales y comienzan a presentar ciertas sensaciones de optimismo respecto a la vida. Cada persona afronta el cáncer de diferentes maneras, algunos pacientes son más reservados y catastróficos, mientras que otros son más optimistas y presentan actitudes positivas respecto a la enfermedad. Los psicólogos deben respetar y trabajar positivamente con todas estas estrategias de afrontamiento.

Zorilla (2017), cuando una persona es diagnosticada con cáncer, se desencadena una crisis psicológica en la que surgen problemas interpersonales, la seguridad en uno mismo y la capacidad de relacionarse se deterioran, se dificulta la toma de decisiones y se evidencia una transición de rol. Ante esta situación amenazante y de pérdida, surgen en el paciente reacciones de ansiedad y tristeza, cuya duración e intensidad dependerán de los recursos personales de afrontamiento que dispone la persona para hacerle frente a situaciones negativas que trae consigo la enfermedad oncológica.

Todos estos síntomas que el paciente presenta antes, durante y después de una enfermedad oncológica, indican la importancia que tiene la presencia de un psicólogo oncólogo dentro del equipo multidisciplinario, que se encargue del bienestar emocional del paciente y de un correcto procesamiento de la enfermedad.

2.3.1. Estilos de afrontamiento y adaptación en el paciente oncológico.

El proceso de afrontamiento y adaptación al cáncer es progresivo, activo y continuado, en donde el paciente debe sacar a la luz y a la vez desarrollar recursos personales que le permitan manejar el estrés y reacciones emocionales que se presentan en cada una de las distintas etapas de la enfermedad. Estos estilos de afrontamiento están directamente relacionados con el grado de adaptación que el paciente va a tener durante la enfermedad.

Según Zorilla (2017) la capacidad de adaptación que cada paciente pueda tener frente a la enfermedad depende de varios factores:

1. Los factores relacionados con la enfermedad: tipo de cáncer, etapa o estadio, tipo de tratamiento y efectos secundarios como dolor, discapacidad y alteraciones de la imagen corporal.
2. Factores relacionados con la situación social y familiar: edad, sexo, situación económica y redes de apoyo familiar y social.
3. Componentes relacionados con el paciente: capacidad de adaptación ante situaciones de estrés, recursos personales, estilos de personalidad y estilos personales de afrontamiento.

Rodríguez Fernández (2006) indica que el afrontamiento es una respuesta dinámica y multidimensional que el individuo produce ante una situación que percibe como estresante o amenazante. Las respuestas ante distintas situaciones son resultado de una interacción continua entre el individuo y su medio, por lo tanto, cada situación será percibida como estresante o no por el sujeto en función de distintos factores psíquicos del mismo más que de las características propias de cada situación.

Zorrilla (2017) expresa que “un estilo de afrontamiento individual es el esfuerzo cognitivo y conductual que realiza el paciente para manejar situaciones con demandas específicas internas/externas, consideradas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos” (pág. 65).

García Rodríguez (2013) identifica diversos estilos de afrontamiento individual en pacientes oncológicos, entre los cuales podemos encontrar: espíritu de lucha, positivismo, evitación, fatalismo, indefensión, desesperanza, actitud ansiosa y negación. Las estrategias de afrontamiento se clasifican en dos grandes grupos: estrategias activas o positivas y estrategias pasivas o negativas.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de México (2011) se identificó que la mayoría de pacientes oncológicos en tratamiento, utilizan estilos de afrontamiento pasivos, es decir, de evitación, indefensión y desesperanza, con la finalidad de reducir la angustia que la enfermedad provoca. Al utilizar estos estilos de afrontamiento, se disminuye considerablemente la adaptación al proceso oncológico.

En una investigación realizada por la Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas “Psicoespacios” (2011), se evidencia que la mayoría de pacientes que presentan un adecuado apoyo familiar, utilizan estrategias de afrontamiento activas

como el espíritu de lucha y positivismo; mientras que pacientes que no cuentan con redes de apoyo adecuadas, presentan estilos de afrontamiento negativos como desesperanza y evitación.

Los distintos estilos de afrontamiento que los pacientes oncológicos desarrollan durante el transcurso de su enfermedad son fundamentales porque ejercen influencia directa sobre la valoración que se le da a la situación estresante en la que se encuentran y al mismo tiempo definen el tipo de respuesta que van a generar ante dicha situación, influenciando directamente en el grado de adaptación o desadaptación que puedan presentar.

El proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer, es un transcurso de regulación psicológica, familiar y social, que afecta directamente la calidad de vida del paciente y de su familia. Por esta razón, la intervención del psicooncólogo para desarrollar estilos de afrontamiento positivos, es esencial para colaborar en un tratamiento integral que permita al paciente afrontar y adaptarse adecuadamente a su enfermedad.

2.4.Trastornos emocionales en el paciente con cáncer.

El diagnóstico de cáncer se considera como un evento vital estresante que afecta considerablemente al individuo y a su entorno familiar y social. Esta enfermedad no genera la misma respuesta en todas las personas, pero la mayoría de pacientes presentan reacciones similares; algunos, interpretan la situación como una amenaza, lo que produce una reacción emocional de ansiedad que llega a aumentar su intensidad cuando el paciente percibe que no tiene los recursos necesarios para manejar esta situación. Otros, por otro lado, al valorar la situación como una pérdida, presentan reacciones de tristeza, que pueden generar depresión (Cano, 2015). Estas reacciones

emocionales, por lo general desencadenan en un trastorno emocional, de ansiedad o depresión.

Hernández et al. (2017) manifiestan que las emociones son respuestas normales que las personas generan ante circunstancias importantes, como por ejemplo, situaciones de riesgo que ponen en peligro su bienestar, situaciones de amenaza o situaciones en las que está en juego una pérdida importante, un logro o una satisfacción. Estas reacciones provocan un impacto en el estado anímico que puede ser agradable (emociones positivas) o desagradable (emociones negativas) y generan cambios fisiológicos que ayudan a la persona a prepararse para la acción, que puede ser de ataque, defensa, huida, etc.

Una de las principales reacciones emocionales que los pacientes con cáncer presentan es la ansiedad. “La ansiedad es un estado de inquietud y angustia, que se manifiesta mediante síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Pueden ser respuestas normales o exageradas, producidas por situaciones de la vida diaria” (Bagué Madrigal, 2015, pág. 8). Esta fase psicológica es un proceso emocional normal, sin embargo, se vuelve patológica cuando se manifiesta en altos niveles de intensidad y duración, interfiriendo en la calidad de vida del paciente y generando trastornos de ansiedad.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (s.f.) la ansiedad es una emoción normal, sin embargo, las personas con un trastorno de ansiedad presentan una preocupación excesiva, incluso cuando no hay razones para preocuparse. Presentan un estado de angustia constante, dificultad para concentrarse, problemas de sueño, fatiga, dolores musculares, del estómago o de la cabeza inexplicables.

La tristeza y ánimo deprimido es otra reacción emocional que se encuentra con frecuencia en los pacientes oncológicos. Maté, Hollenstein y Gil (2004) afirman:

“La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (pág. 223).

La presencia de síntomas depresivos produce en la persona un deterioro funcional, laboral y social, generando un malestar en todas las esferas de su vida. Los síntomas como la pérdida de apetito, insomnio, pérdida de peso, abulia y anhedonia también se evidencian en una persona con un trastorno depresivo.

Es importante mencionar que la mayoría de pacientes con cáncer presentan síntomas emocionales, somáticos y físicos que son consecuencia directa de la enfermedad oncológica, por lo que un psicólogo oncólogo especializado es esencial para determinar cuándo se trata de una reacción normal y cuándo se trata de un problema psicológico.

Los estudios realizados acerca de la presencia de trastornos psicológicos muestran una importante prevalencia de psicopatología ansiosa, depresiva y malestar emocional en pacientes oncológicos; incluso muestran mayor prevalencia que la población en general. Sin embargo, debido a las diferentes metodologías que todos los estudios utilizan, se presenta una gran variabilidad de resultados que no permiten establecer una prevalencia clara.

Yélaños y Fernández (2009) indican en su investigación acerca de las necesidades emocionales de los pacientes con cáncer, que aproximadamente entre el 12% y 47%

de pacientes oncológicos presentan trastornos psicológicos dignos de atención clínica. También indican que “existen estudios que muestran que el 28,5% de los pacientes muestran síntomas ansiosos-depresivos suficientes para ser definidos como casos clínicos” (pág. 270).

En otros estudios, varios autores han identificado distintas prevalencias para los trastornos psicológicos, especialmente emocionales. “La prevalencia de trastornos psicológicos en los pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología empleada (...) Recoge unas cifras de prevalencia que varía entre el 5% y el 20%” (Muñoz Algar & Bernal García, 2016, págs. 228-229).

En un metaanálisis realizado por Mitchell et al. (2011) En 52 estudios utilizando los criterios del DSM, se encuentra una prevalencia de trastornos de ansiedad del 38,2% (28,4-48,6) y de cualquier tipo de depresión de 20,7% (12,9-29,8).

En una publicación de la Sociedad Americana de Cáncer (2015) se evidencia que aproximadamente el 25% al 35% de pacientes oncológicos presentan sintomatología ansiosa y depresiva. Esta cifra aumenta hasta a un 50% cuando los pacientes se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, hospitalizados o en tratamiento de quimioterapia.

En un estudio de la Revista Avances en Psicología Latinoamericana (2015) con 42 pacientes oncológicos, se evidencia que el 15% de los participantes presentaron síntomas de ansiedad clínicamente significativos, mientras que en el 40% de los pacientes se evidenciaron síntomas de depresión clínicamente significativos. La presencia de trastornos emocionales es mayor en pacientes que se encuentran en etapas más avanzadas y terminales de la enfermedad; esto se da debido a que los pacientes en

estadio IV son más dependientes y presentan más limitaciones para realizar sus actividades diarias. También sienten que están más cerca de morir, lo que les produce síntomas de ansiedad y depresión, por el miedo a morir y dejar su vida y familiares detrás.

“En una amplia revisión de la literatura llevada a cabo por Teunissen y colaboradores, se encontró que los síntomas de ansiedad y depresión tuvieron prevalencias del 48% y 39% respectivamente” (Moreno Acosta, Krikorian, & Palacio, 2015, pág. 525).

Estos estudios demuestran que no existe una prevalencia clara respecto a la presencia de trastornos emocionales en los pacientes oncológicos, sin embargo, en la mayoría de ellos, la prevalencia es elevada, lo que indica la importancia del control y tratamiento de las reacciones emocionales en este tipo de pacientes, ya que muchos de estos trastornos no son tratados, pues se consideran reacciones “normales” de la enfermedad oncológica y muchas veces representan un problema psicológico profundo.

2.5. Trastornos de adaptación en el paciente con cáncer.

Aparte de las reacciones emocionales, de ansiedad y de depresión que los pacientes con cáncer presentan durante el transcurso de su enfermedad, también se evidencian problemas para adaptarse al nuevo estilo de vida que conlleva el diagnóstico de una enfermedad oncológica. Esta condición clínica genera en el paciente y en su familia un distrés significativo que ejerce influencia directa en el proceso de afrontamiento y adaptación.

Almanza Muñoz y colaboradores (2010) expresan que el proceso de adaptación al cáncer “es el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de las situaciones de la vida, modificadas, moduladas o perturbadas por la aparición del cáncer” (págs. 15-16). Esta fase de adaptación va a depender de un diagnóstico temprano del cáncer, de su adecuada comunicación y de los recursos internos y externos del paciente como su personalidad, redes de apoyo familiar y social e información realista sobre la enfermedad. Cuando todos estos factores no son apropiados, los pacientes oncológicos pueden desarrollar un trastorno adaptativo (Almanza Muñoz, Juárez, Silva Ortiz, & de la Huerta Sanchez, 2010).

Pérez Barrientos y colaboradores (2014) indican que “hacer frente a la enfermedad implica lidiar con sus efectos y consecuencias, requiere de un conocimiento y manejo sólido tanto de la situación como de las mismas emociones que surgen a partir de la noticia de saberse enfermo” (pág. 60). Ante un proceso oncológico, cada paciente puede generar una adaptación normal y positiva o desadaptativa y negativa; esto va a depender exclusivamente de los recursos personales internos y externos con los que el paciente pueda contar.

“Se considera proceso adaptativo normal o positivo cuando el paciente consigue reducir al mínimo las alteraciones de su vida cotidiana, controla el sufrimiento emocional y es capaz de participar activamente en todos aquellos aspectos importantes de su vida” (Zorrilla, 2017, pág. 65). Si es que el paciente no logra atravesar por un proceso de adaptación positivo y agradable, presentará una tendencia a retraerse, empezando a sentir desesperanza, ansiedad y depresión.

Cada paciente oncológico presentará diferentes estrategias para adaptarse a la enfermedad. Estas estrategias son “habilidades o actividades desarrolladas para la adaptación y/o superación de problemas en situaciones concretas generadas por el proceso canceroso y por su impacto emocional y/o social en la vida del paciente” (Zorrilla, 2017, pág. 66). Cuando un paciente identifica que su situación de salud excede o desborda sus posibilidades, sus estrategias adaptativas son insuficientes, por lo tanto, deberá trabajar para aumentar sus esfuerzos y convertir sus pensamientos, sentimientos y conductas en constructos más positivos para poder adaptarse a la nueva situación.

Los estilos de afrontamiento están directamente relacionados con la capacidad de adaptación que el paciente con cáncer pueda tener. Mientras se utilicen estilos de afrontamiento activos y positivos como el espíritu de lucha o el optimismo, la adaptabilidad al proceso oncológico será positivo y este no generará un malestar excesivo en su calidad de vida. Si por el contrario se utilizan estilos de afrontamiento negativos como la desesperanza, indefensión o fatalismo, el paciente no será capaz de adaptarse adecuadamente a su medio, desarrollando un trastorno de adaptación.

La característica más importante de los trastornos de adaptación, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014) es el “desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés” (pág. 170). Estos síntomas deben ser clínicamente significativos, generar un malestar intenso o desproporcionado y producir un deterioro personal, social y laboral.

Según estudios que se presentarán a continuación, los trastornos de adaptación o el trastorno adaptativo, es la condición psicológica más prevalente en los pacientes oncológicos, sin embargo, el estudio de este tipo de trastornos ha sido limitado.

En un estudio realizado por Almanza Muñoz y otros (2010) con una muestra de 1.095 pacientes oncológicos en la ciudad de México, se encontró que la prevalencia de trastornos de adaptación fue de 18,9%. El trastorno adaptativo con ansiedad presentó una prevalencia del 30%, el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido 22,5% y el trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido 21,6%.

En varios estudios se ha constatado que la prevalencia de trastornos de adaptación en población oncológica varía desde 3,6% al 55,7%, siendo mayor que en comparación con la prevalencia de la población en general (5% al 20%). En pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, en fase terminal, la prevalencia de trastornos adaptativos varía entre 10,6% y 26,5%. La prevalencia más alta registrada es de 55,7% en pacientes en estadios iniciales de la enfermedad (Pérez Barrientos, Galindo Vázquez, & Alvarado Aguilar, 2014).

Otros estudios disponibles acerca de trastornos de adaptación en pacientes con cáncer, muestran cifras parecidas de prevalencia de este tipo de condiciones en pacientes con cáncer. Estos estudios son 23,4% (Kugaya); 27,5% (Almanza); 30% (Jacobson); 34% (Uchitomi); 35% (Miovic y Block) y 30-40% (Strong) (Almanza Muñoz, Juárez, Silva Ortiz, & de la Huerta Sanchez, 2010).

2.6.Conclusiones

Las repercusiones psicológicas de los pacientes con cáncer, son varias. La presencia de reacciones emocionales de ansiedad y depresión genera en el paciente un distrés psicológico que afecta considerablemente su calidad de vida y la de sus allegados. Al momento de recibir el diagnóstico, su vida da un giro de ciento ochenta grados, lo que a su vez puede generar problemas psicológicos como trastornos de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. La prevalencia de estos trastornos en este tipo de población es incluso más alta que en la población en general, lo que nos da un indicativo de la importancia que tiene la psicología en el tratamiento del cáncer.

Muchas veces estos trastornos o problemas psicológicos no son tratados adecuadamente, pues no se les da la importancia suficiente. Es importante mencionar que, si el paciente con cáncer recibe un tratamiento psicológico integral desde el inicio de su enfermedad, su calidad de vida no va a verse tan afectada y su adaptación a su nuevo estilo de vida será normal, agradable y positiva, lo que a su vez hará que su medio más cercano, familiares y amigos, también puedan lidiar adecuadamente con su condición clínica.

Por estas razones, el conocimiento de la psicología oncológica y el papel que cumple el psicólogo oncólogo dentro de un tratamiento con cáncer, es esencial. La inclusión de un psicólogo especializado en enfermedades oncológicas dentro del equipo multidisciplinario de la unidad de oncología, es de vital importancia para colaborar con un tratamiento y manejo adecuado de la enfermedad oncológica.

Capítulo III

Metodología

A continuación, se explicará cual fue la metodología utilizada para llevar a cabo la presente investigación; se presentarán los objetivos tanto general como específicos, el tipo de estudio y dónde fue realizado; cómo se obtuvo el tamaño de la muestra, los instrumentos utilizados, las distintas fases que se atravesaron en la investigación y su procedimiento y finalmente se explicará cómo se realizó el análisis de los datos obtenidos.

3.1. Objetivos.

Objetivo general.

Determinar la presencia de trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos, en etapas I y IV de su enfermedad, de la Unidad de Psicooncología del Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Cuenca, en el periodo 2015-2018.

Objetivos específicos.

- Obtener a través de una ficha sociodemográfica, los datos personales y de la enfermedad de los pacientes.
- Identificar mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes, la presencia de trastornos emocionales y trastornos adaptativos.
- Analizar la relación entre las etapas de la enfermedad (I y IV) y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos.

3.2. Tipo de estudio.

El estudio tiene un diseño de investigación no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo longitudinal retrospectivo y con un alcance descriptivo-correlacional.

3.3.Lugar de estudio.

La investigación para obtener los datos del presente estudio se llevó a cabo en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

3.4. Muestra y tamaño.

Para determinar el tamaño de la muestra a estudiar, se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres entre 35 a 75 años con diagnóstico definitivo de una enfermedad oncológica, en etapa I o IV, de la Unidad de Oncología del Hospital José Carrasco Arteaga, periodo 2015-2018.
- Mujeres y hombres entre 35 a 75 años con diagnóstico definitivo de un trastorno emocional o trastorno de adaptación, de la Unidad de Psicooncología del Hospital José Carrasco Arteaga, periodo 2015-2018.

- Criterios de exclusión:

- Pacientes con historial de un trastorno psiquiátrico, previo al diagnóstico de la enfermedad oncológica.

Luego de determinar la muestra basándose en estos criterios, se realizó la investigación con un total de 443 pacientes oncológicos, en etapa I o IV, entre 35 a 75 años, con un trastorno emocional o de adaptación.

3.5.Instrumentos y métodos.

Para la obtención de los datos de los pacientes, se tuvo acceso a sus historias clínicas mediante el sistema médico AS-400, utilizado dentro del Hospital José Carrasco Arteaga para el registro y seguimiento de todos sus pacientes.

Para la recolección de los datos, se utilizó una ficha sociodemográfica previamente aprobada en el diseño del protocolo de investigación. (Anexo 1).

Se utilizó el programa Microsoft Excel, para la organización y presentación de los datos obtenidos en las diferentes bases de datos proporcionadas por el Hospital.

3.6.Fases de la investigación y procedimiento.

A continuación, se explicará paso por paso cuáles fueron las distintas fases que se llevaron a cabo para la presente investigación:

1.- Se solicitó autorización para realizar la investigación dentro del Hospital, con un oficio en papel membretado de la Universidad suscrito por el director de tesis y la junta académica, dirigido al Dr. Marco Rivera Ullauri, Coordinador General de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga.

2.- Se presentó en la secretaría de la Coordinación General de Investigación del Hospital un oficio con el protocolo de investigación aprobado por la Junta Académica, al cual se adjuntó el oficio dirigido a la Coordinación General de Investigación y el acuerdo de confidencialidad.

3.- Una vez que la Coordinación General de Investigación aprobó y autorizó la presente investigación dentro del Hospital, se envió un oficio dirigido a la Coordinación General de Control de TICs y Planificación y Estadística, para obtener acceso a la información de las historias clínicas a través del sistema médico AS-400.

4.- La Coordinación General de Control de TICs y Planificación y Estadística, facilitó una base de datos con todos los pacientes que presentaban un trastorno emocional y de adaptación en el periodo 2015-2018. Esta base de datos contaba con un total de 9453 pacientes. Luego de eliminar los pacientes repetidos y basándose en los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un universo de 791 pacientes de la unidad de psicooncología, que todavía no cumplían con todos los criterios de inclusión.

5.- Una vez obtenido el universo, se procedió a la revisión de 791 historias clínicas, y basándose en los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 443 pacientes.

6.- Después de obtener la muestra, se realizó una base de datos en Excel en la cual se presentaron y organizaron los siguientes datos: paciente, diagnóstico psicológico definitivo, tipo de cáncer, etapa de la enfermedad, edad y sexo.

7.- Se procedió a ingresar los datos obtenidos en el paquete estadístico SPSS, para obtener los resultados de la investigación. Una vez obtenidos los datos, estos se organizaron en tablas y gráficos con el programa Excel 2019.

8.- Finalmente, se realizó el marco teórico de la investigación, que consta de 2 capítulos teóricos, uno de metodología y el último de presentación y análisis de resultados.

3.7.Análisis de los datos.

El análisis de los datos y el procesamiento de la información fueron realizados en el programa estadístico SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en el programa Microsoft Excel 2019.

Los resultados se muestran mediante medidas de frecuencia absolutas y porcentuales, a través de gráficos y tablas. La asociación entre variables se la realizó mediante la prueba estadística Chi-cuadrado; la significancia considerada fue del 5% ($p < .05$).

Capítulo IV

Análisis de resultados.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de la presente investigación, en función de los objetivos planteados. En primera instancia, se mostrarán las características de la población, seguido por los datos sociodemográficos y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación; finalmente, se mostrará la relación estadística entre los datos sociodemográficos y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación.

La significancia estadística considerada fue del 5% y la asociación entre variables se la realizó mediante la prueba Chi-cuadrado. Aquí se considera que si el valor p es menor a 0.05, existe una significancia estadística, si el valor p es mayor a 0.05, no existe una significancia estadística entre las variables.

4.1. Características sociodemográficas de los participantes.

En el estudio participaron 443 pacientes oncológicos, con edades comprendidas entre los 35 y 75 años con una edad media de 57.1 años (DE=10.6).

En la tabla 1, se puede observar que el 73,4% de los pacientes estudiados fueron mujeres y el 26,6% hombres. El 58,2% de pacientes tenían una edad correspondiente a la etapa etaria de adulto tardío. Además, el 53,5% de pacientes se encontraban en etapa I de su enfermedad, mientras que el 46,5% en etapa IV.

Tabla 1.

Características de la población N:443

Característica		n	%
Sexo	Hombre	118	26.6
	Mujer	325	73.4
Etapa etaria	Adulto Medio (De 30 a 44 años)	62.0	14.0
	Adulto tardío (De 45 a 64 años)	258.0	58.2
	Adulto mayor (> 65 años)	123.0	27.8
Etapa de la enfermedad	I	237	53.5
	IV	206	46.5

4.2.Datos sociodemográficos y presencia de trastornos emocionales y de adaptación.

En la tabla 2, se puede observar la presencia de trastornos emocionales y de adaptación según los datos sociodemográficos de la población.

En cuanto al sexo, las mujeres presentan un 68,4% de trastornos emocionales, mientras que los hombres un 31,6%. En lo que respecta a trastornos de adaptación, las mujeres presentan un 76% mientras que los hombres un 24%.

En lo que respecta a la etapa etaria, se puede evidenciar que en la etapa adulto tardío hay mayor presencia de trastornos emocionales y de adaptación, con un 63,9% y 55,2% respectivamente.

En cuanto a la etapa de la enfermedad, el 40,6% de pacientes en etapa I presentan trastornos emocionales mientras que el 60,4% presenta trastornos de adaptación. En la etapa IV, el 59,4% de pacientes presentan trastornos emocionales mientras que el 39,6% presentan trastornos de adaptación.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos y trastornos emocionales y de adaptación

Datos de la población		Trastorno emocional		Trastorno de adaptación	
		n	%	n	%
Sexo	Hombre	49	31,6	69	24,0
	Mujer	106	68,4	219	76,0
Etapa etaria	Adulto Medio	13	8,4	49	17,0
	Adulto tardío	99	63,9	159	55,2
	Adulto mayor	43	27,7	80	27,8
Etapa de la enfermedad	I	63	40,6	174	60,4
	IV	92	59,4	114	39,6

4.3. Características de la enfermedad de los participantes.

Con respecto al tipo de cáncer, se encontró que el cáncer de mama fue el más común en los participantes, con una presencia del 24,4%, seguido por el cáncer de tiroides, con un 11,7%, cáncer de útero con un 9,7%, cáncer de estómago con un 7,0% y finalmente el cáncer de pulmón, con una presencia de 6,5%.

En la tabla 2 se puede observar detalladamente cada tipo de cáncer encontrado.

Tabla 3.

Tipo de cáncer

Tipo	n	%	Tipo	n	%
Colorectal	1	0.2	De próstata	14	3.2
De ano	2	0.5	De pulmón	29	6.5
De colon	24	5.4	De recto	18	4.1
De columna	1	0.2	De riñón	4	0.9
De encéfalo	7	1.6	De testículo	2	0.5
De encía	1	0.2	De tiroides	52	11.7
De estómago	31	7.0	De útero	43	9.7
De faringe	1	0.2	De vesícula	2	0.5
De hígado	12	2.7	Del peritoneo	1	0.2
De huesos	5	1.1	Glándula parótida	3	0.7
De laringe	5	1.1	Linfático	1	0.2
De mama	108	24.4	Glioblastoma Multiforme	2	0.5
De nasofaringe	1	0.2	Glioma cerebral	1	0.2
De ojo	1	0.2	Leucemia	2	0.5
De ovario	33	7.4	Linfoma folicular	2	0.5
De paladar	1	0.2	Linfoma no folicular	6	1.4
De páncreas	17	3.8	Liposarcoma mixoide	1	0.2
De piel	8	1.8	Meningioma	1	0.2

4.4.Trastornos emocionales y trastornos de adaptación.

En lo que respecta a la presencia de trastornos emocionales y trastornos de adaptación, se logró encontrar que el 65% de los pacientes oncológicos presentaron trastornos de adaptación mientras que el 35% presentaron algún tipo de trastorno emocional.

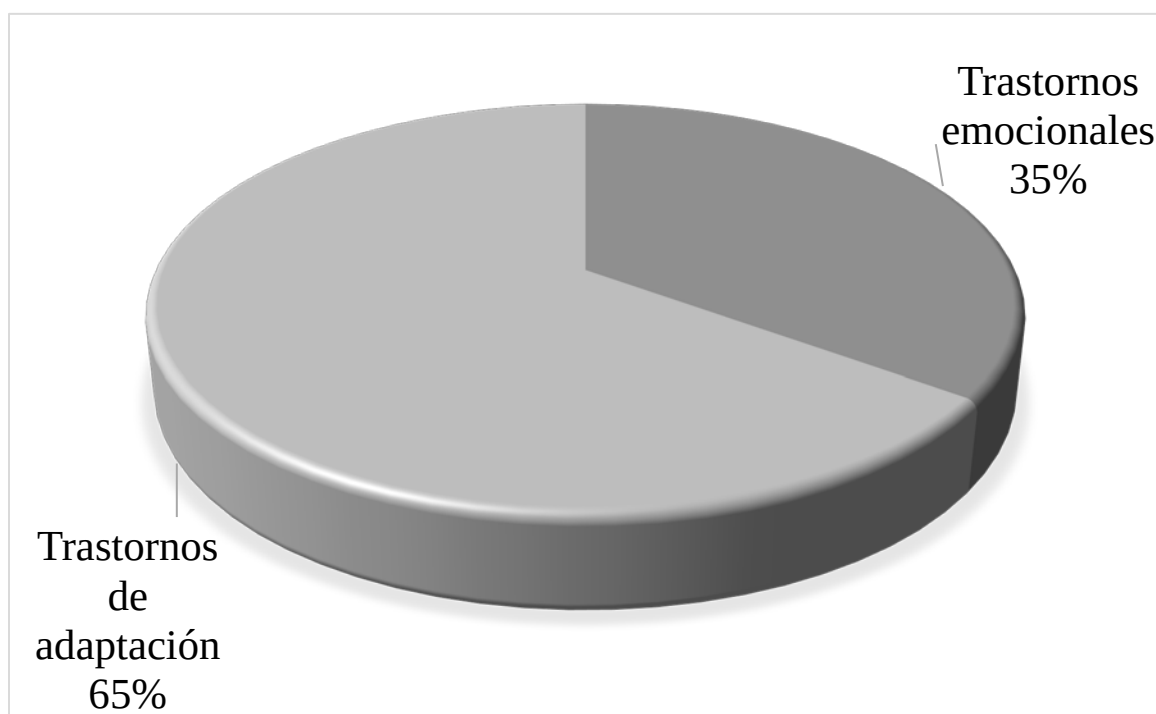


Figura 3. Trastornos emocionales y de adaptación.

4.5.Trastornos emocionales.

Respecto a la presencia de trastornos emocionales, el trastorno con mayor presencia fue el Episodio depresivo, con un 25,2%; seguido por el trastorno mixto ansioso depresivo, con un 22,6% y el episodio depresivo moderado, con un 17,4%.

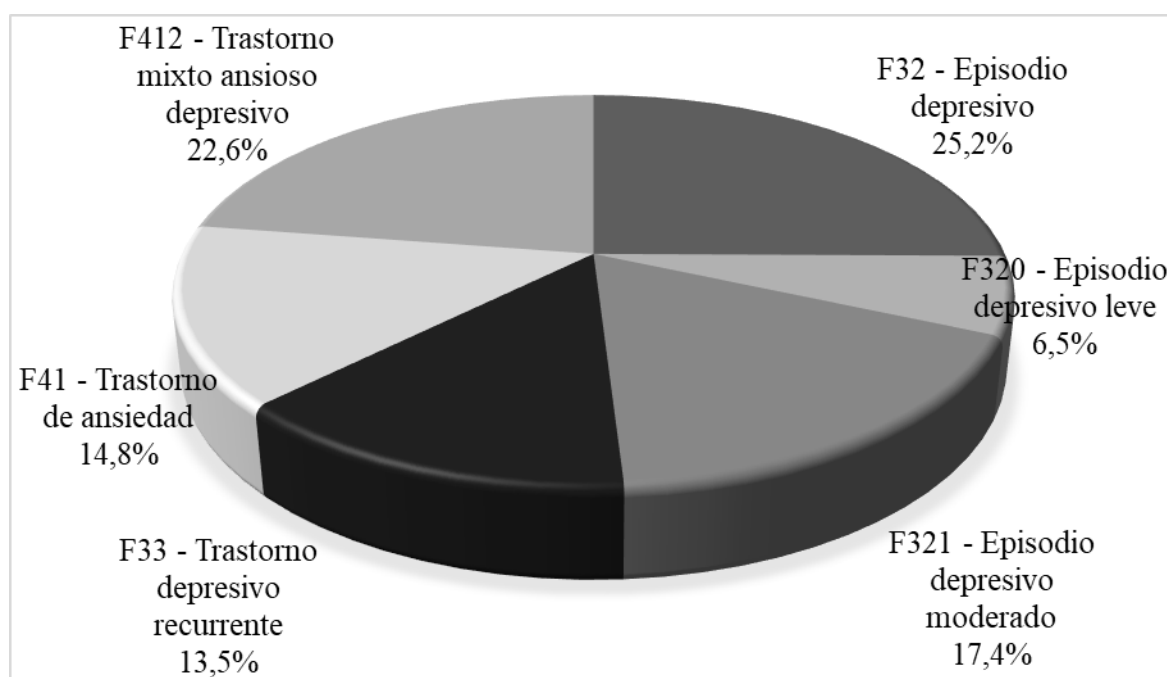


Figura 4. Presencia de trastornos emocionales.

4.6.Trastornos de adaptación.

En cuanto a la presencia de trastornos de adaptación, se logró evidenciar que las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación se presentan en un 10,8%, mientras que el trastorno de adaptación propiamente dicho, se presenta en un 89,2%.

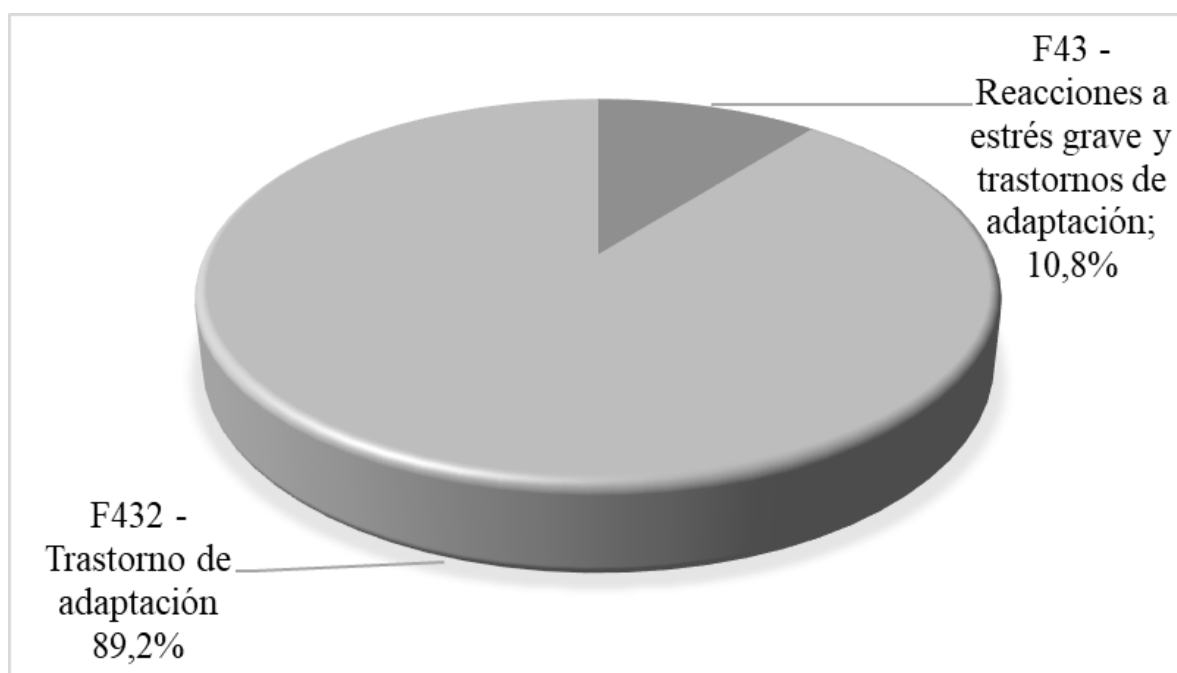


Figura 5. Presencia de trastornos de adaptación.

4.7. Relación entre las etapas de la enfermedad y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación.

En este apartado, se pudo encontrar que el 73,4% de pacientes en etapa I, presentaron trastornos de adaptación, mientras que el 26,6% presentaron algún tipo de trastorno emocional. Por otro lado, el 55,3% de pacientes en etapa IV, presentaron trastornos de adaptación, en contra del 44,7% de pacientes que presentaron trastornos emocionales.

En la figura 6, se puede evidenciar que sí existe una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 15.8$; $p = 0.000$) entre la etapa de la enfermedad y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación, pues aquellas personas que se encuentran en etapa IV, tienden a presentar más trastornos emocionales, mientras que los pacientes en etapa I presentan mayor cantidad de trastornos de adaptación.

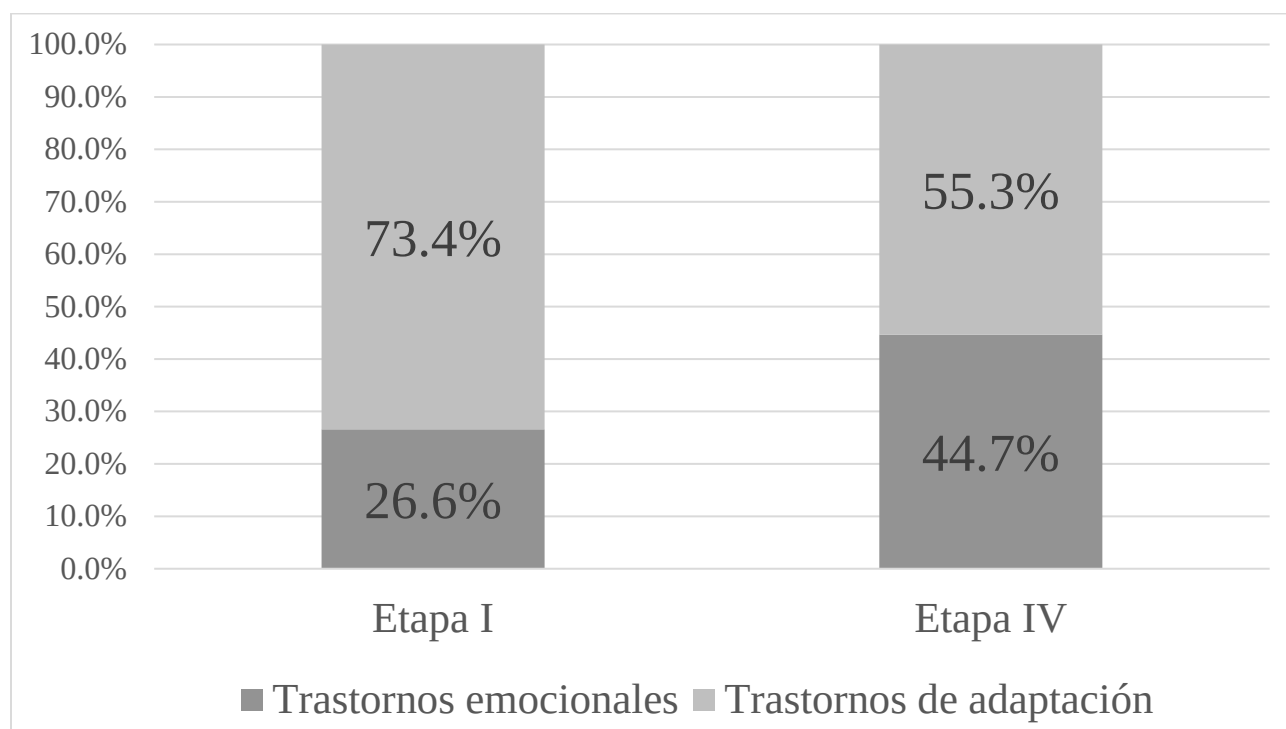


Figura 6. Trastornos según la etapa de la enfermedad

4.8. Relación entre el sexo y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación.

En la figura 7, al obtener un valor $p = 0.082$, se puede observar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los participantes y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación, pues en ambos sexos se encuentra una presencia de más del 58% de trastornos de adaptación. ($X^2 = 3.14$; $p = 0.082$).

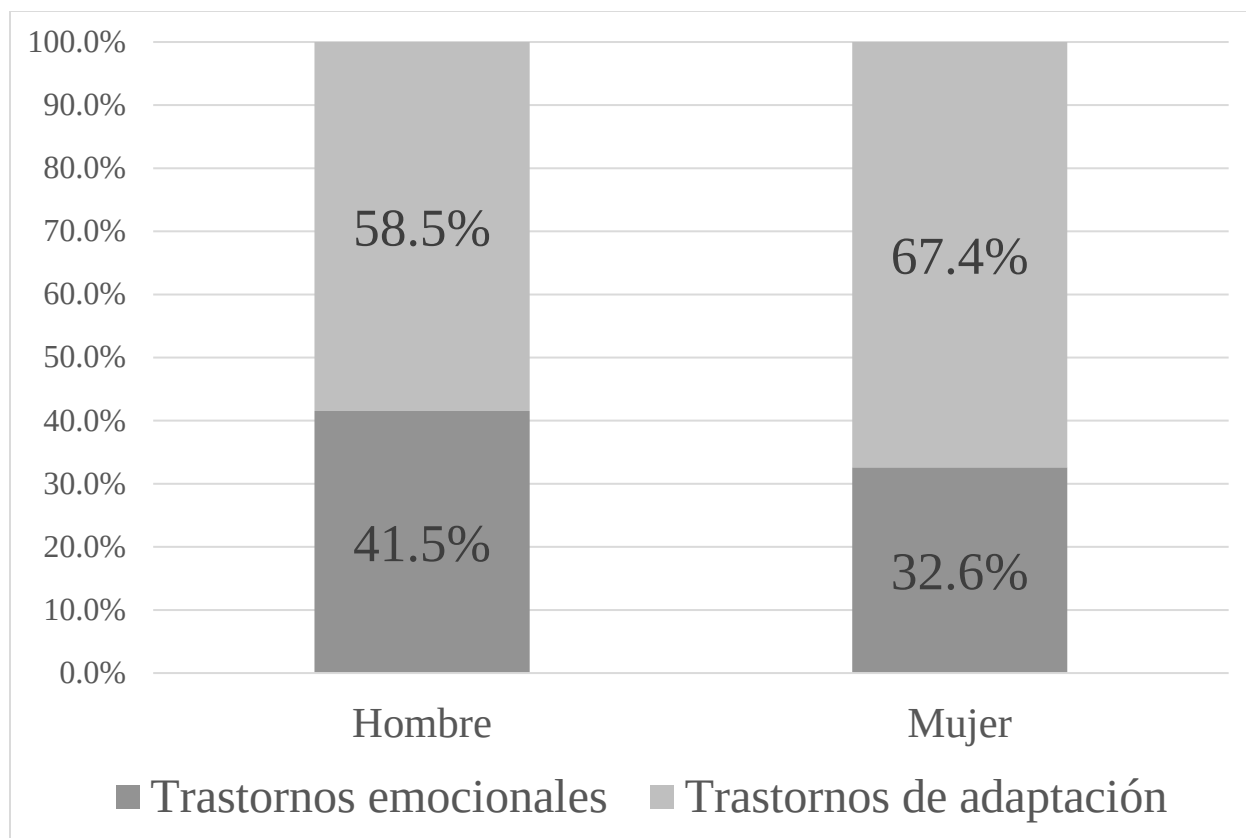


Figura 7. Trastornos según el sexo

4.9. Relación entre la edad y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación.

Al obtener un valor $p=0.036$, se logró evidenciar que sí existe una relación estadísticamente significativa entre la etapa etaria en la que se encontraban los participantes con la presencia de trastornos emocionales y de adaptación.

En la figura 8 se puede observar que, a mayor edad, menor presencia de trastornos de adaptación y mayor presencia de trastornos emocionales. ($X^2 = 6.15$; $p = 0.036$).

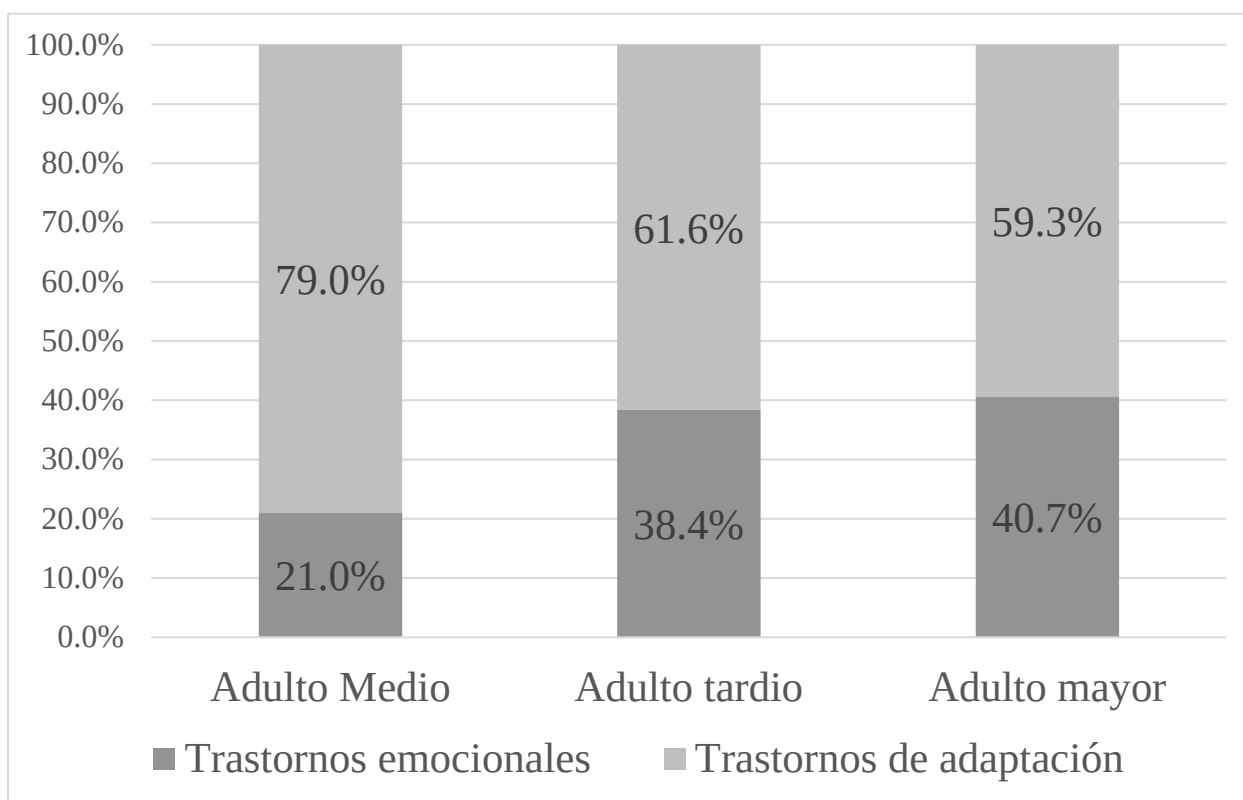


Figura 8. Trastornos según la etapa etaria.

4.10. Conclusiones.

Para el presente estudio, se tomó en cuenta una significancia estadística del 5%, es decir, si el valor p es menor a 0.05, existe una significancia estadística; si el valor p es mayor a 0.05, no hay una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tras revisar los datos obtenidos, al alcanzar un valor $p=0.00$, se logró evidenciar que sí existe una relación estadísticamente significativa entre las etapas de la enfermedad y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación, pues los pacientes en etapa I presentan más trastornos de adaptación (73,4%) mientras que los pacientes en etapa IV, presentan mayor cantidad de trastornos emocionales (44,7%).

También se pudo comprobar que la presencia de trastornos emocionales (35%) y de adaptación en pacientes con cáncer, es elevada, y que los trastornos de adaptación, con un 65%, son las condiciones psicológicas que más se presentan en los pacientes oncológicos del presente estudio.

No se encontró ninguna relación significativa entre el sexo y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación, pues en ambos sexos es mayor la presencia de trastornos de adaptación; en hombres 58,5% y en mujeres 67,4%.

Al obtener un valor $p=0.036$, se evidencia que sí existe una relación significativa entre la etapa etaria y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación, pues según los resultados obtenidos, a mayor edad, menor presencia de trastornos de adaptación (79%-59,3%) y mayor presencia de algún tipo de trastorno emocional (21%-40,7%).

Capítulo V

Discusión.

La presente investigación está orientada al estudio de la presencia de trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos; tras revisar los datos obtenidos, se realizó la revisión de la literatura para comparar los resultados de este estudio con otras investigaciones realizadas a lo largo del tiempo. A continuación, se presenta la discusión de los datos obtenidos tras la revisión de la literatura en comparación con los datos alcanzados en la presente investigación.

Varias investigaciones se han realizado con el objetivo de identificar cuál es la prevalencia de trastornos psicológicos en una población de pacientes con cáncer. En cada estudio se ha utilizado una metodología e instrumentos diferentes, por lo tanto, la prevalencia de trastornos psicológicos en este tipo de población varía en cada uno de ellos, sin embargo, en la mayoría se logra evidenciar una prevalencia elevada.

Se pondrá énfasis en los datos más relevantes de los estudios previamente descritos y se realizará una comparación con los datos obtenidos en el presente estudio.

En una investigación realizada por Yélamos y Fernández (2009) acerca de las necesidades emocionales en los pacientes con cáncer, se logró evidenciar que entre el 12% y 47% de pacientes oncológicos presentan trastornos psicológicos clínicamente significativos; de estos pacientes, el 28,5% muestran síntomas ansiosos-depresivos suficientes como para ser definidos como casos clínicos.

Según Muñoz Algar y Bernal García (2016) “La prevalencia de trastornos psicológicos en los pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología

empleada (...) Recoge unas cifras de prevalencia que varía entre el 5% y el 20%” (págs. 228-229).

Mitchell y colaboradores (2011) realizaron un metaanálisis de 52 estudios utilizando los criterios del DSM. En este estudio, se encuentra una prevalencia del 38,2% en trastornos de ansiedad y 20,7% de cualquier tipo de depresión.

La Sociedad Americana de Cáncer (2015) presenta en una publicación un estudio en el cual se observa una prevalencia del 25% al 35% de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. Esta publicación indica que la prevalencia aumenta hasta a un 50% cuando los pacientes se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad.

“En una amplia revisión de la literatura llevada a cabo por Teunissen y colaboradores, se encontró que los síntomas de ansiedad y depresión tuvieron prevalencias del 48% y 39% respectivamente” (Moreno Acosta, Krikorian, & Palacio, 2015, pág. 525).

En un estudio de la Revista Avances en Psicología Latinoamericana (2015) con 42 pacientes oncológicos, se evidencia que el 15% de los participantes presentaron síntomas de ansiedad clínicamente significativos, mientras que en el 40% de los pacientes se evidenciaron síntomas de depresión clínicamente significativos. La presencia de trastornos emocionales es mayor en pacientes que se encuentran en etapas más avanzadas y terminales de la enfermedad; esto se da debido a que los pacientes en estadio IV son más dependientes y presentan más limitaciones para realizar sus actividades diarias. También sienten que están más cerca de morir, lo que les produce

síntomas de ansiedad y depresión, por el miedo a morir y dejar su vida y familiares detrás.

Los resultados de estas investigaciones coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio, pues se evidenció una presencia de trastornos emocionales de un 35%. Los trastornos de ansiedad se presentaron en un 37,4% y los trastornos depresivos en un 62,6%. También se pudo observar mayor cantidad de trastornos emocionales en etapas más avanzadas de la enfermedad, lo que coincide con los estudios previamente descritos.

En un estudio realizado por Almanza Muñoz y otros (2010) con una muestra de 1.095 pacientes oncológicos en la ciudad de México, se encontró que la prevalencia de trastornos de adaptación fue de 18,9%. El trastorno adaptativo con ansiedad presentó una prevalencia del 30%, el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido 22,5% y el trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido 21,6%.

En varios estudios se ha constatado que la prevalencia de trastornos de adaptación en población oncológica varía desde 3,6% al 55,7%, siendo mayor que en comparación con la prevalencia de la población en general (5% al 20%). En pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, en fase terminal, la prevalencia de trastornos adaptativos varía entre 10,6% y 26,5%. La prevalencia más alta registrada es de 55,7% en pacientes en estadios iniciales de la enfermedad (Pérez Barrientos, Galindo Vázquez, & Alvarado Aguilar, 2014).

Otros estudios disponibles acerca de trastornos de adaptación en pacientes con cáncer, muestran cifras parecidas de prevalencia de este tipo de condiciones en pacientes con cáncer. Estos estudios son 23,4% (Kugaya); 27,5% (Almanza); 30%

(Jacobson); 34% (Uchitomi); 35% (Miovic y Block) y 30-40% (Strong) (Almanza Muñoz, Juárez, Silva Ortiz, & de la Huerta Sanchez, 2010).

Estos resultados difieren de los resultados obtenidos en este estudio, pues se encontró una presencia de 65% de trastornos de adaptación, esta diferencia puede deberse a la diferencia en la utilización de la metodología. Sin embargo, si coincide con la literatura de que pacientes en etapas iniciales de la enfermedad presentan mayor cantidad de trastornos de adaptación.

Conclusiones generales.

El cáncer es una de las enfermedades más comunes y prevalentes y la que causa mayor número de muertes; en el año 2018 se registraron 18 millones de nuevos casos en el mundo y 9 millones y medio de muertes debido a esta enfermedad. Aún no se ha llegado a un consenso acerca del origen y etiología del cáncer, pues son múltiples los factores que participan en la aparición de esta enfermedad, sin embargo, varios autores coinciden que el tabaquismo y los malos hábitos de salud son los principales factores etiológicos de esta enfermedad.

La importancia de la psicooncología como rama de la psicología dedicada al tratamiento de las personas con cáncer, es alta. Esta disciplina no solamente pone énfasis en el cuidado y tratamiento de los pacientes, sino también de sus cuidadores y familiares, los cuales también presentan un profundo cambio en su calidad de vida cuando una persona cercana es diagnosticada con cáncer. Aquí, el papel del psicólogo oncólogo es esencial para ayudar al paciente y a su familia a hacerle frente adecuadamente a la enfermedad, previniendo la presencia de trastornos emocionales y mejorando la adaptación a su nuevo estilo de vida.

Las reacciones emocionales negativas y los problemas de adaptación son problemas frecuentes en los pacientes con cáncer, y muchas veces normales, debido a los cambios que genera el recibir un diagnóstico de una enfermedad oncológica. Sin embargo, muchas veces estas reacciones se vuelven patológicas y detienen el curso normal de la vida del sujeto, llegando a desarrollar trastornos psicológicos. Por esta razón, es esencial al momento de dar un tratamiento, no solamente enfocarse en las consecuencias físicas de la enfermedad, sino también en las consecuencias

emocionales, sociales y familiares, para así intentar en lo posible hacer de esta enfermedad una experiencia más llevadera y positiva.

El presente trabajo de investigación arrojó resultados que comprueban las hipótesis planteadas al inicio del estudio. El 35% de participantes presentaron trastornos emocionales mientras que el 65% restante presentó trastornos de adaptación. De estos pacientes, el 62,6% presentó trastornos depresivos mientras que el 37,4% presentó trastornos de ansiedad.

Se logró evidenciar que sí existe una relación significativamente estadística ($p=0.000$) entre la etapa de la enfermedad y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación. Los pacientes en etapa I presentan mayor cantidad de trastornos de adaptación (73,4%) mientras que los pacientes en etapa IV presentan mayor cantidad de trastornos emocionales (44,7%).

También se logró establecer una relación estadísticamente significativa ($p=0.036$) entre la edad de los participantes y la presencia de trastornos emocionales y de adaptación; a mayor edad, mayor cantidad de trastornos emocionales.

El equipo médico encargado del tratamiento del paciente con cáncer, muchas veces se enfoca exclusivamente en las consecuencias físicas de la enfermedad, dejando de lado las reacciones emocionales y consecuencias sociales y familiares. Nunca podremos entender lo que un paciente con cáncer lleva dentro, pero sus emociones son igual de importantes que sus secuelas físicas, por esto es esencial un tratamiento psicológico adecuado; y quizá la psicología no sea una carrera que pueda cambiar el mundo, pero puede cambiar el mundo para una persona, y muchas veces, con eso, es suficiente.

Recomendaciones.

Desde el Ministerio de Salud Pública se debe trabajar ardua y continuamente en planes de educación y prevención en cáncer, para eliminar la estigmatización que esta enfermedad tiene, pues muchas veces es vista como sinónimo de muerte y desesperanza, cuando en realidad muchos tipos de cáncer se pueden curar si son detectados a tiempo.

Mejorar los hábitos de salud es esencial para prevenir enfermedades oncológicas, llevar una adecuada alimentación, protegerse de los rayos solares, evitar el consumo excesivo de alcohol y sobretodo de cigarrillo, son pequeños detalles que pueden llegar a salvar vidas.

La detección temprana de un cáncer va a influenciar directamente en sus posibilidades de curación, por lo tanto, es menester que las personas visiten a su médico con regularidad; una pequeña acción, puede generar grandes cambios.

Es de suma importancia que el paciente con cáncer reciba un tratamiento psicológico integral desde el inicio de su enfermedad, esto ayudará a que la persona pueda manejar adecuadamente su situación y su calidad de vida no se vea tan afectada.

Se debe incluir un psicólogo oncólogo dentro del equipo multidisciplinario del tratamiento de cáncer. No solamente para tratar directamente con el paciente, sino con sus familiares y también con los demás miembros profesionales del equipo de salud.

Darles la importancia necesaria a los síntomas emocionales de los pacientes con cáncer y no solamente interpretarlos como una reacción “normal” de la enfermedad, para así brindarles la ayuda necesaria, pues son personas que no tienen por qué sufrir en silencio, cuando por dentro se encuentran gritando por ayuda.

Referencias bibliográficas.

- Alcalá Prieto, F. (2016). Capítulo I: Cáncer. En M. Granados García, O. Arrieta Rodriguez, & J. Hinojosa Gómez, *Tratamiento del Cáncer. Oncología Médica, Quirúrgica y Radioterapia* (págs. 1-2). México: El Manual Moderno.
- Almanza Muñoz, J. d., Juárez, I. R., Silva Ortiz, J., & de la Huerta Sanchez, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 15-23.
- Alvarado Aguilar, S. (2008). El psicólogo y su contribución a la Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 27-28.
- American Cancer Society. (20 de Marzo de 2015). *American Cancer Society*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Washington : American Psychiatric Publishing.
- Bagué Madrigal, L. (2015). *Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados*. San Cristobal: Universidad de La Laguna.
- Cano, A. (2015). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 71-80.
- Cevallos Barrera, E. (2006). *Fundamentos de Oncología*. Quito: M&J.

- de la Garza Salazar, J. G. (2010). Principios Generales del Cáncer. Capítulo I. En M. Granados García, & Á. Herrera Gómez, *Manual de Oncología. 4ta Edición* (págs. 1-9). México: McGraw-Hill.
- Demaria, V. F. (2009). *Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento*. Aconcagua: Universidad de Aconcagua.
- Die Trill, M. (2009). Intervención psicológica en un servicio de oncología. En E. Remor, & P. Arranz, *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (págs. 621-641). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.
- Escobar Gómez, M. (2009). Principios de quimioterapia. En E. Medina Villaseñor, & R. Martínez Macías, *Fundamentos de Oncología* (págs. 82-88). México: UNAM.
- Escudero de los Ríos, P. M. (2013). *Oncología. Tópicos selectos*. México D.F.: Alfil.
- González Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios"*, 18-42.
- Granados García, M., & Herrera Gómez, Á. (2010). *Manual de Oncología. 4ta Edición*. México: McGraw-Hill.
- Granados García, M., Arrieta Rodríguez, O., & Cantú de León, D. (2013). *Oncología y cirugía. Bases y principios*. Mexico: El Manual Moderno.
- Granados García, M., Arrieta Rodriguez, O., & Hinojosa Gómez, J. (2016). *Tratamiento del cáncer. Oncología Médica, Quirúrgica y Radioterapia*. México D.F.: El Manual Moderno.

- Gutiérrez Lara, C. A. (2009). Clasificación TNM. En E. A. Medina Villaseñor, & M. M. Rogelio, *Fundamentos de Oncología* (págs. 72-74). México: UNAM.
- Gutiérrez Uvalle, G. (2009). Clasificación TNM. En E. A. Medina Villaseñor, & R. Martínez Macías, *Fundamentos de Oncología* (págs. 72-74). México: UNAM.
- Health, N. I. (s.f.). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/index.shtml>
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C. G., & Marín, J. C. (2017). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 233-257.
- Herrera Gómez, Á. (2010). Capítulo 2. Epidemiología del Cáncer. En M. Granados García, & Á. Herrera Gómez, *Manual de Oncología. Procedimientos Médico Quirúrgicos* (págs. 1-10). México: McGraw-Hill.
- Holland, J., & Almanza-Muñoz, J. d. (2010). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 196-206.
- Instituto Nacional del Cáncer. (11 de Diciembre de 2019). *Instituto Nacional del Cáncer* . Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- Interntional Agency for Research on Cancer. (29 de Noviembre de 2018). *Interntional Agency for Research on Cancer*. Obtenido de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

- Jiménez Becerra, S. (2009). Capítulo 2. La etiología y patogenía del cáncer. En E. A. Medina Villaseñor, & R. Martínez Macías, *Fundamentos de Oncología* (págs. 7-13). México: UNAM.
- Malca Scharf, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 64-67.
- Mandal, A. (18 de Mayo de 2012). *News Medical*. Obtenido de [https://www.news-medical.net/health/Cancer-Classification-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Cancer-Classification-(Spanish).aspx)
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico . *Psicooncología*, 211-230.
- Medina Villaseñor, E. A., & Martínez Macías, R. (2009). *Fundamentos de Oncología*. México: UNAM.
- Mendoza del Pino, M. V. (2010). *La Oncología en la Atención Primaria de Salud*. La Habana: Editorial Universitaria.
- Middleton, J. (2012). Psico-oncología en el siglo XXI. *Actualidad Psicológica* , 18-24.
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 160-174.
- Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relacion con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 517-529.

Muñoz Algar, M. J., & Bernal García, P. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 227-248.

National Cancer Institute NIH. (s.f.). *National Cancer Institute NIH*. Obtenido de <https://training.seer.cancer.gov/disease/categories/classification.html>

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

Organización Panamericana de la Salud. (25 de Junio de 2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es

Pérez Barrientos, H., Galindo Vázquez, Ó., & Alvarado Aguilar, S. (2014). Trastorno adaptativo en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 59-65.

Rodríguez Cuevas, S. (2006). Historia de la Oncología. En E. Cevallos Becerra, *Fundamentos de Oncología* (págs. 7-8). Quito: M&J.

Rodríguez Fernández, M. I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Rodríguez, G. (2013). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad (coping) y cáncer. En E. García-Camba, *Manual de psicooncología* (págs. 126-141). Madrid: Grupo Aula Médica.

- Tirado-Gómez, L., & Mohar Betancourt, A. (2010). Epidemiología del Cáncer. En M. Granados García, & Á. Herrera Gómez, *Manual de Oncología. 4ta Edición* (págs. 10-21). México: McGraw-Hill.
- Vázquez-Galindo, O., Valadez-Téllez, L., Álvarez, M. Á., González, C., Robles García, R., Aguilar, A., & Salvador. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 123-128.
- Wild, C. (14 de Septiembre de 2018). *Redacción Médica* . Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-28-058-nuevos-casos-de-cancer-seg-n-informe-de-oms-92834>
- World Health Organization. (2013). *International Classification of Diseases for Oncology Third Edition*. Malta: WHO.
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2009). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En W. Astudillo, E. Montiano, & E. Díaz-Albo, *Manejo del cáncer en atención primaria* (págs. 267-284). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Zorrilla, I. (2017). Impacto emocional y social del cáncer. En M. D. Soler Gómez, *El paciente con cáncer: estrategias terapéuticas* (págs. 63-91). Valencia: AulaDAE.

Anexos.**Ficha Sociodemográfica.****1. Sexo.**☐ Mujer☐ Hombre**2. Edad.****3. Diagnóstico (Tipo de Cáncer).**☐ Cáncer de tiroides.☐ Cáncer de mama.☐ Cáncer de próstata.☐ Cáncer de pulmón.☐ Otro.....**4. Etapa de la enfermedad (según sistema TNM).**☐ Etapa I☐ Etapa IV**5. Diagnóstico Psicológico.**☐ Trastorno Emocional:☐ Trastorno de Adaptación:**6. Historial de alguna enfermedad psiquiátrica previa al diagnóstico de cáncer**☐ No☐ Si ¿Cuál?.....

Aprobación del Hospital José Carrasco Arteaga.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

En la ciudad de Cuenca, con fecha 20 de Noviembre del presente año, recibo documento.

FECHA DE RECEPCIÓN	20/11/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN	21/11/2019.
FIRMA DE APROBACIÓN:	<i>[Firma manuscrita]</i>
REVISADO POR:	DR. MARCO RIVERA J.
TÍTULO	TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE ADAPTACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, IESS, CUENCA, PERIODO 2015-2018
CONTENIDO	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	MARZO 2020
AUTOR	MATEO XAVIER VÉLEZ VINTIMILLA CI:0106515265
CORREO ELECTRONICO	Velezvintimilla96@gmail.com
DIRECCIÓN	CUMANDA Y GONZALEZ SUAREZ
TELÉFONO	4058559
CELULAR	0984521473

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

CLAUDIA CABRERA TORAL
SECRETARIA

MATEO XAVIER VÉLEZ
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Aprobación del Consejo de Facultad.

Oficio No.481-19-FF-UDA

Santa Ana de los Ríos de Cuenca, 03 de diciembre del 2019

Mst. Mario Moyano M. (Director)
Mst. Sebastián Herrera P. (Tribunal)
Dr. Juan Aguilera M. (Tribunal)
Ciudad.

De mi consideración:

Con fecha 28 de noviembre de 2019 el Consejo de Facultad aprobó el diseño de trabajo de grado titulado **“TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE ADAPTACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA IESS, CUENCA, PERÍODO 2015-2018”** del estudiante: **Mateo Xavier Vélez Vintimilla**.

El plazo que deberá transcurrir para la presentación del trabajo de titulación es de 6 meses.

El señor: **Mateo Xavier Vélez Vintimilla**: finalizó los estudios el 27 de julio de 2019.

El interesado está en la obligación de entregar al Director (a), de tesis copia del diseño aprobado.

Atentamente,



Mst. Ramiro Laso Bayas
Decano de la Facultad de Filosofía

c.c.: Estudiante (s)
Junta Académica Clínica.