

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

**Vulnerabilidad al estrés y ajuste mental en
pacientes con cáncer gástrico, servicio Van
Grimmer, Hospital Goyeneche, Arequipa, 2023**

Naydu Milagros Paredes Fuentes

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Mg. Lucia Nuñez Ancassi
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 25 de Noviembre de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y AJUSTE MENTAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO,
SERVICIO VAN GRIMMER, HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2023.

Autor:

1. BACH. **Naydu Milagros Paredes Fuentes** – EAP. Enfermería

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18% de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores N°de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,



Ms. Lucia Nuñez Ancassi
ASESOR

Dedicatoria

A mis dos mamás María y Julia.

A Joham, por su rol de gran padre.

A mis queridos hermanos Carmen y
Hugo.

Naydú Milagros.

Agradecimiento

A Dios, quien ha bendecido todos los días de mi vida, por proveerme sabiduría, paciencia y sensatez para superar todos los obstáculos.

A mi querida mamá, pilar fundamental de mi vida, luz de mis ojos que siempre me dio su amor incondicional, y todo cuanto estaba al alcance de sus manos.

A mi segunda mamá, por todo el apoyo brindado en cada decisión de mi vida, por inculcarme valores y ser guía de superación.

A Morshi, por brindarme su amor y apoyo constante, siempre fue mi impulso y compañero incondicional para culminar la tesis.

A mi asesora, Mag. Lucia Núñez Ancassi, por su invaluable soporte en el proceso educativo, por su orientación profesional y recomendaciones constructivas sobre este proyecto.

A la Universidad Continental, por permitir desarrollar mi tesis en su centro de estudios.

La autora

Índice de Contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de Contenido	vi
Índice de Tablas	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción.....	xii
Capítulo I Planteamiento del Estudio.....	14
1.1 Delimitación de la Investigación.....	14
1.1.1 Territorial.....	14
1.1.2 Temporal.....	14
1.1.3 Conceptual.....	14
1.2 Planteamiento del Problema.....	14
1.3 Formulación del Problema	18
1.3.1 Problema General.....	18
1.3.2 Problemas Específicos.....	18
1.4 Objetivos del Estudio	19
1.4.1 Objetivo General.....	19
1.4.2 Objetivos Específicos.....	19
1.5 Justificación del Estudio	19
1.5.1 Justificación Teórica.....	19
1.5.2 Justificación Práctica.....	20
1.5.3 Justificación Metodológica.....	20
1.5.4 Viabilidad de la Investigación.....	20
Capítulo II Marco Teórico	21
2.1. Antecedentes del Problema	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales	21
2.1.2. Antecedentes Nacionales	22
2.1.3. Antecedentes Locales.....	23
2.2. Bases Teóricas	23
2.2.1. Teoría de Enfermería de Hildegard Peplau.....	23
2.2.2. Vulnerabilidad al Estrés	24
2.2.2. Vulnerabilidad.....	28
2.2.3. Estilo de Ajuste Mental en Pacientes con Cáncer Gástrico.....	31
2.2.4. Labor de la Enfermera.....	35
2.2.5. Cáncer de Estómago.....	36

2.3.	Definición de Términos Básicos	42
	Capítulo III Hipótesis y Variables.....	44
3.1.	Hipótesis	44
3.1.1.	Hipótesis General.....	44
3.1.2.	Hipótesis Específicas.	44
3.2.	Identificación de las Variables	44
	Capítulo IV Metodología	46
4.1.	Métodos, Tipo y Nivel de la Investigación.....	46
4.1.1.	Enfoque de la Investigación.	46
4.1.2.	Tipo de Investigación.....	46
4.1.3.	Nivel de Investigación.....	46
4.1.4.	Métodos de la Investigación.....	46
4.2.	Diseño de Investigación	46
4.2.1.	Tipo y Diseño de Estudio.....	47
4.3.	Población y Muestra.....	47
4.3.1.	Población.	47
4.3.2.	Muestra.	47
4.3.3.	Unidad de Análisis.	48
4.3.4.	Consideraciones Éticas.....	48
4.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección y Análisis de Datos.	49
4.4.1.	Técnicas.	49
4.4.2.	Instrumentos.....	49
	Capítulo V Resultados	51
5.1.	Descripción del Trabajo de Campo	51
5.2.	Proceso de Recolección de Datos.....	51
5.3.	Desafíos del Trabajo de Campo	51
5.4.	Evidencias Documentales	52
5.5.	Presentación de Resultados	52
5.6.	Discusión	63
	Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones	66
6.1.	Conclusiones.....	66
6.2.	Recomendaciones	67
	Referencias Bibliográficas	69
	Anexos.....	74
	Anexo 1. Matriz de Consistencia	75
	Anexo 2. Operacionalización de Variables	76
	Anexo 3. Matriz de Variables	81

Anexo 5. Validación del Instrumento	84
Anexo 6. Cuestionario	85
Anexo 7. Ajuste Mental al Cáncer – MAC	87
Anexo 8. Descripción y Validez de Instrumentos de Medición	89
Anexo 9. Consideraciones Éticas	92

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de Variables.....	45
Tabla 2. Características generales de pacientes con cáncer gástrico.	52
Tabla 3. Vulnerabilidad al estrés dimensión autorregulación, pacientes con cáncer gástrico.....	53
Tabla 4. Vulnerabilidad al estrés dimensión optimismo y apoyo social.....	53
Tabla 5. Vulnerabilidad al estrés dimensión sociabilidad y acción, pacientes con cáncer gástrico	54
Tabla 6. Vulnerabilidad al estrés dimensión tolerancia y reactividad, pacientes con cáncer gástrico..	55
Tabla 7. Vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico.	56
Tabla 8. Ajuste mental al cáncer factor I, espíritu de lucha, pacientes con cáncer gástrico servicio. ..	57
Tabla 9. Ajuste mental al cáncer factor II, desamparo-desesperanza, pacientes con cáncer gástrico. .	58
Tabla 10. Ajuste mental al cáncer factor III, preocupación ansiosa.	59
Tabla 11. Ajuste mental al cáncer factor IV, fatalismo-aceptación estoica.	60
Tabla 12. Ajuste mental al cáncer en pacientes con cáncer gástrico	61
Tabla 13. Vulnerabilidad al estrés según ajuste mental al cáncer en pacientes con cáncer gástrico. ...	62
Tabla 14. Correlación	62

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de vulnerabilidad al estrés con los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico del Servicio Van Grimmer, Hospital Goyeneche, Arequipa 2023. La investigación tuvo un diseño cuantitativo, transversal, de carácter descriptivo y no experimental. La metodología empleada fue de tipo no experimental, diseño correlacional, corte trasversal, la población estuvo compuesta por 50 pacientes con cáncer gástrico del que se extrajo una muestra de 44 pacientes. Los datos recopilados fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS 21, aplicando estadísticas de correlación observacional entre las variables para la elaboración de las tablas. Los resultados indican que el 45.4 % de los pacientes con cáncer gástrico presentan un nivel medio de vulnerabilidad al estrés, de los cuales el 34.0 % muestran un nivel medio de ajuste mental al cáncer. La correlación entre las variables de vulnerabilidad al estrés y ajuste mental al cáncer, medida mediante el coeficiente de correlación de Spearman, revela una relación directa de 0.775 y un alto nivel de significancia con $p=0.01$. La conclusión refiere que la vulnerabilidad al estrés está muy relacionada con el ajuste mental al cáncer, en los pacientes con cáncer gástrico, por lo que, se acepta la hipótesis alterna.

Palabras clave: vulnerabilidad al estrés, ajuste mental, cáncer gástrico.

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between the level of vulnerability to stress with mental adjustment styles in patients with gastric cancer at the Van Grimmer Service, Hospital Goyeneche, Arequipa 2023. The study had a quantitative, cross-sectional, descriptive and non-experimental design.

Methodology: It was non experimental, correlational design, cross-sectional, the population was made up of 50 patients with gastric cancer from which a sample of 44 patients was extracted.

The collected data were analyzed using SPSS 21 statistical software, applying observational correlation statistics between the variables to prepare the tables.

Results: They demonstrate that 45.4 % of patients with gastric cancer have a medium level of vulnerability to stress, of which 34.0 % show a medium level of mental adjustment to cancer.

From the correlation between variables vulnerability to stress with mental adjustment to cancer, applying the Spearman correlation coefficient, a direct relationship of 0.775 and a high level of significance $p=0.01$ is evident.

Conclusion: Vulnerability to stress is closely related to mental adjustment to cancer in patients with gastric cancer, therefore, the alternative hypothesis is accepted.

Keywords: vulnerability to stress, mental adjustment, gastric cancer.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado esta enfermedad como uno de los problemas de salud pública más acuciantes del mundo debido a las elevadas tasas de mortalidad y discapacidad que provoca. Aquí cubrimos las Américas además de nuestro propio país. Según la Organización Mundial de la Salud, si no hacemos nada, 84 millones de personas más perderían la vida en la próxima década. Los países con niveles económicos bajos o medios tienen más dificultades para costearse las pruebas de detección, los diagnósticos y los tratamientos del cáncer; en estos países también se producen más del 70% de las muertes por cáncer (1).

Esta enfermedad habrá aumentado la mortalidad por cáncer en un 45%, alcanzando los 2,1 millones en 2030. Los Estados se comprometieron a reducir a la mitad el número de muertes prematuras por cáncer y otras enfermedades no transmisibles importantes para el año 2025 en una declaración política hecha pública en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Esto está en consonancia con las proyecciones que indican un recuento de nuevos casos de cáncer de 35 millones en 2050, frente a los 20 millones de 2022, y una tasa de mortalidad por cáncer que se duplica para ese año, situándose en el 77% (2).

Según la International Agency for Research on Cancer (2), crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios.

El 13 % de las muertes son atribuibles al cáncer de estómago, y más del 70 % de estos casos, se producen en naciones con ingresos bajos o medios. Sin embargo, alterar o eludir las causas primarias podría haber evitado casi el 30 % de estas muertes, peligros, físicos y mentales, incluida la necesidad de controlar asertivamente las propias emociones (3).

Más allá de los confines de la enfermedad, cuando el tiempo entre vivir y morir es cada vez más corto, padecer cáncer es una experiencia monumental. Los seres humanos, disponen de mecanismos que fomentan el espíritu emprendedor personal; estos mecanismos se autorregeneran y refuerzan con ayuda del equipo sanitario, lo que hace a las personas menos susceptibles al estrés y menos propensas a experimentar sus efectos negativos cuando los factores internos y externos se combinan para crear un nivel intolerable de estrés.

Sin embargo, como resultado de la adaptación mental al cáncer, las personas a las que se les ha diagnosticado la enfermedad, muestran respuestas cognitivas y conductuales relacionadas con sus interpretaciones y evaluaciones de la abrumadora situación. En otras palabras, el paciente adopta una actitud determinante ante el diagnóstico y el tratamiento, teniendo reacciones positivas o negativas ante las exigencias que se le plantean. Como resultado, busca nuevas estrategias y adopta comportamientos específicos para aliviar el dolor y el estrés causados por la enfermedad.

En particular, la incidencia de los problemas de salud mental y emocional ha superado últimamente a la de los trastornos físicos, lo que supone un aumento sustancial. Las personas discapacitadas, las que luchan contra el aislamiento social, las que se quitan la vida y los enfermos de cáncer, se enfrentan a situaciones difíciles que pueden conducir a una regulación emocional y unos mecanismos de afrontamiento deficientes. Cuando se enfrentan a un diagnóstico de cáncer, los pacientes deben tomar decisiones meditadas sobre cómo adaptarse mentalmente para mantener un equilibrio emocional saludable. En consecuencia, el valor de este estudio radica en determinar la susceptibilidad al estrés y mostrar los mecanismos de afrontamiento en acción, proceso reflexivo que atraviesan los pacientes cuando se enfrentan a su enfermedad y la importancia de los cuidados de enfermería en su gestión.

Según Watson, Greer, Inayat, Burgess y Robertson (1988) y Greer y Watson (1987) en Nordin (1999), el concepto de ajuste mental engloba las reacciones conductuales y cognitivas de un individuo ante un diagnóstico de cáncer, así como las reacciones emocionales asociadas. Reconocer estos determinantes en los pacientes, es crucial para los especialistas en salud mental y cáncer, ya que les permitiría optimizar la terapia (4).

Según algunos autores, podrían desarrollarse enfoques de intervención para ayudar a los pacientes a hacer frente a las exigencias de su enfermedad, aprendiendo cómo las manejan. Esto permitiría darles herramientas y tácticas para disminuir la carga de su enfermedad.

La autora.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1 Delimitación de la Investigación

1.1.1 Territorial.

El estudio se situó en el Servicio Van Grimmer del Hospital Goyeneche, situado en la avenida Goyeneche, en el distrito, provincia y departamento de Arequipa.

1.1.2 Temporal.

Se llevo a cabo en el año 2023, recopilando datos precisos a través de los instrumentos utilizados.

1.1.3 Conceptual.

Conceptualmente, el nivel de vulnerabilidad al estrés relacionada a los estilos de ajuste mental que tienen los pacientes como consecuencia del cáncer gástrico, lo desestabiliza física y socialmente, este hecho es necesario estudiarlo en nuestra realidad.

1.2 Planteamiento del Problema

Las elevadas tasas de mortalidad y discapacidad causadas por el cáncer lo convierten en un importante problema de salud pública a escala mundial. Incluso fuera de las Américas, es motivo de preocupación. Si damos crédito a la Organización Mundial de la Salud, 2020 fue el peor año para el cáncer a escala mundial. Los expertos predicen que el número de personas afectadas por cáncer aumentaría de 9,6 millones en el presente año a 11,5 millones en el año 2025. En los países de ingresos bajos y medios, donde las opciones de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer son muy limitadas o inexistentes, se han producido la mayoría de las muertes relacionadas con esta enfermedad. (alrededor del 70%) (1).

Si bien en el 2020 se registraron 11,514 casos de cáncer en el Perú, en el 2021 la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer reportó 66,627 casos adicionales. De estos, el 8,6% fueron cánceres de estómago, más prevalente en varones; el 10,5% fueron cánceres de mama; y el 11,4%

fueron cánceres de próstata (5).

Según la Sociedad Estadounidense del Cáncer, se estima que 3,2 millones de estadounidenses recibirán un diagnóstico de cáncer en 2030, lo que aumentará el total a casi 5 millones cada año. La tasa de supervivencia a 5 años del cáncer de estómago es de un desalentador 32%, lo que lo convierte en uno de los tumores más frecuentes en todo el mundo. La impactante cifra de personas a las que se les diagnostica cáncer de estómago una vez que la enfermedad ha avanzado es del 62% (6).

En Perú, el gastroenterólogo Mayorga R. del Servicio de Gastroenterología del Hospital Arzobispo Loayza (Minsa), dependiente del Ministerio de Salud (Minsa), informa que el cáncer de estómago ocupa el segundo lugar en los hombres y el tercero en las mujeres. A medida que avanza la enfermedad, provoca una variedad de síntomas incómodos, entre ellos distensión abdominal, falta de apetito, vómitos con sangre, anemia y dolor de estómago (7).

Según datos recopilados en 2023, el cáncer de estómago es uno de los problemas de salud pública más urgentes del Perú. Es el tipo de cáncer más común y una enfermedad muy peligrosa y mortal. Tiene la mayor tasa de mortalidad de todas las neoplasias malignas en el Perú, con 6.300 casos nuevos por año y 4.979 muertes (o el 80% del total).

La batalla contra el cáncer en la zona de Arequipa se encuentra en una posición precaria. Si bien se recomiendan controles preventivos para todos, ya que el cáncer puede atacar a cualquier edad, las estadísticas muestran que el 90% de los casos de cáncer se detectan después de que han avanzado, y solo el 10% los recibe.

En 2022, hubo aproximadamente 1.234 casos de cáncer diagnosticados en Arequipa; sin embargo, solo 31 de estos casos estaban en las etapas iniciales, y 1.203 pacientes ya habían progresado a etapas más graves, según Shirley Obando, gerente del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (Iren Sur).

La gastritis atrófica es una enfermedad precursora del cáncer de estómago, y las personas con bajos ingresos tienen más probabilidades de contraer la bacteria *Helicobacter pylori*, que aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de estómago. En consecuencia, esta población es la que tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago (8).

El consumo excesivo de sal, embutidos, alcohol y tabaco son otros factores de riesgo, junto con una dieta carente de frutas y verduras. Los principales factores de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol y cigarrillos, los hábitos alimentarios poco saludables y el ejercicio físico insuficiente, son responsables de casi el 40% de todos los casos de cáncer. La falta de actividad física y una dieta pobre en frutas y verduras pueden influir. (7).

El cáncer gástrico puede clasificarse de varias maneras, en función de factores, como el grado en que el tumor ha invadido el tejido circundante, su aspecto al microscopio, el tipo de histología utilizada o el nivel de diferenciación celular. Cuando los tumores invaden la mucosa en diversos grados, decimos que el cáncer está en sus primeras fases, alternativamente, el revestimiento del tubo digestivo y cualquier tejido circundante, independientemente de lo grande que sea el tumor o de si se ha extendido a otros órganos.

Las infecciones, los trastornos autoinmunes y los tumores malignos son solo algunos ejemplos de los numerosos problemas físicos que desde hace tiempo se han relacionado con una falta de capacidad de regulación emocional y una mayor vulnerabilidad al estrés (9).

Las personas son más susceptibles a ciertas enfermedades debido a los efectos inmunosupresores del estrés, que se produce cuando consideran que las exigencias de una circunstancia superan sus recursos. El estrés y los hábitos poco saludables, pueden controlarse mejor con terapias psicológicas rápidas que enseñen a las personas nuevas formas de ver los problemas y enfrentarse a ellos (10).

Fisiológicamente hablando, la amígdala (una parte del lóbulo temporal del cerebro que participa en el procesamiento sensorial, el aprendizaje y la memoria) es muy adecuada para identificar eventos estresantes debido a su papel en el sistema nervioso central.

Debido a esto, las personas con estrés crónico tienden a volverse más irritables, lo que puede ser un riesgo grave para la salud. Uno de los neurotransmisores en el área del cerebro responsable de controlar la activación de los sistemas neuroendocrinos, las respuestas del sistema nervioso autónomo y las hormonas del estrés que alteran el comportamiento es el factor liberador de corticotropina, que se estimula en la amígdala y las neuronas cuando hay irritabilidad. En respuesta, el cerebro libera norepinefrina y aumenta la producción de hormonas del estrés; la irritabilidad está íntimamente ligada a varias enfermedades (11).

Las pruebas y exámenes, la confirmación del diagnóstico y los tratamientos médicos, añaden estrés a una situación ya de por sí difícil para el enfermo de cáncer y sus seres queridos. Las investigaciones demuestran que el 25 % o más de los enfermos de cáncer, necesitan apoyo psicosocial.

Además, tras conocer la noticia del cáncer de estómago, la mayoría de los pacientes pasan por experiencias difíciles e incluso catastróficas. El diagnóstico cambia la forma en que las personas se ven a sí mismas y afecta su adaptación social, emocional, laboral, personal y familiar, independientemente del pronóstico, por lo que es importante ayudarlos a encontrar formas de afrontar estos problemas

complejos. (12).

Sin que el paciente lo sepa, la angustia emocional y psicológica inexplicable comienza en el momento en que se finaliza el diagnóstico y puede convertirse en una enfermedad mental grave que impida la rehabilitación. Algunas de ellas, son problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, así como el trastorno de estrés postraumático (13).

Inicialmente, el paciente puede experimentar una amplia gama de emociones al conocer la noticia, las más destacadas de las cuales son la incredulidad y el shock ante su situación. Posteriormente, pueden desarrollarse sentimientos de desesperación, desesperanza y agonía como consecuencia de la falta de claridad del paciente respecto a su futuro y la constatación de que la muerte es inminente.

Un proceso llamado adaptación mental al cáncer ocurre cuando las personas con cáncer responden emocional, conductual y cognitivamente a la circunstancia abrumadora. Vivir con una enfermedad y su tratamiento es el siguiente paso para los pacientes, pero no es un proceso fácil que implica adaptarse a nuevos hábitos y explorar las emociones que lo acompañan (14).

Es decir, la adaptación al cáncer es más un proceso que un producto final; es la aparición de reacciones específicas que permiten a la persona gestionar los numerosos retos que plantea vivir con cáncer (15).

Muchos aspectos de la calidad de vida de una persona se ven afectados por su capacidad para gestionar una enfermedad crónica, según los marcos teóricos de la psicología y la psicología de la salud. Al describir las complejidades de la enfermedad de un paciente con cáncer, a menudo surgen términos como "adaptación a la enfermedad" y "bienestar psicológico en pacientes oncológicos que se adaptan al cáncer". El pensamiento actual lo considera como una serie de actividades mentales que ocurren cuando un individuo se enfrenta a diversos cambios y se adapta a ellos (16).

El paradigma cognitivo sobre el que se basa la idea de adaptación mental al cáncer, postula que la evaluación subjetiva de un individuo de una circunstancia determinada, sirve como determinante principal de las acciones de ese individuo.

Lo que llamamos "adaptación mental al cáncer" describe cómo los pacientes con cáncer afrontan su enfermedad. Su actitud ante los peligros y las molestias de la enfermedad, así como su percepción de la enfermedad en sí, forman parte de ello. (17).

Según los autores, esta evaluación de la enfermedad implica abordar las preocupaciones que tienen los pacientes en el tiempo posterior al diagnóstico oncológico, como la gravedad del peligro, las opciones disponibles (sensación de control) y el pronóstico.

Los pacientes con cáncer suelen presentar rasgos como pesimismo, una perspectiva fatalista, falta de aceptación, evasión, negación, ansiedad y falta de esperanza ante noticias tan devastadoras. Es fundamental comprender cómo se adapta la mente de las personas a este tipo de noticias para poder manejar adecuadamente la situación.

El cáncer gástrico es un problema grave en Arequipa. Existe una probabilidad muy baja de supervivencia debido a que el 90% de los casos de cáncer se detectan cuando ya están avanzados, según Iren Sur (18). Se encontró que alrededor de 1.203 personas tenían etapas avanzadas de cáncer de los 1.234 casos que se identificaron en 2022. Para reducir la tasa de mortalidad por cáncer de estómago en la región, estos resultados resaltan la necesidad de terapias tempranas y efectivas.

A los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Goyeneche les cuesta adaptarse mentalmente por varias razones. Estos incluyen, entre otros, cambios en el estilo de vida, limitaciones físicas, dolor, soledad, separación de los seres queridos, tratamientos médicos duros con efectos secundarios no deseados, pérdida de salarios y la naturaleza impredecible de la enfermedad.

Los pacientes, en su mayoría de familias de bajos ingresos, son atendidos por el Servicio de Oncología Van Grimmer del Hospital Goyeneche. En la actualidad, este programa atiende a unos 70 pacientes de cáncer gástrico mediante tratamiento hospitalario, radioterapia y consultas ambulatorias. Debido a esto, el objetivo del estudio de mejorar la adaptación mental de estos pacientes y la susceptibilidad al estrés es aún más importante.

Dado lo planteado, resulta fundamental atender la siguiente pregunta:

1.3 Formulación del Problema

1.3.1 Problema General.

¿Cuál es la relación entre el nivel de vulnerabilidad al estrés y los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico del Servicio Van Grimmer del Hospital Goyeneche de Arequipa en el 2023?

1.3.2 Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es el nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico en las dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, así como tolerancia y reactividad?
2. ¿Cuáles son los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores:

espíritu de lucha, desamparo y desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y aceptación estoica?

1.4 Objetivos del Estudio

1.4.1 Objetivo General.

Determinar la relación entre el nivel de vulnerabilidad al estrés y los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico del Servicio Van Grimmer del Hospital Goyeneche de Arequipa en el 2023.

1.4.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar el nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico en las dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, así como tolerancia y reactividad.
2. Detectar los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores: espíritu de lucha, desamparo y desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y aceptación.

1.5 Justificación del Estudio

1.5.1 Justificación Teórica.

Teniendo en cuenta las tasas alarmantemente elevadas de cáncer gástrico a escala nacional e internacional en los últimos años, resulta crucial comprender la susceptibilidad al estrés y los mecanismos de afrontamiento empleados por los pacientes con esta enfermedad. En consecuencia, este estudio pretende arrojar luz sobre los retos emocionales y de angustia más significativos a los que se enfrentan los pacientes al recibir un diagnóstico de cáncer gástrico, y fomentar el desarrollo de mecanismos de afrontamiento que puedan ayudar a los pacientes a superar los retos planteados por el diagnóstico, el tratamiento y los cambios en el estilo de vida.

Un diagnóstico de cáncer puede tener un profundo efecto en la salud mental de una persona. La muerte de la propia persona, junto con todo el dolor y sufrimiento que conlleva, es lo que enfrenta cuando recibe este diagnóstico. La investigación sobre las respuestas emocionales de los pacientes de cáncer al diagnóstico, así como sus mecanismos de afrontamiento para lidiar con la enfermedad, la desesperación y los síntomas físicos, es crucial.

1.5.2 Justificación Práctica.

Los estudios conllevarán a establecer y poner en práctica los procesos psicológicos, emocionales y tratamiento a los pacientes con cáncer gástrico a fin de contribuir a su mejoramiento y recuperación disminuyendo la morbimortalidad y otorgándole al paciente apoyo psicoterapéutico en los procesos psicológicos, emocionales y tratamiento que causa vulnerabilidad al estrés el diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico

1.5.3 Justificación Metodológica.

Esta investigación requirió el empleo de técnicas y metodologías científicamente rigurosas para demostrar la validez y fiabilidad de los hallazgos. En consecuencia, los resultados de la investigación serán valiosos para otros campos y organizaciones de atención médica.

Existe una correlación entre la susceptibilidad de una persona al estrés y la probabilidad de que utilice ciertos estilos de ajuste mental en relación con su salud general y su felicidad. Uno de esos estilos es el espíritu de lucha, que fomenta la integración positiva y el bienestar psicológico; se asocia con menos ansiedad, menos pérdida de autoestima y menos estrés relacionado con la enfermedad.

1.5.4 Viabilidad de la Investigación.

Gracias a la disponibilidad de todos los recursos necesarios, así como a la dirección y el incentivo para llevar a cabo una investigación de primera categoría, fue posible realizar una investigación imparcial. En los seis meses siguientes a su lanzamiento, se pusieron en marcha el marco teórico del proyecto, los métodos, la recogida de datos, el procesamiento y la discusión de los resultados.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes del Problema

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Ramos et al. (2020) de México realizaron el estudio investigando la "Correlación entre el estrés, los niveles de cortisol y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento". Se incluyó a un total de 65 personas en la investigación descriptiva-correlacional. Los resultados mostraron que, aunque se promediaron los niveles de estrés, hubo diferencias estadísticamente significativas (es decir, mayores niveles de cortisol en los pacientes tratados) y que el 35,3% tenía niveles normales y el 64,5% niveles altos (19).

Yélamos et al. (2020) evaluaron los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 encuestando en línea a 2.293 pacientes de cáncer en distintas fases de la enfermedad. Los resultados revelaron que el 34,3% de estas personas experimentaron ansiedad y tristeza, y que su situación económica empeoró como consecuencia de estos problemas de salud mental (20).

En Colombia, Chávez et al. (2021), encontraron que se deben lanzar campañas de educación y concientización, y promover prácticas de autocuidado en Colombia como parte de su investigación titulada "Estrategias del personal de salud en promoción y prevención en cáncer gástrico a nivel mundial: Revisión integradora, 2011-2021". El estudio tuvo como objetivo identificar las estrategias que lleva a cabo el personal de salud en esta área a nivel global (21).

Souza (2020), se propuso investigar los diagnósticos más prevalentes en enfermería terminal y la demografía de los pacientes con cáncer de estómago ingresados en un centro oncológico nacional. El adenocarcinoma pobremente diferenciado es el más prevalente, representando el 2,52% de los casos. El perfil fue consistente con las premisas diagnósticas de enfermería más populares, las cuales fueron utilizadas en todas las muestras (22).

Zambrano (2020), realizó una investigación en Colombia con el objetivo de identificar las responsabilidades actuales de los cuidadores en el tratamiento de pacientes con cáncer gástrico. Las enfermeras están desempeñando un papel cada vez más importante en el tratamiento integral de los

pacientes en los países sudamericanos diagnosticados con cáncer de estómago, según una búsqueda bibliográfica descriptiva integrador (23).

Font et al. (2019), las pacientes que tienen metástasis y las que no aplican mecanismos de afrontamiento similares; sin embargo, las primeras tienen una mejor calidad de vida debido a su ocupación. El objetivo principal de la investigación fue determinar la calidad de vida y los mecanismos de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama (24).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Pérez (2020) los investigadores de este hospital público de Lima 2020 se propusieron comparar los niveles de tensión y ansiedad experimentados por pacientes de cáncer de ambos sexos que se acercaban al final de su tratamiento. La investigación transversal no experimental incluyó a 99 pacientes con cáncer. No obstante, se descubrió que los niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer tienden a aumentar con la edad, disminuyen en proporción directa a la variable sexo y ponen de relieve la necesidad crítica de la detección precoz. (25).

Zevallos (2021) sobre “Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes oncológicos en un Hospital de Lima Metropolitana” incluyó a 66 personas y se realizó en Lima. El apoyo social percibido correlaciona positivamente con espíritu de lucha y negativamente con preocupación preocupada e impotencia-desesperanza, según sus hallazgos (26).

Cuba y Varas (2022) la investigación “Conocimientos y actitudes en medidas preventivas de cáncer gástrico en estudiantes universitarios” fue desarrollada en Chimbote, Perú. Se incluyó a un total de sesenta y cinco estudiantes de enfermería en los análisis descriptivos y correlacionales. Según su nivel medio de conocimientos, los estudiantes tenían una actitud mixta respecto a la prevención del cáncer de estómago; el 84,6% era favorable y el 13,8% negativa. La prueba de hipótesis reveló que las opiniones de las personas sobre cómo evitar el cáncer de estómago están significativamente relacionadas con su grado de conocimientos sobre el tema. (27).

Esta investigación fue realizada por Castillo (2021) estudió las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de enero a marzo de ese año. Un diseño transversal no experimental, respaldado por un enfoque cuantitativo y fundamentado en el razonamiento lógico, fue la metodología de la investigación. En total, se consideraron sesenta y seis casos para su inclusión. Según la investigación, la capacidad de afrontar el estrés influye en la calidad de vida (28).

2.1.3. Antecedentes Locales

Cahuata (2019), en Arequipa, desarrolló un estudio titulado “Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - EsSalud Arequipa, 2019”. En este análisis descriptivo-correlacional se incluyó a un total de 235 pacientes con cáncer que habían recibido tratamiento. Existe una fuerte asociación entre la capacidad de los pacientes para manejar el estrés y su calidad de vida, lo que es indicativo de que ambos presentan niveles elevados (29).

Peña (2018), en Arequipa desarrolló el estudio “Efectos del estrés en los pacientes con cáncer de mama atendidas en el Servicio de Radioterapia del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2018”. Este estudio incluyó 34 pacientes con cáncer de mama y fue de naturaleza descriptiva; utilizó un método cuantitativo, tuvo un alcance correlacional y utilizó un diseño transversal no experimental. Según sus hallazgos, ha establecido una correlación entre el estrés y la desorientación mental y/o espiritual (30).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría de Enfermería de Hildegard Peplau.

La interacción enfermera-paciente es de suma importancia en la atención médica y la tecnología. La base de la enfermería es la conexión humana innata entre una persona enferma y un profesional capacitado que puede evaluar y satisfacer sus necesidades. La dificultad con la atención de enfermería moderna es que se está volviendo más procedimental y mecanizada debido a la especialización y los avances tecnológicos (31).

La percepción que los pacientes quirúrgicos tienen de las enfermeras está muy influida por sus experiencias con la interacción enfermera-paciente, una de las partes más delicadas de los cuidados de enfermería. Para que los pacientes reciban una atención de alta calidad, según las afirmaciones teóricas sobre la enfermería, debe haber una relación efectiva definida por la comunicación que satisfaga sus necesidades. El papel de la enfermera en este encuentro es empatizar con el paciente, abordar sus preocupaciones y brindarle los recursos que necesita para gestionar su estadía en el hospital (32).

Esto está relacionado con la publicación de 1952 de "Relaciones interpersonales en enfermería" de Hildegard Peplau. Particularmente dignas de mención son sus consideraciones teóricas sobre la interacción enfermera-paciente y el marco conceptual que desarrolló para la consideración sistemática de los cuidados de enfermería en ella. Conocer los entresijos de la teoría del aprendizaje, así como los conceptos de desarrollo interpersonal y personal, es crucial para que la enfermera pueda comunicar eficazmente sus emociones e ideas al paciente. (33).

2.2.2. Vulnerabilidad al Estrés

2.2.1.1. Estrés.

Según la teoría médica portuguesa, el estrés y el agotamiento son respuestas fisiológicas normales que el cuerpo utiliza para afrontar las amenazas a su existencia; sin embargo, pueden causar problemas de salud importantes en determinadas personas y en algunos estilos de vida.

Hay tres ángulos desde los cuales examinar el estrés en cualquier estudio:

Un escenario estresante, es aquel en el que todos y cada uno de los posibles estímulos sociales ambientales tienen el potencial de tener un impacto negativo en la persona.

La tensión muscular, los cambios fisiológicos y las emociones sentidas subjetivamente son componentes de la reacción a corto plazo conocida como estrés, que se manifiesta en respuesta a estímulos estresantes (agresión, huida). Por esta razón, el término "estado de estrés" lo describe tan bien.

La respuesta a largo plazo al estrés se caracteriza por cambios en el rendimiento físico y la condición mental del individuo provocados por la exposición prolongada a situaciones estresantes. Hablamos de impersonalidad o de "predisposición a la reacción" cuando este es el caso.

2.2.1.2. Estrés y Vulnerabilidad.

Cada persona es susceptible a la vulnerabilidad de una forma u otra. Algunas personas son físicamente vulnerables debido a enfermedades, dolor o discapacidad, lo que significa que necesitan tratamiento médico. Otros son mentalmente sensibles debido a cosas como una mente delicada, lo que significa que necesitan atención médica. Ser agente social lo somete a injusticias y conflictos sociales, volviéndolo socialmente frágil (34).

Toda la existencia multifacética, incluidas las relaciones, la vida, carrera, pasatiempos, ideas, emociones y sueños, son susceptibles de ser atacada. Los humanos son más susceptibles al daño que la mayoría de las otras formas de vida, pero también están mejor equipados para defenderse. Al tratarse de una de las enfermedades más graves y que requieren más cuidados, resulta interesante examinar la susceptibilidad del cuerpo humano a padecerla.

Cuando una persona tiene dificultades para establecer su rutina habitual, ya sea por un trastorno físico, social o psicológico, realmente comprende y siente la fragilidad de su propia existencia. Una mayor sensación de vulnerabilidad puede estar presente en determinadas situaciones para el ser. Ser consciente de sí mismo ayuda al ser a aceptar sus circunstancias.

Todos los aspectos físicos, económicos, sociales y políticos contribuyen a la susceptibilidad de las personas a los riesgos, así como a su capacidad para resistir, afrontar y recuperarse de las catástrofes. Obviamente, ser pobre te hace mucho más susceptible al daño. Es desproporcionadamente probable que los pobres vivan o trabajen en lugares propensos a sufrir desastres naturales, y también carecen de los medios financieros para mitigar adecuadamente esos impactos (35).

2.2.1.3. Clasificación del Estrés.

a. Según sus efectos Eustrés (estrés positivo).

Una persona experimenta estrés adaptativo cuando se relaciona con su factor estresante de una manera que le permite permanecer abierta y creativa, y al mismo tiempo, preparar su cuerpo y su mente para un rendimiento máximo. Cuando una persona se encuentra en este nivel de tensión, puede disfrutar de cosas como placer, alegría, equilibrio, calma y satisfacción. El impulso creativo y la motivación intrínseca que definen a una persona con estrés positivo son las fuerzas impulsoras detrás de su vida diaria y su carrera (1).

b. Distrés (estrés negativo).

De hecho, es esa tensión la que resulta perjudicial o desagradable. Cuando las personas se encuentran bajo este tipo de estrés, asumen más trabajo del que pueden hacer. Debido a esta discordia, se vuelven más perezosos, más propensos a dolencias psicósomáticas y envejecen más rápido de lo que lo harían en otras circunstancias.

El estrés negativo ocurre cuando las expectativas de un individuo exceden sus talentos innatos y su capacidad de adaptación o afrontamiento.

2.2.1.4. Fases del Estrés.

Hay tres etapas distintas en estas reacciones: alerta, resistencia y fatiga.

a. Fase alarma o huida.

Los procesos fisiológicos y metabólicos ocurren en el cuerpo en una secuencia que maximiza la energía para escapar.

La reacción al estrés implica un aumento de la glucosa, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la adrenalina a través del eje hormonal hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Además del aumento de la tensión muscular, también se bloquea el sistema digestivo. Todas estas son reacciones naturales que aseguran que el individuo tenga la resistencia para huir del peligro y del oponente.

b. Fase de adaptación o resistencia.

Esta fase ocurre cuando las respuestas químicas del cuerpo al estrés continúan acumulándose después de que finalizó la primera fase.

No se puede disminuir el estado de alerta causado por esta bomba química. Para restablecer la armonía de las hormonas y otros componentes del cuerpo, inicia una nueva reacción fisiológica en un esfuerzo por restablecer la normalidad.

c. Fase de agotamiento.

Ocurre cuando el estrés se vuelve duradero y afecta a las personas de manera diferente. Los daños y el envejecimiento acelerado son consecuencias de los altos niveles de cortisol en el cerebro. Son comunes los sentimientos de agonía persistente, melancolía, desánimo y ganas de huir a cualquier lugar para escapar de la situación, además de dormir mal, vivir con prisas y sentirse abrumado.

2.2.1.5. Tipos de Estrés.

La aplicación de la idea de estrés a los problemas psicosociales ha llevado a la designación de ciertos rasgos que los categorizan como:

a. Estrés psicológico.

Se define al estrés psicológico cuando un individuo experimenta una amenaza a su bienestar o una sobreabundancia de recursos en su entorno.

b. Estrés social.

Las causas de esta situación incluyen, entre otras, las siguientes: prejuicios raciales, religiosos, de clase, de género, de orientación sexual y políticos en la sociedad; conflictos que involucran a mujeres; y condiciones desagradables como el hacinamiento, el aislamiento social y las malas relaciones interpersonales.

Este malestar es típico durante las crisis económicas en los países en desarrollo y lo sienten de manera desproporcionada las poblaciones de las comunidades desfavorecidas y las de menor nivel socioeconómico. Además, enfrentan un mayor riesgo de ser víctimas de violencia sancionada por el Estado, sistemas económicos severos y una falta general de autonomía, influencia y salvaguardas de los derechos civiles y humanos básicos.

c. Estrés psicosocial

Esta situación surge cuando la seguridad o integridad de un individuo se ven comprometidas por una acumulación de exigencias irrazonables o excesivas. El riesgo de sobrecargar los mecanismos de afrontamiento en un esfuerzo por controlar la situación aumenta la probabilidad de deterioro funcional, sufrimiento, enfermedad o muerte (36).

2.2.1.6. Efectos del Estrés.

a. Trastornos cardiovasculares.

Pueden surgir problemas cardíacos como hipertensión, hipotensión, taquicardia, arritmias cardíacas episódicas, enfermedad coronaria y otras afecciones cuando las arterias coronarias se contraen debido al estrés (37).

b. Trastornos respiratorios.

La respiración rápida es la causa principal de muchos problemas respiratorios, como la falta de aire relacionada con la ansiedad, la tos inducida por el estrés, el asma bronquial y la disnea.

c. Trastornos digestivos.

Algunos de los síntomas del estrés incluyen dificultad para tragar (disfagia), vómitos y náuseas emocionales, úlceras de estómago, cólicos, diarrea, estreñimiento y una breve interrupción de los procesos digestivos (estreñimiento).

d. Trastornos dermatológicos.

La boca y otras áreas no esenciales del cuerpo redirigen sus líquidos, lo que hace que comer y mantenerse seco sea una tarea ardua. Cuando el flujo sanguíneo se redirige a áreas más vitales, la piel se vuelve fría y el cuero cabelludo se tensa. El acné, el enrojecimiento, la palidez, la alopecia, el prurito, la picazón emocional y la transpiración excesiva se combinan para dar la impresión de que tienes "los pelos de punta".

e. Trastornos musculares.

Los músculos pueden contraerse en el momento incorrecto o de forma errática por falta de coordinación refleja, lo que puede provocar diversos problemas como tics, temblores, lumbalgia, hipertonía, molestias musculares, etc.

f. Trastornos del sistema nervioso.

Curiosamente, un mal funcionamiento químico es la causa fundamental de las alteraciones físicas del cerebro que se manifiestan como llanto, insomnio, tristeza, etc. Los síntomas del estrés se manifiestan como cambios en el equilibrio normal de los mensajeros químicos en el cerebro, que son sustancias químicas que transmiten señales de una célula cerebral a otra.

g. Trastornos del sistema inmunitario.

La capacidad del sistema inmunitario para combatir enfermedades y virus, así como células tumorales, disminuye bajo estrés crónico porque el cuerpo se prepara para luchar o escapar, y el estrés produce una reducción importante de estas células.

h. Trastornos endocrinos.

Las hormonas son mediadores químicos secretados al torrente sanguíneo por glándulas que controlan la actividad metabólica de determinadas células. Cuando estamos bajo estrés, nuestras glándulas pituitaria, suprarrenales y tiroideas trabajan juntas para elevar los niveles de azúcar en sangre, reducir los niveles de hormona antidiurética y aumentar los niveles de hormona del crecimiento.

2.2.1.7. Estrés y Cáncer.

Las alteraciones de los hábitos y formas de vida relacionados con la salud, así como los cambios biológicos normales que se producen como reacción al estrés, pueden influir en el desarrollo y la progresión del cáncer. El tabaco, el alcohol, los hábitos alimentarios poco saludables, el rechazo de atención médica y otros comportamientos perjudiciales pueden manifestarse cuando las personas están bajo estrés.

Un área de la psiconeuroinmunología que ha recibido mucha atención es la forma en que el estrés emocional puede reducir la función inmune y la susceptibilidad a las enfermedades. A medida que se diferencian y multiplican, las células neoplásicas muestran una serie de características en su organización histológica que las diferencian de las células normales e indican que son anormales (18).

2.2.2. Vulnerabilidad.

Según los psicólogos Crespo y Labrador, la susceptibilidad de una persona al estrés está determinada por la facilidad con la que se ve afectada por situaciones estresantes en su vida, ya sean internas o externas (38).

El término de raíz latina *vulnus* significa "herida" en inglés, el componente *-abilis* significa "que puede" en inglés y el sufijo *-dad* significa "calidad" en latín, lo que le da a la palabra vulnerabilidad sus propias raíces etimológicas. La capacidad de sufrir daño es una característica definitoria de una

persona vulnerable.

Una definición de vulnerabilidad es el grado en que una persona u organización es débil o se ve perjudicada con facilidad cuando se enfrenta a una situación difícil. Las personas vulnerables son aquellas que no han dominado esta capacidad y, por lo tanto, tienen más probabilidades de sufrir daños.

La capacidad de prever, afrontar, resistir y recuperarse de las consecuencias de un peligro está influida por las vulnerabilidades de una persona o un grupo, así como por su entorno.

2.2.2.1. Tipos

Hay dos formas principales en las que se desarrolla la vulnerabilidad al estrés (38):

a. Heredada.

Está asociada con un cierto tipo de sensibilidad nerviosa o neuroticismo, hace que las personas reaccionen exageradamente ante las pequeñas cosas porque las ven como grandes amenazas (una propensión a dramatizar).

b. Aprendida.

Henri Laborit, postula que la agresividad defensiva o la "inhibición de la acción" está en la raíz de esta impotencia agresiva. Esto significa que cuando se enfrenta a un entorno hostil, el individuo es incapaz de defenderse o escapar. En este caso, la restricción (por ejemplo, la de un padre autoritario o un educador estricto) provoca ira, que, si no se expresa, toma la forma de ansiedad, o en su defecto, irritación. Los posibles resultados incluyen:

- Problemas de salud mental (como psoriasis, migrañas, hipertensión y úlceras de estómago).
- Afecciones que manifiestan síntomas de ansiedad.
- Tristeza.
- Según Martin Seligman, uno puede desarrollar una indefensión aprendida.
- Ceder ante la figura de autoridad.
- Ser auténtico es un desafío.
- "No puedo" y "No puedo enfrentar situaciones" son ejemplos de ineficiencia personal aprendida.

La verdad es que, bajo circunstancias tan estresantes y dolorosas, el individuo "aprende" a responder de esta manera. Como resultado de su estrés crónico, puede volver a experimentar la combinación de impotencia, agresión, agonía e irritación ante acontecimientos desafiantes que surgen en su vida diaria.

Debido a que desencadena la producción de norepinefrina en lugar de adrenalina (diez veces más hipertensivo que adrenalina) en lugar de adrenalina, esto es mucho peor que el estrés cotidiano y promueve la hipertensión a largo plazo y otras enfermedades.

2.2.2.2. Clasificación de la Vulnerabilidad.

a. La vulnerabilidad humana

Es el potencial de daño, pérdida, sufrimiento y muerte que las personas pueden enfrentar en caso de un suceso o catástrofe. Tiene lugar en respuesta a ciertos factores institucionales, culturales, pedagógicos, ecológicos, sociales, políticos, tecnológicos, ideológicos y económicos. La vulnerabilidad de una comunidad o de un individuo puede definirse como su grado de preparación para hacer frente a determinadas amenazas (35).

b. La vulnerabilidad social.

Esta explicación tiene dos partes: primero, el miedo y la impotencia que sienten las personas en su conjunto, sus familias y comunidades, como consecuencia de los efectos de un desastre social, económico o ambiental devastador.

2.2.2.3. Manifestaciones de Vulnerabilidad.

Los pensamientos automáticos que se vuelven ilógicos tan pronto como se refuerzan o aumentan las respuestas fisiológicas, cognitivas o emocionales suelen acompañar a las manifestaciones fisiológicas. Por ejemplo, a nivel cognitivo son comunes los sentimientos de impotencia y confusión, mientras que a nivel emocional los estados de agonía, ansiedad y miedo aparecen con mayor frecuencia.

a. Vulnerabilidad y riesgo en salud: dos conceptos concomitantes

Se considera vulnerable a quienes carecen de la capacidad establecida para evitar, resistir o superar un efecto. Existen varias razones para que esto sea así. En este mismo sentido, Markolin (39), considera que la vulnerabilidad se entiende como el riesgo o probabilidad de que un individuo, un hogar o una comunidad pueda resultar herido o dañado como consecuencia de cambios en las condiciones del contexto en el que se encuentra o en virtud de sus propias limitaciones.

En este sentido, la vulnerabilidad puede entenderse de forma general, como la exposición a

determinados factores de riesgo, que es una palabra especialmente polisémica y, por tanto, deja cierto margen de ambigüedad.

La minimización de riesgos es una estrategia típica para hacer frente a circunstancias delicadas. La devastación no puede ocurrir sin vulnerabilidad; lo que sucede después depende del nivel de exposición, la protección, respuesta rápida, curación básica y la reconstrucción. La homeostasis se compone del segundo y el tercero, mientras que la resiliencia y resistencia se forman a partir de los dos últimos.

La función reconocida del sistema inmunitario en la prevención del cáncer es la identificación y eliminación de células anormales que han sufrido estos cambios. Dado que muchos cánceres presentan la actividad citotóxica de las células NK, estas células son cruciales para el proceso de eliminación de tumores (37).

2.2.3. Estilo de Ajuste Mental en Pacientes con Cáncer Gástrico.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en EE.UU. por varias razones; además, nadie puede prever cómo evolucionará la enfermedad ni mostrar sus síntomas, lo que la convierte en una perspectiva aterradora para muchos. Los sentimientos de intensa conmoción e incredulidad son comunes junto con la ansiedad causada por el cáncer. La incapacidad del paciente para cambiar sus circunstancias y el temor generalizado a morir pueden conducir a la aparición gradual de desesperación, desesperanza y dolor (40).

2.2.3.1. Definición.

Son reacciones cognitivas, conductuales y emocionales que muestran los pacientes con cáncer en relación con sus evaluaciones e interpretaciones de la situación abrumadora, son el tema central de ajuste mental al cáncer. En otras palabras, el individuo adopta una postura sobre su diagnóstico y tratamiento, recibiendo respuestas positivas o negativas a los desafíos que le plantean. Debido a esto, el individuo que padece la afección, busca diferentes formas de afrontar el dolor y el estrés que genera (41).

Como dispositivo de salud, la adaptación mental al cáncer debería emplearse más ampliamente, ya que algunos estilos pueden exacerbar problemas físicos y enfermedades mentales; sin embargo, si los médicos pudieran prevenirlo, sería menos probable que los pacientes incurrieran en conductas autodestructivas o se expusieran al riesgo de sufrir complicaciones del tratamiento.

2.2.3.2. Afrontamiento en la Enfermedad Física.

El proceso de afrontamiento, a menudo implica alterar la propia perspectiva sobre una situación

traumática. Ante esto, Lazarus y Folkman (38), definen el afrontamiento como la capacidad de responder a diversas demandas, tanto internas como externas, utilizando recursos cognitivos y conductuales. El objetivo es disminuir o prevenir la escalada del estrés y restablecer el equilibrio.

Por el contrario, según Roy (2012), es la capacidad de afrontar acontecimientos estresantes haciendo uso de las propias capacidades cognitivas y conductuales, y al mismo tiempo, satisfaciendo las necesidades del entorno.

2.2.3.3. Modelo del Evento Estresante.

a. Modelo de Lipowski.

Según la investigación de Lipowski de 1970, una perspectiva de la enfermedad física es como un tipo de estrés psicológico que puede causar pérdida y sufrimiento. Al enfrentarse a retos que superan sus capacidades, los individuos desarrollan estrategias de resiliencia y crecimiento personal para superar estos obstáculos. En última instancia, esto repercute en sus aspiraciones para el futuro.

Dependiendo de características como la edad, el grado de enfermedad y el pronóstico, los mecanismos de afrontamiento de un paciente pueden diferir en la forma de gestionar su enfermedad y sus repercusiones psicológicas y fisiológicas. Lipowski (2015) define la adaptación a la enfermedad como tomarse el diagnóstico con calma y aceptar la enfermedad como un reto personal. El objetivo es que el paciente vuelva a donde estaba antes de su diagnóstico e iguale sus niveles de actividad.

Según Lipowski, estos mecanismos de afrontamiento se describen a continuación:

b. Estilos de afrontamiento cognitivo.

La característica de minimizar es la negación, ignorancia o racionalización de la relevancia personal de la enfermedad y sus repercusiones.

Vigilancia; para aclarar características específicas de la enfermedad, la vigilancia implica reacciones rápidas a las señales de advertencia. En estos individuos se observan más tendencias de ansiedad y TOC.

c. Estilos de afrontamiento conductuales.

Aproximación; adoptar un enfoque significa que está listo para hacerse cargo de su salud y ver su enfermedad como un desafío.

Capitulación; marcada por una falta de agencia y dependencia de factores externos para elegir el curso óptimo de tratamiento, esta condición se caracteriza por la pasividad.

Evitación; este enfoque busca evitar lidiar con las obligaciones asociadas a la enfermedad.

2.2.3.4. Modelo de Moos y Schaeffer.

Jorques (2015) cita a Moos y Schaeffer (1984), quienes ofrecen un marco para evaluar y gestionar las condiciones catastróficas de salud como una crisis en la vida. La premisa subyacente de este enfoque es que las personas adquieren mecanismos de afrontamiento a través de una serie de procesos de adaptación (42).

Dado que este es el caso, se recomienda realizar varias actividades de adaptación, como controlar el dolor, adaptarse al entorno hospitalario, establecer una relación con el equipo de salud multidisciplinario y mantener un equilibrio emocional saludable.

a. El Afrontamiento en la enfermedad oncológica.

Ahora que sabemos que el cuerpo reacciona biológicamente al estrés en cada escenario y que las personas tienen diferentes formas de procesarlo y afrontarlo, podemos pasar a analizar los efectos del estrés en el cáncer.

b. Aportación teórica de Weisman.

Según Weisman (1979, citado en Jorques, 2015), los mecanismos de afrontamiento de una persona cuando está enferma reflejarán los que ya existen. Weisman define el afrontamiento como el proceso de un individuo de formular un plan para restaurar el equilibrio, aliviar el sufrimiento y, en última instancia, superar la adversidad; las siguientes son algunas de las estrategias más comunes utilizadas por los pacientes con cáncer: buscar consejo e información, buscar consuelo, revertir las emociones, evitar o reprimir el problema, distraerse, afrontar el problema de frente y trazar un plan, redefinir lo positivo, aceptar su destino, adoptar conductas de riesgo (como beber o consumir drogas), retraerse o huir, proyectar sus problemas en los demás y engañarse a uno mismo. Los posibles resultados son sentimientos de agitación, desesperación, impotencia y preocupación (43).

c. Teoría de la adaptación cognitiva de Taylor.

Uno de los rasgos humanos más cruciales, según Taylor (1983), es la capacidad de soportar y superar la adversidad, lo que en última instancia permite al individuo o al paciente experimentar una "autocuración". Esta información forma la base del modelo de adaptación cognitiva, que propone que el paciente puede alterar sus creencias a través de tres procedimientos cognitivos distintos. Encontrar significado en lo que ha sucedido (48), requiere pensar en la vida de la persona y preguntarse por qué ocurrió una crisis. Cuando se trata de cáncer, hay dos formas principales de tratar de encontrarle sentido a las cosas: ya sea descubriendo qué lo causó o reevaluando los propios valores y objetivos para poner

las cosas en perspectiva.

Participar activamente en la toma de decisiones sobre los cuidados y el tratamiento de una enfermedad (en este caso, el cáncer) permite a la persona recuperar el control sobre su vida y su salud. La autoevaluación permite recuperar el orgullo en la propia valía, lo que implica contrastar las circunstancias propias con las de otros pacientes que padecen enfermedades comparables o peores.

2.2.3.5. Teoría del Ajuste Mental al Cáncer.

Los investigadores se han afanado en averiguar qué causa el cáncer, cómo curarlo y cómo mejorar la vida de los pacientes, ya que la enfermedad se ha convertido en los últimos tiempos en un importante problema de salud. Como consecuencia, los resultados del estudio mostraron que la eficacia del tratamiento de la enfermedad en sus pacientes variaba. Por eso era crucial identificar los rasgos de los pacientes que les ayudarían a controlar su enfermedad y los que dificultarían su progreso.

Por eso es tan importante la investigación de Lazarus y Folkman (1986, citado en Torres, 2018); su teoría del manejo del estrés propone una mezcla de tácticas conductuales y cognitivas para hacer frente a la amplia gama de emociones que podrían surgir en respuesta al estrés. Importante para la noción de adaptación mental al cáncer es la idea de que cada paciente tiene su propio significado único en relación con la enfermedad y las reacciones que se derivan de ese significado (20).

2.2.3.6. Esquema de Supervivencia.

Moorey y Greer desarrollaron un modelo para comprender cómo se adaptan los pacientes con cáncer a la nueva información sobre su diagnóstico y la evolución de la enfermedad. Desde 1989 hasta 2002, se denominó «esquema de supervivencia» o trío de evaluación cognitiva (Soriano, 2002). En este paradigma se tienen en cuenta las respuestas emocionales, los mecanismos de afrontamiento y la flexibilidad de los pacientes.

2.2.3.7. Estilos de Ajuste Mental.

Para hacer frente a su enfermedad, las personas podían actuar emocionalmente. Moorey y Greer (1989) y Watson et al. (1988) enumeran los siguientes rasgos de personalidad: voluntad de ganar, falta de empatía, falta de confianza en uno mismo, fuerte sentido del fatalismo y falta de competencia. Forero et al. y Rodríguez et al. ofrecen a continuación una descripción exhaustiva del estilo. (14):

Una perspectiva positiva sobre un diagnóstico de cáncer es el "espíritu de lucha", que ve la enfermedad como un obstáculo personal, tiene fe en la capacidad de uno para vencer el cáncer y piensa que la capacidad de uno para hacerlo determina la curación.

El enfoque de evitación-negación, como su nombre indica, evita o se niega a reconocer el diagnóstico, por lo que no siente ningún peligro por ello. Este individuo parece ajeno a su situación, como si creyera que tiene control total sobre su enfermedad.

Sentirse emocionalmente aprensivo es un sello distintivo de la preocupación ansiosa, que se manifiesta como una sensación de falta de control y pronóstico. Buscan seguridad vigilando de cerca sus síntomas físicos y aprendiendo todo lo que puedan sobre la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, estos individuos tienden a ver las cosas desde una perspectiva negativa e incluso pueden sentirse culpables por sus intentos de darle sentido al peligro.

2.2.3.8. Fatalismo / aceptación Estoica.

Muestran una aceptación superficial de la enfermedad y confían en el personal médico para que los atienda. Esta es una circunstancia peligrosa que creen que no pueden manejar. Suelen ser tranquilos y serenos, lo que les permite desempeñar un papel de apoyo, pero poco inspirador, ya que no se preocupan mucho.

Cuando los pacientes experimentan impotencia y desesperación, es porque están demasiado aterrorizados por el diagnóstico, lo ven como un golpe emocional devastador y se sienten impotentes para hacer algo al respecto. Debido a su perspectiva negativa sobre el pronóstico, tienen más probabilidades de sufrir depresión (44).

2.2.4. Labor de la Enfermera.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para ofrecer a los pacientes de cáncer una atención completa y de alta calidad es vital mejorar la evaluación de la vulnerabilidad y el tratamiento. Además, cada persona tiene su propio método para lidiar con el estrés; para algunos, recibir un diagnóstico de cáncer y someterse a un tratamiento es una experiencia terrible (45).

Las responsabilidades principales de una enfermera incluyen promover la salud, prevenir, curar y rehabilitar enfermedades, crear programas de educación sanitaria, contribuir a un equipo de atención médica eficiente y hacer investigaciones (46).

Todas estas cosas contribuyen a una mejor atención cuando se estructuran de acuerdo con el proceso de enfermería. Además, nos vemos obligados a ver la profesión de enfermería como una parte esencial del compromiso de mantener y mejorar la salud debido a la ejecución y articulación sistemática de las tareas de enfermería.

Durante la estancia hospitalaria de un paciente, las enfermeras realizan un trabajo humanista crucial en la interacción enfermera-paciente adoptando una visión holística del individuo. Como

resultado, las enfermeras se esfuerzan por ayudar a los pacientes a desarrollar mecanismos de afrontamiento y habilidades asertivas de gestión emocional mientras enfrentan los desafíos de su enfermedad.

Por lo tanto, bajo el nuevo paradigma de la práctica de enfermería, las enfermeras no sólo deben estar bien preparadas técnicamente, sino también recibir capacitación ética para ayudarlas a enfrentar los inevitables dilemas morales y emocionales que surgen en el curso de la atención al paciente. el reconocimiento del individuo como actor biopsicosocial, los medios para comprender mejor la interacción enfermera-paciente sin sacrificar su dimensión humana, y el estímulo e instrucción en el arte de la regulación emocional y la asertividad (47).

2.2.5. Cáncer de Estómago.

El cáncer de estómago, a veces llamado cáncer gástrico, comienza con el crecimiento anormal de células en el saco muscular ubicado sobre las costillas en la parte superior central del abdomen. Las posibles terapias, que a menudo incluyen la extirpación quirúrgica del tumor, se basan en parte en la ubicación del tumor; el estómago ayuda a la digestión al aceptar y retener los alimentos (48).

2.2.5.1. Epidemiología.

La Sociedad Americana del Cáncer, prevé que en 2022 se habrán detectado 26 380 casos de cáncer de estómago en EE. UU., de los cuales 15 900 afectarán a hombres y 10 480 a mujeres. Aproximadamente 11 090 individuos perderán la vida a causa de esta enfermedad para ese año, con 6 690 hombres y 4 400 mujeres perdiendo la batalla (49).

Perú tiene la tasa de mortalidad más alta debido al cáncer gástrico, se encuentra entre las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial. A febrero de 2022, más de 175.000 peruanos han sido diagnosticados con cáncer, siendo los tipos más prevalentes los de próstata, mama, estómago, colon-recto y cuello uterino. Al 2020, se han identificado 69,849 nuevos casos de cáncer. El cáncer de próstata representa el 26,6% de los casos de cáncer masculino, seguido del cáncer de estómago con el 10,2% y el cáncer de colon con el 6,9%.

En el país mueren cada año 4.979 personas por cáncer de estómago, 2.595 por cáncer de pulmón y 2.433 por cáncer de próstata. Estos datos se desglosan por tipo de cáncer. (50).

2.2.5.2. Tipos de Cáncer de Estómago.

Adenocarcinoma. Tipo de cáncer llamado adenocarcinoma. El adenocarcinoma es un tipo de cáncer de estómago que comienza en las células responsables de la producción de moco. Es típico ver este tipo concreto de cáncer de estómago. Es práctica común clasificar las neoplasias malignas del

estómago como adenocarcinomas.

Tumores del estroma gastrointestinal (GIST). **GIST.** Los tumores de células escamosas intestinales (GIST) se originan en células nerviosas especializadas. Los sarcomas de los tejidos blandos incluyen los GIST.

Tumores carcinoides. Las células neuroendocrinas son el origen de los tumores carcinoides. Numerosos órganos y tejidos incluyen células neuroendocrinas. Contribuyen al organismo de diversas formas, entre ellas actuando como células nerviosas y células productoras de hormonas. Un tipo de tumor neuroendocrino son los tumores carcinoides.

Linfoma. Un tumor maligno conocido como linfoma se desarrolla a partir de células del sistema inmunitario. La función del sistema inmunitario es proteger al organismo de invasores nocivos. Ciertos casos de linfoma pueden aparecer en el estómago cuando las células del sistema inmunitario llegan allí. Esto puede ocurrir cuando el sistema inmunitario lanza un ataque contra una infección. Los linfomas no Hodgkin representan la gran mayoría de los linfomas de origen estomacal (51).

2.2.5.3. Patogenia.

La progresión del cáncer gástrico es compleja, polifacética y prolongada, afirman Robbins y Cotran. Una situación socioeconómica baja, una nutrición deficiente y una susceptibilidad genética a la infección por *Helicobacter pylori* pueden hacer que se desarrolle una gastritis crónica en una mucosa por lo demás sana. Entre las posibles complicaciones que pueden desarrollarse a medida que avanza la enfermedad se encuentran la gastritis atrófica, la metaplasia intestinal, la displasia y el cáncer gástrico, aunque sólo afectan a una pequeña parte de la población. (19).

2.2.5.4. Factores de riesgo

Factores que incrementan el riesgo de desarrollar cáncer gástrico comprenden los siguientes aspectos:

- Padecer de reflujo gastroesofágico.
- Presentar obesidad.
- Consumir una dieta rica en alimentos ahumados y salados.
- Mantener una alimentación pobre en frutas y vegetales.
- Tener antecedentes familiares de cáncer gástrico.

- Ser portador de la infección por *Helicobacter pylori*.
- Experimentar inflamación crónica del estómago (gastritis).
- Ser fumador.
- Desarrollar pólipos gástricos.

2.2.5.5. La Infección por *Helicobacter pylori*.

La Organización Mundial de la Salud informa cada año desde 1994 de la relación entre *Helicobacter pylori* y el cáncer de estómago. El cáncer gástrico se desarrolla en más del 0,5 por ciento de las infecciones por H. pylori, lo que indica que la enfermedad es compleja y polifacética.

La infección por *Helicobacter pylori*, más frecuente en niños, es uno de los sustratos bacterianos que pueden conducir al cáncer. El desarrollo de cáncer gástrico, concretamente los tipos histológicos intestinal, antral y difuso, se ha asociado a la infección por H. pylori, según numerosas investigaciones.

Helicobacter pylori es portador del gen cagA en el 60% de los casos. Positivo para CagA Tanto el cáncer de estómago como la gastritis grave son más frecuentes en quienes tienen H. pylori. Además, el H. pylori dificulta la producción de ácido ascórbico en el estómago, lo que hace que el daño epitelial gástrico por carcinógenos sea más sencillo. Las personas infectadas tienen entre tres y seis veces más probabilidades relativas de padecer cáncer que las no infectadas (48).

2.2.5.6. Otros Factores determinantes de Cáncer Gástrico.

Además de ser una sustancia química cancerígena, el tabaco puede inducir cáncer de estómago. Cuando las personas están ansiosas, su estómago produce más ácido clorhídrico, lo que a su vez provoca una mayor exposición de la mucosa gástrica y, probablemente, el inicio de cambios en los tejidos.

2.2.5.7. Diagnóstico.

Los síntomas del cáncer gástrico pueden ser similares a los de la patología gástrica benigna, que incluye molestias epigástricas, náuseas, vómitos, anorexia, hipotiroidismo y hemorragia gastrointestinal (hematemesis o melena). El uso de pruebas auxiliares en la evaluación de los individuos que presentan estos síntomas es crucial, y no se deben administrar remedios empíricos hasta que se pueda demostrar la causa subyacente de los síntomas (47).

Para diagnosticar el cáncer de estómago, primero se realiza un examen físico, seguido de otros análisis. Un ejemplo de este tipo de análisis es la prueba de sangre oculta en heces; sin embargo, no es especialmente útil. Cuando un cirujano o gastroenterólogo observa algo fuera de lo normal durante un

examen gastroscópico, puede tomar una biopsia del tejido afectado y enviarla a un patólogo para que compruebe si hay células cancerosas.

Actualmente no existe ningún método infalible para confirmar la existencia de células cancerosas que no sea una biopsia seguida de una investigación histológica. Además, a menudo es necesario realizar investigaciones gástricas para descartar un cáncer de estómago en pacientes obesos que padecen acantosis nigricans, una hiperplasia cutánea que se manifiesta con mayor frecuencia en la axila y la ingle.

2.2.5.8. Sintomatología del Cáncer de Estómago.

Es posible que el cáncer de estómago no se detecte en sus primeras fases. Cuando se manifiesta, la mayoría de las personas se sienten mal del estómago, vomitan, tienen problemas para tragar, sufren dolor abdominal, tienen molestias gástricas que no son específicas, pierden peso sin motivo aparente, tienen heces negras y anorexia.

2.2.5.9. Clasificación del Cáncer de Estómago.

Cuando el cáncer reaparece o se extiende, se sigue utilizando el estadio inicial para la clasificación, junto con cualquier información adicional sobre la extensión actual de la enfermedad (36). Los estudios de imagen, las biopsias y los exámenes físicos contribuyen a determinar el estadio clínico del cáncer gástrico, mientras que estas mismas pruebas, además de los resultados quirúrgicos, establecen el estadio patológico.

Tras el diagnóstico de cáncer de estómago se realizan pruebas adicionales para ver si la enfermedad ha hecho metástasis. La estadificación describe este procedimiento. El médico no puede prescribir el mejor tratamiento sin determinar antes el estadio de la enfermedad.

En el diagnóstico del cáncer de estómago se siguen los siguientes pasos.

a. Etapa 0.

Uno de los problemas es la displasia de alto grado, que se manifiesta como células de aspecto muy aberrante en la mucosa del estómago. Aunque las células cancerosas pueden estar presentes en la mucosa del estómago, es posible que no hayan progresado a la lámina propia o a capas más profundas de tejido.

b. Etapa I.

La submucosa, una capa de la pared del estómago, o la segunda capa de la pared del estómago pueden contener cáncer si éste no se ha extendido a los ganglios linfáticos situados alrededor del tumor.

c. Etapa II.

Esto puede ocurrir de muchas maneras:

El tumor maligno ha progresado desde su localización original en la submucosa de la pared del estómago hasta los ganglios linfáticos distantes.

El tumor ha migrado a los ganglios linfáticos cercanos, pero la neoplasia permanece contenida en la capa muscular del estómago (la tercera capa).

El cáncer no ha progresado a otros órganos o ganglios linfáticos; está contenido en la serosa de la pared del estómago.

d. Etapa III.

Son posibles varios desenlaces:

La enfermedad ha avanzado hasta la tercera capa de la pared del estómago y los ganglios linfáticos distantes.

Los ganglios linfáticos cercanos y lejanos al tumor han sido infiltrados por la neoplasia, que ha progresado a todas las capas de la pared del estómago.

El carcinoma ha hecho metástasis en los tejidos cercanos y ha invadido las cuatro capas de la pared del estómago. Los ganglios linfáticos cercanos al tumor pueden tener carcinoma o no.

e. Etapa IV.

El cáncer ha hecho metástasis, lo que significa que se ha desplazado del tumor a otros tejidos o ganglios linfáticos del cuerpo.

2.2.5.10. Tratamiento.

a. Cirugía.

Según Garcia et al. (2017), la gastrectomía es el procedimiento quirúrgico de referencia para tratar el cáncer de estómago. Los cirujanos extirpan el estómago y parte del tejido circundante durante una gastrectomía, que puede ser parcial o completa. La anastomosis del esófago o el intestino delgado con la porción no extirpada del estómago es el procedimiento que sigue a una gastrectomía parcial. El procedimiento de una gastrectomía completa implica que el cirujano vuelva a unir el esófago al intestino delgado (49).

b. Quimioterapia.

Aunque las células cancerosas suelen dividirse rápidamente, la quimioterapia también puede dirigirse a otros tipos de células que se dividen con rapidez pero que no causan cáncer.

Para alargar el periodo de crecimiento, y en última instancia, la desaparición de la célula, determinados medicamentos quimioterápicos actúan interfiriendo en la fase de división de la célula cancerosa (51).

Otros medicamentos actúan sobre las células en todas las fases. La mayor parte del impacto del fármaco se deja sentir en las células cancerosas y no en las normales, debido a que las células cancerosas son más delicadas.

Algunos medicamentos alteran el medio interno de forma perjudicial para estas células. Las hormonas son un ejemplo de sustancia que puede inhibir el desarrollo de células cancerosas bloqueando la actividad de otras sustancias químicas.

Se ha demostrado que la acción combinada de medicamentos quimioterapéuticos tiene más éxito a la hora de erradicar el cáncer, lo que ha provocado un aumento de su uso en los últimos años. Son frecuentes las combinaciones de medicamentos contra el cáncer con efectos y mecanismos de acción distintos.

c. Efectos secundarios de la quimioterapia.

Debido a su función fisiológica, todos los medicamentos tienen el riesgo de producir efectos secundarios no deseados. Tanto las células cancerosas como las normales pueden ser el objetivo de los medicamentos quimioterapéuticos debido a su capacidad para interrumpir la división celular.

La potencia de estos medicamentos se corresponde con la intensidad de sus efectos adversos. La quimioterapia suele consistir en la administración de medicamentos durante cierto tiempo, seguida de un periodo de recuperación.

d. Radioterapia.

La radioterapia es un método para destruir las células cancerosas que utiliza semillas o rayos X de alta energía. Las células cancerosas proliferan a mayor velocidad que las sanas, de ahí que se haga para frenarlas. La radioterapia es más eficaz para destruir las células cancerosas que las sanas, ya que la radiación es más tóxica para las células que se multiplican rápidamente. El tratamiento radiactivo se centra en las células cancerosas, destruyendo su ADN y deteniéndolas en seco. La desafortunada realidad es que este procedimiento puede tener efectos negativos al destruir algunas células sanas.

e. Terapia biológica.

Una forma de tratar el cáncer es la inmunoterapia, a menudo denominada terapia biológica. Este enfoque consigue que el sistema inmunitario busque y destruya activamente las células cancerosas. Tiene el potencial de reducir el impacto de los efectos adversos relacionados con el tratamiento, lo que podría acelerar el proceso de curación. En estudios clínicos en curso se está investigando la eficacia de la terapia biológica para prevenir la reaparición del cáncer de estómago en personas tratadas con otras terapias. El tratamiento biológico también implica la administración de factores de crecimiento a pacientes con recuentos bajos de células sanguíneas o que se están recuperando de la quimioterapia, con el fin de animar al organismo a reponer sus reservas de células sanguíneas.

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Afrontamiento.

Los mecanismos de afrontamiento del cáncer son un conjunto de acciones deliberadas e intencionadas que ayudan a los pacientes oncológicos a alcanzar objetivos adaptativos, como reducir o evitar los efectos angustiosos de la enfermedad y sus terapias.

2.3.2. Cáncer gástrico.

En esta enfermedad, las células cancerosas empiezan a crecer en el revestimiento del estómago. La edad, los malos hábitos alimentarios y las enfermedades gastrointestinales contribuyen al desarrollo del cáncer de estómago. La indigestión y el dolor abdominal son signos de cáncer de estómago.

2.3.3. Estrés.

Estado de estrés mental o corporal. Puede surgir de cualquier cosa que desencadene emociones negativas, como la ira, el nerviosismo o la frustración. La respuesta fisiológica a la presión o al desafío se conoce como estrés.

2.3.4. Paciente Oncológico.

Es necesario un enfoque multidisciplinar para los pacientes con cáncer y otras enfermedades terminales debido a sus condiciones clínicas únicas, y estos pacientes deben ser controlados de forma diferente a los pacientes con otras enfermedades.

2.3.5. Tumores Benignos.

Tienen un fuerte componente hereditario. Aunque producen cierta inflamación y molestias, estos síntomas no ponen en peligro la vida y no se extienden por todo el cuerpo.

2.3.6. Tumores Malignos.

La localización y el estadio del desarrollo celular anormal en la mama determinan el tipo de cáncer.

2.3.7. Vulnerabilidad.

Es el grado en que una persona o entidad es susceptible de sufrir daños. Debido a su susceptibilidad, las personas corren el riesgo de sufrir daños corporales y mentales. Se ponen en peligro porque no pueden luchar contra las situaciones peligrosas cuando surgen. La capacidad de evitar, resistir o triunfar sobre un determinado efecto dicta su uso.

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General.

La vulnerabilidad al estrés está relacionada con los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico del Servicio Van Grimmer del Hospital Goyeneche de Arequipa en el 2023.

3.1.2. Hipótesis Específicas.

1. Existe vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico en las dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, así como tolerancia y reactividad.
2. Existen estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores: espíritu de lucha, desamparo-desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo-aceptación estoica, son deficientes.

3.2. Identificación de las Variables

Variable Principal. Vulnerabilidad al estrés.

Variable Secundaria. Estilos de ajuste mental al cáncer.

Tabla 1. Operacionalización de Variables.

Variable Dimensiones	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Vulnerabilidad al estrés	Autorregulación	Paciencia a los demás Persona paciente Persona serena Autocontrol Calma y tranquilidad Humor aceptable Relajación Actuación inteligentemente	Nivel de vulnerabilidad Vulnerabilidad baja: 23 - 46 Vulnerabilidad media: 47 - 69 Vulnerabilidad alta: 70 - 92 El instrumento utilizado Escala de vulnerabilidad al estrés fue desarrollado por Quevedo, Amaro y Menéndez (2005) y adaptado por Avilés Medina 2021
	Optimismo y apoyo social:	Buen humor Apoyo de los demás Persona alegre Apoyo social Persona con aspiraciones	
	Sociabilidad y acción:	Amistades con facilidad Comunicación en público Persona de acción Asunción de responsabilidades con gusto	
	Tolerancia y reactividad:	Capacidad de manejo de situación difícil Recupero con facilidad Necesidad de corto descanso Persona de reacción rápida a las circunstancias Pronta recuperación ante el fracaso	
Ajuste mental al cáncer – Mac.	Factor I, Espíritu de lucha	Actitud asertiva valoro mucho más mi vida planes para el futuro Estado mental positivo Nuevo inicio Sentido del humor Información sobre la enfermedad Actitud positiva No pensar en la enfermedad como un reto Concentración en aspectos buenos. Intención de luchar contra la <u>enfermedad</u> .	Estilos de ajuste mental Asertivo: 63 – 93 puntos No Asertivo: 31– 62 puntos El instrumento utilizado fue creado en Inglaterra por Watson, M., Greer, S., Bliss, J. y Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to y luego adaptada al Perú por Trigoso (2009).
	FACTOR II. Desamparo/ desesperanza	Falta de ánimo Negatividad a la demora Falta de esperanza Falta de autoayuda Falta de esperanzas sobre el futuro Sentirse rendido Inseguridad Evitación de información sobre la enfermedad Desorientación	
	FACTOR III. Preocupación ansiosa	Problemas de salud impiden hacer planes para el futuro Preocupación por la enfermedad No aceptación de la enfermedad Ansiedad a causa de la enfermedad Enfadado(a) por la enfermedad	
	FACTOR IV Fatalismo/ aceptación estoica	Dejo todo en manos de médicos Conformidad Percepción de buena vida antes de la enfermedad Vivir el día a día Aceptación de la enfermedad	

Capítulo IV

Metodología

4.1. Métodos, Tipo y Nivel de la Investigación

4.1.1. Enfoque de la Investigación.

Para el desarrollo del planteamiento de este estudio, se empleó un enfoque cuantitativo, utilizando el método inductivo-deductivo.

4.1.2. Tipo de Investigación.

El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal para identificar las características del problema, y se estudió a un grupo de personas en determinado momento.

4.1.3. Nivel de Investigación.

Según su naturaleza, la investigación es de tipo descriptiva correlacional, ya que su propósito fue determinar la relación o el grado de asociación entre las dos variables en estudio.

4.1.4. Métodos de la Investigación.

Se utilizó el método científico, dado que es la herramienta fundamental para adquirir nuevos conocimientos sobre un tema específico.

4.2. Diseño de Investigación

El estudio posee un diseño no experimental, por lo que la investigación puede considerarse no experimental. Al observar el objeto de estudio en su hábitat natural, los investigadores pudieron conocer su comportamiento y rasgos sin modificar ninguno de los factores. Las observaciones de los hechos investigados debían describirse en el mismo momento en que se producían. Para describir cómo reaccionaban los pacientes al enterarse de que tenían cáncer, los investigadores se basaron en la observación.

4.2.1. Tipo y Diseño de Estudio.

Debido a que detalló la naturaleza del problema y su manifestación, este estudio no utilizó un enfoque experimental sino una estrategia descriptiva transversal. El estudio utilizó un diseño transversal, lo que significa que las variables se evaluaron en un solo punto en el tiempo y el fenómeno investigado se observó sin alterarlo, lo que lo convierte en no experimental. Polit afirma que este diseño de estudio es correlacional, lo que significa que no existe una relación directa entre las variables.

4.3. Población y Muestra

4.3.1. Población.

Durante el año 2023, el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche atendió a una población de 50 pacientes con cáncer gástrico. La decisión de limitar la población a este grupo específico fue tomada en función del acceso y la disponibilidad de los pacientes durante el último trimestre del año, que fue cuando se llevó a cabo el trabajo de campo. Este periodo coincidió con las fases más estables del tratamiento de muchos de estos pacientes, lo que permitió su participación. Las limitaciones en el acceso a algunos pacientes durante otras partes del año, debido a altas hospitalarias o traslados a otros centros, influyó en la delimitación temporal de la investigación.

La población estudiada estuvo compuesta por 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que asistieron al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche durante el último trimestre del año 2023. Estos pacientes recibieron tratamientos diversos como quimioterapia, radioterapia y hospitalización, según su etapa de la enfermedad. La selección de esta población se realizó con base en la información proporcionada por el registro del hospital, donde se identificaron los pacientes que acudieron durante este periodo.

4.3.2. Muestra.

Se utilizó como muestra total a 50 pacientes, aplicando criterios de inclusión y exclusión obtuvimos 44 pacientes con cuales pudimos trabajar en nuestros resultados.

La exclusión de los seis pacientes restantes se debió a varios factores justificados por criterios de inclusión y exclusión predefinidos. Criterios de exclusión fueron aquellos pacientes que no pudieron completar los cuestionarios por presentar deterioro cognitivo, estar en condiciones terminales que impedían su participación, o por falta de consentimiento informado. Por lo tanto, los 44 pacientes seleccionados representan aquellos que cumplieron con los criterios y que, además, pudieron participar activamente en todas las etapas del estudio.

4.3.3. Unidad de Análisis.

La población diana estaba formada por un total de cincuenta pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de estómago en las consultas externas del Servicio de Oncología y Gastroenterología Van Grimmer. La muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 0,05.

Muestreo. La estrategia de muestreo de este estudio fue no probabilística, lo que significa que se basó en criterios predeterminados para elegir unidades de observación que fueran representativas de la comunidad. Como incluimos todo lo que era práctico y esencial para nuestro estudio, obviamente no fue aleatorio.

- Criterios de Inclusión:
 - Pacientes hombres y mujeres.
 - Pacientes tratados por cáncer gástrico.
 - Pacientes adultos.
- Criterios de Exclusión:
 - Pacientes con alteraciones mentales.
 - Pacientes que no se encuentran presentes en el área de estudio.
 - Pacientes que no quieren participar en la investigación.

4.3.4. Consideraciones Éticas.

Todos los pasos utilizados para crear la investigación se adhieren a las directrices establecidas por el Comité de Investigación con Sujetos Humanos y la Declaración de Helsinki de 1975, que se modificó formalmente en 2004 y ahora se reconoce oficialmente como la Declaración de Helsinki de 1975. En esencia, esta declaración subraya la necesidad de promover el respeto, proteger la salud y los derechos humanos, e indica que el conocimiento de la literatura científica es necesario para la investigación sanitaria. También especifica que los participantes en la investigación deben dar su consentimiento informado después de una descripción detallada de la lógica, la metodología y los resultados previstos del estudio.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección y Análisis de Datos.

4.4.1. Técnicas.

Las técnicas empleadas para la recopilación y análisis de datos fue la encuesta y entrevista

4.4.2. Instrumentos.

Los pacientes del Hospital Goyeneche, tanto hombres como mujeres, fueron entrevistados utilizando una guía de entrevista estructurada para recabar información amplia y detallada. Se recogieron detalles sobre la dolencia, así como datos sobre sexo, edad, estado civil, nivel educativo, religión, ocupación actual y detalles de la enfermedad.

4.4.2.1. Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés.

Se empleó el cuestionario de vulnerabilidad al estrés de Avilés y Medina (2021) se utilizó para evaluar la susceptibilidad de las pacientes con cáncer de útero a sufrir problemas de salud física y mental en respuesta a un acontecimiento estresante en un momento determinado de su vida. autorregulación (8 ítems), optimismo y apoyo (6 ítems), sociabilidad y acción (4 ítems), tolerancia y reactividad (5 ítems).

a. Validez y confiabilidad del instrumento.

Utilizando el paradigma del afrontamiento del estrés, Alonso y sus colegas demostraron su fiabilidad y validez. Según esta teoría, ciertas personas son más susceptibles a los efectos negativos del estrés porque su combinación única de factores personales y sociales les dificulta la gestión de las situaciones estresantes. Para determinar los factores primarios que se utilizaron para categorizar los ítems, realizamos un análisis factorial de los datos. A continuación, para comprobar la validez del contenido, realizamos un análisis de contenido. En cuanto a la consistencia interna, el cuestionario tiene un 0,92 en el alfa de Cronbach, un 0,90 en el Spearman-Brown y una correlación test-retest del 97%.

b. Del instrumento actualizado.

Según Avilés, el instrumento fue validado por expertos en la materia, entre ellos un especialista en salud mental, un especialista en promoción de la salud, profesionales de los servicios de psicología humana y especialistas de las empresas de categoría I-4 de Tacna. Objetivamente, se quiso asegurar la precisión del instrumento logrando la validez de contenido. Para asegurar su validez y uso, se basaron en dos pruebas: una desarrollada por L. H. Miller para medir la sensibilidad al estrés y otra por ACS, Frydenberg y Lewis, R. para evaluar los

mecanismos de afrontamiento.

4.4.2.2. *Cuestionario Estilo de Ajuste Mental al Cáncer.*

Watson et al. (2008) crearon el concepto ajuste mental al cáncer en Inglaterra para medir las reacciones emocionales y conductuales de los pacientes con cáncer ante su diagnóstico. Posteriormente, Trigos lo modificó para su uso en Perú (2009). Este instrumento tiene un total de 31 preguntas, cada una con cuatro posibles respuestas tipo Likert; cuatro de estos ítems sirven como subescalas que reflejan diferentes enfoques para enfrentar un diagnóstico oncológico (4).

a. Validez y confiabilidad del instrumento.

Basándose en su evaluación de la literatura pertinente, Watson y Homewood (2008) postularon que las disparidades culturales en la interpretación de los enunciados y las variaciones en las metodologías de análisis factorial podrían explicar la discrepancia observada en los hallazgos de la estructura de componentes. La validez se evaluó en una muestra de 1.255 pacientes para determinar sus cualidades psicométricas; la muestra se dividió en dos grupos: los que presentaban un ajuste positivo y los que presentaban un ajuste negativo.

La fiabilidad del estilo espíritu de lucha ($\alpha = 0,804$) y del estilo impotencia/desesperanza ($\alpha = 0,799$) resultó ser fuerte cuando se examinó la consistencia interna de cada factor de ajuste mental. El estilo fatalismo/aceptación estoica mostró una fiabilidad pobre ($\alpha = 0,513$), en contraste con el estilo ansiedad ansiosa que demostró una fiabilidad intermedia ($\alpha = 0,671$).

b. Del instrumento actualizado.

La Escala de Adaptación Mental al Cáncer (MAC), una herramienta utilizada internacionalmente por los profesionales de la oncología, se ha traducido y adaptado a la cultura árabe y marroquí. Se administró a mujeres con cáncer de mama, según PubMed Central 2021, un archivo gratuito de texto completo de literatura de revistas biomédicas y de ciencias de la vida de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud (NIH/NLM).

Se utilizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para evaluar la estructura de componentes en la muestra piloto de 158 personas con el fin de validarla. El análisis factorial confirmatorio (AFC) verificó esta estructura en la muestra de validación ($N = 203$). Se validó la estructura original de los ítems, propuesta por Watson: miedo al fracaso, evitación cognitiva, espíritu de lucha, preocupación ansiosa y fatalismo. Se observó un alto grado de aceptación en los índices de ajuste absoluto, incremental y parsimonioso, lo que indica que el modelo de medición de las reacciones psicológicas al diagnóstico y tratamiento del cáncer funcionó bien.

Capítulo V

Resultados

5.1. Descripción del Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó durante el último trimestre del año 2023, entre los meses de octubre y diciembre, en el Servicio de Oncología Van Grimmer del Hospital Goyeneche, y en los consultorios externos de gastroenterología. El primer paso consistió en gestionar los trámites administrativos necesarios, que incluyeron la solicitud formal de autorización para realizar el estudio ante el comité de ética del hospital y la coordinación directa con el médico jefe del Servicio Van Grimmer, Dr. Roberto Hernández, quien supervisó el proceso de selección de los pacientes.

5.2. Proceso de Recolección de Datos

El proceso de recolección de datos se centró en entrevistas semiestructuradas realizadas a 44 pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, puntuadas según los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial en las instalaciones del hospital, y cada paciente firmó un consentimiento informado antes de participar.

Los pacientes fueron entrevistados por turnos, conforme a su disponibilidad en las consultas externas y hospitalizaciones. Las entrevistas, de aproximadamente 30 minutos cada una, se centraron en temas como el ajuste mental a la enfermedad, los factores de estrés asociados y su calidad de vida. Se utilizaron cuestionarios validados y actualizados al contexto local la exactitud y relevancia del análisis de datos.

5.3. Desafíos del Trabajo de Campo

Uno de los principales desafíos fue la disponibilidad limitada de los pacientes, debido a las características de la enfermedad, que en algunos casos dificultó su participación plena. Se enfrentaron retos relacionados con el estado de salud de algunos pacientes, que se encontraban en fases avanzadas de la enfermedad y no pudieron completar las entrevistas. Además, se presentaron retrasos en la recolección de datos por la alta demanda del servicio de oncología, lo que limitó el tiempo disponible para llevar a cabo las entrevistas de manera continuada.

Para superar estos desafíos, se implementaron ajustes en el cronograma de entrevistas, extendiendo las visitas al hospital fuera del horario normal de atención cuando fue necesario, y priorizando a aquellos pacientes que podían colaborar sin que esto afectara su tratamiento. Además, se contó con la colaboración del personal médico, quienes brindaron apoyo para identificar a los usuarios que seguían las sugerencias de los criterios de inclusión y facilitaron su participación.

5.4. Evidencias Documentales

El proceso de trabajo de campo está respaldado por documentos oficiales, entre ellos:

- Autorización del comité de ética del Hospital Goyeneche, emitida en septiembre de 2023.
- Consentimiento informado, firmados por cada uno de los 44 pacientes.
- Registro de entrevistas realizadas, con fechas, duración y observaciones relevantes.

5.5. Presentación de Resultados

Se exponen los resultados relacionados con los objetivos del estudio haciendo uso tablas de distribución de frecuencias para que muestran los porcentajes obtenidos de los instrumentos. Además, se agrega un análisis estadístico para obtener datos mucho más precisos.

Tabla 2. Características generales de pacientes con cáncer gástrico.

Datos generales	f_i	$h_i \%$
Sexo		
Masculino	25	56,8
Femenino	19	43,1
Total	44	100,0
Edad		
20 a 30 años	09	20,5
31 a 50 años	23	52,2
Más de 50 años	12	27,2
Total	44	100,0
Estado civil		
Soltera/o	17	38,6
Casada/o	10	22,7
Conviviente	12	27,2
Otro	5	11,3
Total	44	100,0
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	7	15,9
Primaria	6	13,6
Secundaria	23	52,2
Superior	8	18,2
Total	44	100,0

De las características generales de pacientes con cáncer gástrico, se observa que el 56,8 % son del sexo masculino, el 52,2 % en edades entre 31 a 50 años, el 38,6 % solteros, y el 52,2 % tienen el nivel de instrucción secundaria

Tabla 3. Vulnerabilidad al estrés dimensión autorregulación, pacientes con cáncer gástrico

Autorregulación	f_i	h_i %
Alto nivel	22	50,0
Mediano nivel	16	36,36
Bajo nivel	06	13,6
total	44	100,0

En cuanto a la variable de vulnerabilidad al estrés dentro de la dimensión de autorregulación, la mayoría de la población estudiada, con un 50 %, presenta un nivel alto. A este le sigue un nivel medio con el 36,36 %, mientras que el 13,6 % muestra un nivel bajo. Esto sugiere que, en general, la gran parte de los usuarios poseen una capacidad limitada para actuar de manera reflexiva y controlar sus emociones.

Estos resultados indican que la mitad de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, tiene dificultades significativas para regular sus emociones ante el diagnóstico y tratamiento. La alta prevalencia de un nivel elevado de vulnerabilidad al estrés en la dimensión de autorregulación, puede estar directamente relacionada con el impacto emocional que genera el diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer gástrico, que conlleva altos niveles de incertidumbre, miedo y ansiedad.

La autorregulación es un factor clave en la adaptación psicológica de los pacientes, ya que permite enfrentar las demandas emocionales y físicas del tratamiento de manera más efectiva. Cuando las personas luchan por controlar sus emociones y el estrés, pueden sufrir problemas de salud mental como depresión o ansiedad. Estas afecciones tienen un efecto dominó sobre la adherencia al tratamiento y el pronóstico general.

Tabla 4. Vulnerabilidad al estrés dimensión optimismo y apoyo social, pacientes con cáncer gástrico.

Optimismo y apoyo social	f_i	h_i %
Alto nivel	17	38,6
Mediano nivel	19	43,2
Bajo nivel	08	18,2
Total	44	100,0

En la dimensión de optimismo y apoyo social, el 43,1 % de los pacientes con cáncer gástrico evaluados muestra una vulnerabilidad media, mientras que el 38,6 % exhibe un alto nivel de optimismo y apoyo social. En contraste, el 18,1 % presenta un nivel bajo en esta dimensión, lo cual refleja una percepción reducida de apoyo social y una perspectiva menos optimista respecto al futuro.

Observamos de los resultados que en la dimensión optimismo y apoyo social, un alto porcentaje de las unidades de observación, el 43,2 %, muestran perspectiva positiva y esperanzada del futuro, que otorga fortaleza interior que le ayuda a atravesar momentos difíciles y el apoyo social les otorga bienestar subjetivo,

Estos resultados sugieren que, casi la mitad de los pacientes (43,1 %) mantiene un optimismo moderado y siente un nivel adecuado de apoyo social. Este grupo puede estar en una situación donde las relaciones familiares y sociales juegan un papel importante en su bienestar emocional, ayudándolos a enfrentar el diagnóstico de cáncer con una perspectiva relativamente positiva.

El 38,6 % de los pacientes que presenta un alto nivel de optimismo y apoyo social puede considerarse un grupo más resiliente emocionalmente. Estos pacientes parecen tener una perspectiva positiva del futuro, lo que les proporciona una fortaleza interna que les ayuda a atravesar los momentos difíciles asociados al diagnóstico de cáncer gástrico. Además, la percepción de un fuerte apoyo social les confiere una sensación de bienestar subjetivo, mejorando su capacidad para manejar el estrés y la ansiedad.

Por otro lado, el 18,1 % de los pacientes con un bajo nivel de optimismo y apoyo social representa un grupo vulnerable. Estos pacientes no solo tienen una visión más pesimista del futuro, sino que también perciben una falta de apoyo social, lo que los coloca en una situación de mayor vulnerabilidad al estrés. La falta de apoyo social puede generar sentimientos de soledad y desesperanza, aumentando el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como la depresión. Este grupo necesita una atención especial mediante intervenciones terapéuticas enfocadas en mejorar su red de apoyo y fomentar una visión más optimista de su situación.

Tabla 5. Vulnerabilidad al estrés dimensión sociabilidad y acción, pacientes con cáncer gástrico

Sociabilidad y acción	f_i	h_i %
Alto nivel	18	40,9
Mediano nivel	21	47,6
Bajo nivel	05	11,3
Total	44	100,0

En la dimensión sociabilidad y acción, se observa que el 47,6 % de los pacientes presenta un nivel mediano, seguido por un 40,9 % que muestra un alto nivel de sociabilidad, mientras que el 11,3 % tiene un bajo nivel en esta dimensión.

Estos resultados indican que casi la mitad de los pacientes (47,6 %) mantiene un nivel intermedio de sociabilidad y participación social, lo que sugiere que, si bien estos pacientes son capaces de relacionarse con su entorno social de manera adecuada, podrían no estar aprovechando completamente el apoyo emocional y social que el contacto constante con su comunidad o red de apoyo

podría ofrecerles. La sociabilidad es un factor importante en la adaptación emocional de los pacientes oncológicos, ya que facilita la obtención de apoyo social, emocional y práctico de familiares, amigos y otros miembros de la sociedad.

El 40,9 % de los pacientes con alto nivel de sociabilidad es un grupo que destaca por su capacidad de relacionarse positivamente con su entorno social. Estos pacientes tienden a participar activamente en su comunidad y pueden aprovechar mejor las redes de apoyo social, lo cual les otorga una mayor resiliencia emocional. La relación cercana con otras personas puede ofrecer una fuente constante de apoyo emocional, lo que ayuda a reducir el estrés y facilita la adaptación al diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Por otro lado, el 11,3 % de los pacientes con un bajo nivel de sociabilidad representa un grupo que tiene dificultades significativas para relacionarse con su entorno social. Este grupo puede estar en riesgo de aislamiento social, lo que incrementa la vulnerabilidad al estrés y puede contribuir al desarrollo de problemas psicológicos como la depresión o la ansiedad. La falta de contacto social regular puede reducir el acceso a recursos de apoyo, lo que agrava los efectos negativos del estrés emocional relacionado con el cáncer gástrico.

Tabla 6. Vulnerabilidad al estrés dimensión tolerancia y reactividad, pacientes con cáncer gástrico

Tolerancia y reactividad	f_i	h_i %
Alto nivel	19	43,1
Mediano nivel	22	50,0
Bajo nivel	03	6,8
Total	44	100,0

En la dimensión de tolerancia y reactividad, el 50 % de los pacientes muestra un nivel mediano de tolerancia, seguido de un 43,1 % con un alto nivel de tolerancia y solo un 6,8 % presenta un bajo nivel en esta dimensión.

Estos resultados indican que la mitad de los pacientes (50 %) tiene una capacidad moderada para tolerar las dificultades y las diferencias que enfrentan en su vida diaria, incluidas las relacionadas con el diagnóstico de cáncer gástrico. Este grupo de pacientes parece tener una reacción equilibrada ante los desafíos, lo que sugiere que, aunque pueden experimentar frustración y miedo ante su situación, son capaces de adaptarse y aceptar las circunstancias con cierto grado de flexibilidad. Sin embargo, debido a que su tolerancia es moderada, es probable que estos pacientes necesiten apoyo adicional para mejorar su capacidad de enfrentar el estrés y la ansiedad que surgen en situaciones más complejas, como el avance de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento.

El 43,1 % de los pacientes que muestran un alto nivel de tolerancia, refleja un grupo que tiene una fuerte capacidad para aceptar la diversidad de situaciones que les presenta la vida, incluyendo el

diagnóstico de cáncer. Estos pacientes son flexibles y muestran una actitud positiva frente a la adversidad, lo que les permite mantener la calma y evitar reacciones emocionales desproporcionadas. Esta habilidad para tolerar el miedo, la incertidumbre y las diferencias puede ser un factor protector que les ayuda a gestionar mejor el estrés relacionado con el cáncer y su tratamiento, mejorando su ajuste mental y su calidad de vida.

Por otro lado, el 6,8 % de los pacientes con bajo nivel de tolerancia representa un grupo vulnerable que puede tener dificultades significativas para manejar el estrés y adaptarse a los cambios y desafíos que enfrentan. Estos pacientes son más propensos a reacciones emocionales intensas y pueden tener dificultades para aceptar las diferencias y la incertidumbre, lo que puede aumentar su vulnerabilidad al estrés y dificultar su adherencia al tratamiento. Es fundamental que este grupo reciba apoyo psicológico especializado para mejorar su capacidad de tolerancia y reactividad frente a los retos emocionales que el cáncer trae consigo.

Tabla 7. Vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico.

Vulnerabilidad al estrés	f_i	h_i %
Alto nivel	18	40,9
Mediano nivel	20	45,4
Bajo nivel	06	13,6
Total	44	100,0

En la dimensión de vulnerabilidad al estrés, se observa que el 45,4 % de los pacientes con cáncer gástrico presenta un nivel mediano de vulnerabilidad, seguido por un 40,9 % que muestra un alto nivel, mientras que solo el 13,6 % de los pacientes tiene un bajo nivel de vulnerabilidad al estrés.

El hecho de que casi la mitad de los pacientes (45,4 %) presenta un nivel mediano de vulnerabilidad al estrés, sugiere que estos pacientes tienen una susceptibilidad moderada a los efectos del estrés relacionado con su diagnóstico de cáncer. Este grupo probablemente experimenta altos niveles de incertidumbre, miedo y ansiedad, pero puede gestionar estas emociones de manera parcial, aunque con limitaciones. Los pacientes con un nivel mediano de vulnerabilidad aún corren el riesgo de desarrollar trastornos psicosomáticos si no reciben el apoyo psicológico adecuado, ya que el estrés prolongado está estrechamente relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas y la exacerbación de síntomas físicos vinculados al cáncer.

El 40,9 % de los pacientes que muestran un alto nivel de vulnerabilidad al estrés, es un grupo que está en alto riesgo de sufrir consecuencias psicosomáticas más graves debido a su incapacidad para manejar adecuadamente el estrés. Estos pacientes son más propensos a desarrollar problemas de salud mental, como la depresión o la ansiedad crónica, y es posible que sus niveles de estrés afecten negativamente su capacidad para adherirse a los tratamientos médicos. Además, el estrés excesivo en este grupo podría deteriorar su calidad de vida y capacidad de recuperación, lo que resalta la importancia

de intervenciones psicológicas tempranas y continuas.

Por otro lado, el 13,6 % de pacientes con bajo nivel de vulnerabilidad al estrés, muestra una mayor resiliencia emocional frente a los desafíos que conlleva el diagnóstico de cáncer. Estos pacientes parecen tener un mejor manejo del estrés, lo que probablemente les permite mantener una actitud más equilibrada y positiva ante la enfermedad. Sin embargo, es esencial monitorear su estado emocional a lo largo del tiempo, ya que el estrés puede incrementarse en etapas más avanzadas del tratamiento.

Tabla 8. Ajuste mental al cáncer factor I, espíritu de lucha, pacientes con cáncer gástrico servicio.

Espíritu de lucha	f_i	h_i %
Alto nivel	16	36,36
Mediano nivel	23	52,30
Bajo nivel	05	11,36
Total	44	100,00

En el factor I: espíritu de lucha, se observa que el 52,3 % de pacientes con cáncer gástrico, presenta un nivel mediano de espíritu de lucha, seguido por el 36,36 % con un alto nivel, mientras que el 11,36 % tiene un bajo nivel en este factor.

El 52,3 % de pacientes que presenta un nivel mediano de espíritu de lucha, refleja que más de la mitad de pacientes tiene una actitud relativamente positiva ante el diagnóstico de cáncer, mostrando una fuerza de voluntad moderada para enfrentar los desafíos asociados a su enfermedad. Estos pacientes suelen resistirse a rendirse y pueden encontrar dentro de sí mismos los recursos necesarios para lidiar con el estrés del diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, el hecho de que su nivel de lucha sea mediano, indica que podrían necesitar apoyo adicional para mantener esta actitud en momentos más difíciles, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad.

El 36,36 % de los pacientes que muestra un alto nivel de espíritu de lucha es un grupo que tiene una resiliencia psicológica notable. Estos pacientes son los que demuestran una voluntad fuerte para luchar contra el cáncer y no se dan por vencidos fácilmente. Este grupo tiene la capacidad de ver los desafíos como superables y puede aprovechar el estrés como una motivación positiva para adherirse al tratamiento. Este espíritu de lucha no solo contribuye a mejorar su estado mental, sino que también puede influir en su recuperación física, ya que está comprobado que una actitud mental positiva puede mejorar la respuesta al tratamiento y la calidad de vida.

Por otro lado, el 11,36 % de pacientes con bajo nivel de espíritu de lucha, representa un grupo vulnerable que puede tener dificultades significativas para enfrentar su diagnóstico. Estos pacientes son más propensos a sentimientos de desesperanza y resignación, lo que puede afectar su capacidad de adaptarse al tratamiento y mantener la motivación para luchar contra la enfermedad. Este grupo necesita intervenciones psicológicas urgentes para mejorar su actitud mental y ayudarles a desarrollar estrategias

de afrontamiento más efectivas.

Tabla 9. Ajuste mental al cáncer factor II, desamparo-desesperanza, pacientes con cáncer gástrico.

Desamparo-desesperanza	f_i	h_i %
Alto nivel	15	34,00
Mediano nivel	19	43,18
Bajo nivel	10	22,70
Total	44	100,00

En la dimensión de desamparo-desesperanza, el 43,18 % de los pacientes con cáncer gástrico presenta un nivel mediano de desamparo, seguido por el 34 % que muestra un alto nivel de desamparo, mientras que un 22,7 % tiene un bajo nivel en este factor.

El 43,18 % de pacientes con un nivel mediano de desamparo-desesperanza refleja que un número significativo de ellos experimenta sentimientos de incertidumbre y pesimismo frente a su diagnóstico de cáncer. Estos pacientes tienden a experimentar fases donde sienten que su situación está fuera de su control, lo que puede reducir su motivación para luchar contra la enfermedad. Aunque no se encuentran en un estado de total desesperanza, sus recursos emocionales para enfrentar el tratamiento pueden estar debilitados, lo que podría repercutir en su adherencia al mismo. Es crucial identificar a estos pacientes a tiempo para evitar que su situación emocional empeore y derive en una actitud más pasiva o de abandono frente al tratamiento.

El 34 % de los pacientes con un alto nivel de desamparo-desesperanza representa un grupo que está en alto riesgo emocional. Estos pacientes probablemente experimentan sentimientos intensos de desesperanza, lo que implica una pérdida de interés en su tratamiento y una actitud de resignación hacia su condición. Esta percepción de desamparo puede llevar a que estos pacientes se sientan incapaces de hacer frente a su enfermedad, lo que disminuye considerablemente su espíritu de lucha y su capacidad de participar activamente en su tratamiento. Si no se interviene a tiempo, este grupo podría enfrentar un deterioro mental y físico significativo, ya que la desesperanza afecta no solo su bienestar emocional, sino también su respuesta al tratamiento médico.

El 22,7 % de los pacientes con bajo nivel de desamparo-desesperanza muestra una mejor adaptación emocional frente a la adversidad del diagnóstico. Estos pacientes parecen ser más resilientes y capaces de mantener una actitud positiva frente a su situación, lo que les permite enfrentar el tratamiento de manera más efectiva. Aunque este grupo es menos vulnerable, es esencial proporcionarles apoyo continuo para mantener su estado emocional positivo, ya que las etapas avanzadas del tratamiento podrían desafiar su resistencia emocional.

Tabla 10. Ajuste mental al cáncer factor III, preocupación ansiosa.

Preocupación ansiosa	f_i	h_i %
Alto nivel	22	50,0
Mediano nivel	19	43,18
Bajo nivel	03	6,81
Total	44	100,0

De la variable ajuste mental al cáncer factor III, en la dimensión de preocupación ansiosa, el 50 % de los pacientes con cáncer gástrico presenta un alto nivel de ansiedad, seguido de un 43,18 % que muestra un nivel mediano, mientras que solo un 6,81 % tiene un bajo nivel de preocupación ansiosa.

El hecho de que la mitad de los pacientes (50 %) presenta un alto nivel de preocupación ansiosa, refleja una gran vulnerabilidad emocional entre este grupo. Estos pacientes están experimentando ansiedad intensa y recurrente relacionada con su diagnóstico de cáncer, lo que puede manifestarse en episodios de pánico, miedo extremo y una preocupación constante por su futuro. La ansiedad en estos pacientes es un reflejo del miedo a la muerte, la incertidumbre sobre el tratamiento y el impacto de la enfermedad en sus vidas cotidianas. La presencia de altos niveles de ansiedad puede interferir significativamente con la capacidad de estos pacientes para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y afectar negativamente su calidad de vida.

El 43,18 % de los pacientes que muestra un nivel mediano de preocupación ansiosa, también está lidiando con preocupaciones y miedos significativos, aunque estos pueden ser más intermitentes o menos graves que en el grupo anterior. Este nivel de preocupación puede manifestarse como una ansiedad más gestionable pero que aún impacta en su estado emocional y puede reducir su capacidad para enfrentar de manera efectiva los desafíos del tratamiento oncológico. Estos pacientes podrían estar en una posición emocionalmente más estable, pero aún requieren apoyo psicológico para evitar que su ansiedad se incremente y afecte su bienestar general.

Por otro lado, el 6,81 % de los pacientes con un bajo nivel de preocupación ansiosa muestra una mayor resiliencia emocional y una capacidad más robusta para manejar el estrés y la incertidumbre asociada con el cáncer. Estos pacientes probablemente experimentan menores episodios de ansiedad y son capaces de mantener una actitud más equilibrada ante su situación. A pesar de que este grupo es menos vulnerable, es importante continuar monitoreando su estado emocional, ya que la ansiedad puede surgir en fases más avanzadas del tratamiento.

Tabla 11. Ajuste mental al cáncer factor IV, fatalismo-aceptación estoica.

Fatalismo/ aceptación estoica	f_i	h_i %
Alto nivel	17	38,63
Mediano nivel	22	50,0
Bajo nivel	05	11,36
Total	44	100,0

Del factor IV, fatalismo-aceptación estoica la gran parte de los encuestados estudiados con el 50 % muestran mediano nivel, seguido del alto nivel con el 38,63 % y solo el 11,36 % tiene bajo nivel.

Observamos, en el factor IV, en la dimensión de fatalismo-aceptación estoica, el 50 % de los pacientes presenta un nivel mediano, seguido de un 38,63 % con un alto nivel, mientras que un 11,36 % tiene un bajo nivel de fatalismo.

El 50 % de los pacientes que presenta un nivel mediano de fatalismo sugiere que una gran parte de los pacientes tiene una creencia moderada en que los acontecimientos de su vida, incluido el cáncer, son ineludibles y fuera de su control. Estos pacientes tienden a aceptar su diagnóstico con resignación, pero no necesariamente han perdido por completo la esperanza o la voluntad de luchar contra la enfermedad. Esta actitud de aceptación estoica puede tener aspectos positivos, ya que permite a algunos pacientes mantener la calma y evitar la angustia extrema. Sin embargo, también puede ser un indicador de pasividad, lo que podría disminuir su motivación para buscar tratamientos más activos o alternativas que puedan mejorar su pronóstico.

El 38,63 % de los pacientes con un alto nivel de fatalismo representa un grupo que ha adoptado una actitud más resignada y pasiva frente a su enfermedad. Estos pacientes creen que todo está predeterminado y que sus acciones no pueden alterar el curso de su vida ni su tratamiento. Esta creencia de que el destino es ineludible puede llevar a una aceptación negativa que disminuye la voluntad de los pacientes para involucrarse activamente en su tratamiento o para buscar mejoras en su calidad de vida. Este alto nivel de fatalismo puede estar relacionado con un sentimiento de desesperanza que, si no se trata, podría afectar gravemente su bienestar emocional y físico.

Por otro lado, el 11,36 % de los pacientes con un bajo nivel de fatalismo demuestra una actitud más activa y optimista frente a su enfermedad. Estos pacientes son menos propensos a resignarse y más propensos a buscar activamente soluciones o tratamientos que puedan mejorar su situación. Esta actitud proactiva es beneficiosa para su ajuste mental y puede mejorar su adherencia al tratamiento y su calidad de vida en general.

Tabla 12. Ajuste mental al cáncer en pacientes con cáncer gástrico

Ajuste mental al cáncer	f_i	$h_i \%$
Alto nivel	17	38,6
Mediano nivel	21	47,72
Bajo nivel	06	13,6
Total	44	100,0

En la variable ajuste mental al cáncer, el 47,72 % de los pacientes presenta un nivel mediano, seguido por un 38,6 % que muestra un alto nivel, mientras que solo un 13,6 % tiene un bajo nivel de ajuste mental al cáncer.

El hecho, de que casi la mitad de los pacientes (47,72 %) tenga un nivel mediano de ajuste mental al cáncer, refleja que estos pacientes están experimentando un proceso moderado de adaptación frente a su diagnóstico de cáncer gástrico. El diagnóstico oncológico representa un evento crítico y traumático que altera significativamente la vida de una persona, generando una amplia gama de emociones, como miedo, incertidumbre, tristeza, y ansiedad. Este nivel mediano sugiere que, si bien los pacientes están haciendo un esfuerzo para afrontar la enfermedad, todavía pueden encontrarse en una situación de vulnerabilidad emocional, donde el estrés y las emociones negativas afectan su capacidad para enfrentar adecuadamente el tratamiento y los desafíos que conlleva la enfermedad.

El 38,6 % de los pacientes con un alto nivel de ajuste mental al cáncer, es un grupo que ha logrado adaptarse mejor a su diagnóstico y tratamiento. Estos pacientes son más resilientes emocionalmente y han desarrollado estrategias efectivas de afrontamiento que les permiten enfrentar la enfermedad con una actitud más positiva y participativa. Este nivel de ajuste puede estar relacionado con el apoyo emocional que reciben, su capacidad para manejar el estrés, y su aceptación del diagnóstico como parte de su realidad. Los pacientes con un alto ajuste mental tienden a ser más proactivos en su tratamiento, lo que puede mejorar su calidad de vida y su pronóstico.

Por otro lado, el 13,6 % de los pacientes con un bajo nivel de ajuste mental al cáncer, representa un grupo que tiene dificultades significativas para adaptarse a su situación. Estos pacientes pueden estar experimentando sentimientos de desesperanza, ansiedad extrema, o negación, lo que les dificulta enfrentar el proceso de tratamiento de manera efectiva. Es probable que este grupo necesite apoyo psicológico urgente para ayudarles a mejorar su capacidad de afrontamiento y para prevenir el deterioro de su salud mental y física.

Tabla 13. Vulnerabilidad al estrés según ajuste mental al cáncer en pacientes con cáncer gástrico.

Vulnerabilidad al estrés	Total		Ajuste mental al cáncer					
			alto		mediano		bajo	
Total	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$
	44	100,0	17	38,6	21	47,7	06	13,6
Alto nivel	18	40,9	13	29,5	03	6,81	02	4,5
Mediano nivel	20	45,4	04	9,0	15	34,0	01	2,3
Bajo nivel	06	13,6	00	0,0	03	6,81	03	6,81

$X^2 : 9.97$

gL (4)

$X^2 : 9.49$

p: 0.053 (p<0.05)

Los resultados muestran que, entre los pacientes con cáncer gástrico, la mayoría, con un 45,4 %, presenta un nivel medio de vulnerabilidad al estrés; de este grupo, el 34 % también exhibe un nivel medio de ajuste mental al cáncer.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica $X^2 \times X^2$ con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, se halló significancia estadística. Esto permite aceptar la hipótesis que establece una relación entre los cuidados informales y el impacto en la calidad de vida de los cuidadores informales.

Tabla 14. Correlación

		Vulnerabilidad al Estrés	Ajuste Mental al Cáncer	
Rho de Spearman	Vulnerabilidad al estrés	Coefficiente de correlación	1,000	0,765**
		Sig. (bilateral)		0,000
		N	44	44
Rho de Spearman	Ajuste mental al cáncer	Coefficiente de correlación	0,765**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,001	.
		N	44	44

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

Como el coeficiente del Rho de Spearman es 0,775 y la significancia $p = 0,001$, se encuentra entre el intervalo de 0,80 y 1,00, este resultado indica que existe relación directa (buena correlación) entre la vulnerabilidad al estrés y ajuste mental al cáncer en los pacientes con cáncer gástrico.

Intervalos	Categorías
De 0,00 a 0,19	Muy baja correlación
De 0,20 a 0,39	Baja correlación
De 0,40 a 0,50	Moderada correlación
De 0,60 a 0,79	Buena correlación
De 0,80 a 1,00	Muy buena correlación

Decisión.

Dado que la significancia bilateral (Sig.) es $p = 0,000$, lo cual es menor que $\alpha = 0,05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1). Esto indica que existe una correlación entre la vulnerabilidad al estrés y el ajuste mental al cáncer en los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología Van Grimmer de Arequipa en el año 2023, con un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$ (5 %) o un nivel de confianza del 95 %.

5.6. Discusión

En la presente investigación, se ha realizado un análisis de carácter correlacional observacional, para las variables vulnerabilidad al estrés y ajuste mental al cáncer en pacientes con cáncer del Servicio de Oncología Van Grimmer de Arequipa, 2023 y se comparan los resultados encontrados con estudios previos y con la fundamentación teórica.

El estudio tuvo como objetivo general, determinar la relación vulnerabilidad al estrés y ajuste mental al cáncer, dado que, el cáncer gástrico es un problema de salud importante en el Perú, es altamente mortal. Según las estadísticas, es la principal causa de muerte por cáncer en Perú los casos nuevos por año ascienden a 6 300 y las muertes llegan a 4 979, representando el 80 %, convirtiéndose en el cáncer con mayor mortalidad que se debe a un diagnóstico en estadios avanzados (más del 80 %).

El tratamiento del cáncer gástrico en el Perú, depende del estadio de la enfermedad y puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia endoscópica, es fundamental que los pacientes reciban atención médica especializada en centros oncológicos y se les brinde un enfoque multidisciplinario para abordar su enfermedad.

Perú tiene una de las prevalencias de cáncer gástrico más altas de América Latina, por lo que se pensó que sería útil realizar este estudio para averiguar si las variables investigadas están relacionadas. Esto ayudará a esclarecer la naturaleza y extensión del problema.

Cuando los individuos experimentan tensión mental, corporal o emocional, se habla de estrés psicológico. Las tareas y compromisos cotidianos, como el trabajo, la familia y el dinero, pueden ser una fuente de estrés para las personas. Los traumas infantiles, la exposición a sustancias tóxicas, la pobreza, los prejuicios y las disparidades en los determinantes socioeconómicos de la salud son factores de estrés adicionales, así como los diagnósticos médicos aterradores, como el cáncer.

La epinefrina y la norepinefrina son hormonas del estrés que el organismo libera en respuesta a estímulos externos; estas hormonas elevan la frecuencia cardiaca, los niveles de azúcar en sangre y la tensión arterial. Ante un peligro inminente, esta reacción de alarma pone en marcha un mecanismo de supervivencia que hace que la persona responda rápida e intensamente.

Según Crespo y Labrador (2011), se considera que una persona es vulnerable al estrés si su

umbral de tolerancia al estrés es superado por factores ambientales o personales que le hacen experimentar estrés en un grado superior al que es capaz de manejar. Cuando se cree que realmente pone en riesgo a la persona, se piensa en él como una amenaza activa, mientras que primero se ve como una amenaza prospectiva.

Según los estudios, el sistema inmunitario se debilita, el aparato digestivo se vuelve disfuncional, el corazón enferma y la presión arterial aumenta cuando las personas experimentan estrés crónico.

Del objetivo específico 01.

Identificar el nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico en las dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, así como tolerancia y reactividad.

En relación con este objetivo, la investigación arrojó los siguientes resultados en cuanto a la variable de vulnerabilidad al estrés en diversas dimensiones: autorregulación (36,3 %), optimismo y apoyo social (43,2 %), sociabilidad y acción (47,6 %), tolerancia y reactividad (50 %), y a nivel general (45,4 %). La mayoría de los pacientes con cáncer gástrico presentan un nivel medio de vulnerabilidad al estrés, seguido por un nivel alto, representando el 40,9 %, mientras que solo el 13,6 % alcanza un nivel bajo.

Estos hallazgos son congruentes con el estudio de Flores Reyes L. y Vidal Marin D0 (2022) la cual tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional y diseño no experimental, se llevó a cabo con una muestra de 400 personas y concluye que el 50,5 % de los pacientes experimentan un nivel moderado de estrés y calidad de vida.

Del objetivo específico 02.

Detectar los estilos de ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores: espíritu de lucha, desamparo-desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo-aceptación.

En este sentido, el cáncer es una de las enfermedades más temidas del mundo. Su aparición y progresión son completamente impredecibles, y no deja de empeorar. Sólo pensar en el cáncer provoca mucho miedo y sentimientos intensos como conmoción e incredulidad. A medida que pasa el tiempo, la gente puede empezar a sentirse desesperanzada, desdichada y totalmente aterrorizada ante la posibilidad de perder la vida.

Cuando se diagnostica un cáncer, las personas sufren un proceso denominado adaptación mental. Esto incluye respuestas cognitivas, conductuales y emocionales. La forma en que la persona

interpreta el desalentador diagnóstico y el régimen de tratamiento influye en estas reacciones. Cuando se diagnostica un cáncer, las reacciones de las personas pueden oscilar entre neutras y muy positivas. Buscan nuevas estrategias y toman medidas para aliviar el malestar y el estrés causados por la enfermedad. Los profesionales sanitarios pueden ayudar a prevenir desequilibrios mentales en este proceso.

En 2012, Roy proporcionó una definición de afrontamiento como la capacidad de un individuo para manejar eventos estresantes mediante el uso de sus habilidades conductuales y cognitivas en tándem con las demandas de su entorno.

Respecto a este objetivo, en este estudio se llegaron a los siguientes resultados, en el ajuste mental al cáncer en las diferentes factores: espíritu de (52,30 %) optimismo y apoyo social (43,2 %), desamparo-desesperanza, con el (43,18 %) preocupación ansiosa (50 %), fatalismo-aceptación estoica (47,7 %) y a nivel global (47,7 %), la mayoría de pacientes con cáncer gástrico muestra mediano nivel de ajuste mental al cáncer, seguido por alto nivel, con el 40,9 % y para el bajo nivel, solo existe una representación del 13,6 %,

Estos hallazgos coinciden con los de un estudio realizado en 2021 por Minchola Álvarez, B. sobre el tema del ajuste mental en pacientes oncológicos que acuden a un establecimiento de salud de Trujillo, desagregado por género. Incluyendo 200 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 25 y 50 años, con un diseño descriptivo-comparativo y variedad de tipos de cáncer. Los resultados muestran que ambos sexos se encuentran mayoritariamente en niveles medios o altos de ajuste mental, pero que las mujeres tienen mayor probabilidad de estar en el nivel alto (54%), lo que significa que tienen mejores mecanismos de afrontamiento y son capaces de mantenerse en un estado adecuado en múltiples dominios (cognitivo, emocional y conductual).

Es de necesario que los profesionales del área de salud, formulen estrategias que favorezcan la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad, por las consecuencias nefastas que trae a su vida

Con relación al **objetivo general**, se observa que los pacientes con cáncer gástrico, el 45,4 % presentan nivel mediano de vulnerabilidad al estrés, de los cuales el 34 % muestran mediano nivel de ajuste mental al cáncer.

Estos resultados, se respaldan mediante el uso del estadístico no paramétrico Chi cuadrado, el cual arrojó un nivel significativo alto (0,001), que indica una relación entre las variables vulnerabilidad al estrés con el ajuste mental al cáncer.

Capítulo VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

1. Respecto a la vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico, los resultados muestran un nivel medio de vulnerabilidad en las dimensiones de optimismo y apoyo social (59 %), sociabilidad y acción (59 %), tolerancia y reactividad (50 %) y a nivel global (45,4 %). Este grupo es seguido por aquellos con un nivel alto de vulnerabilidad, que representa el 40,9 %.
2. En cuanto a la variable de ajuste mental al cáncer, los resultados obtenidos en diferentes factores indican que el 52,30 % de los pacientes muestran un "espíritu de lucha", el 43,18 % experimenta "desamparo-desesperanza", y el 50 % evidencia "fatalismo-aceptación estoica". A nivel global, el ajuste mental se encuentra en un nivel medio en el 47,72 % de los casos, seguido por un nivel alto en el 38,6 %.
3. El análisis estadístico realizado mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado confirmó la hipótesis planteada, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre las variables de vulnerabilidad al estrés y ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico ($p < 0,05$).

6.2. Recomendaciones

1. Basado en los resultados que evidencian altos niveles de estrés y ansiedad en los pacientes, es esencial implementar un programa continuo de capacitación para el personal de enfermería en el manejo emocional y psicológico de pacientes oncológicos. Los módulos sobre reducción del estrés, gestión del duelo y habilidades de comunicación empática deben incluirse en este plan de estudios para que el personal pueda responder mejor a las necesidades emocionales de los pacientes con cáncer de estómago.
2. Dado que se observó una alta vulnerabilidad al estrés en las etapas tempranas del diagnóstico, se recomienda desarrollar intervenciones psicológicas individualizadas desde el momento del diagnóstico. Estas intervenciones deben estar orientadas a reducir la vulnerabilidad al estrés y fomentar estilos de ajuste mental positivos como el espíritu de lucha y la aceptación activa. Se sugiere que cada paciente sea evaluado por un equipo de salud mental al iniciar su tratamiento, para desarrollar un plan de apoyo psicológico personalizado.
3. Los resultados indican que la falta de apoyo social incrementa los niveles de estrés en los pacientes. Para mitigar esto, se recomienda la creación de grupos de apoyo dentro del hospital, facilitados por profesionales de salud mental. Estos grupos permitirían a los pacientes compartir sus experiencias y recibir orientación psicológica sobre cómo enfrentar el estrés derivado del diagnóstico y tratamiento del cáncer. Además, se pueden incluir sesiones terapéuticas grupales semanales enfocadas en técnicas de afrontamiento y resiliencia.
4. Con base en los hallazgos sobre la alta incidencia de estrés y su relación con la vulnerabilidad emocional, se recomienda implementar un plan formal de terapias complementarias como la musicoterapia, aromaterapia y terapia ocupacional. Estas terapias pueden reducir los niveles de estrés y ansiedad, mejorando el bienestar emocional de los pacientes. Se sugiere establecer un cronograma semanal de estas terapias dentro del hospital, coordinado por un equipo multidisciplinario.
5. Dado que este estudio se centró en pacientes con cáncer gástrico, es necesario ampliar la investigación para explorar la relación entre vulnerabilidad al estrés y ajuste mental en pacientes con otros tipos de cáncer. Esto permitirá una mejor comprensión de las necesidades psicológicas específicas de los pacientes oncológicos y ayudará a desarrollar estrategias de intervención más específicas que mejoren su calidad de vida. Se recomienda

que futuros estudios incluyan grupos control y utilicen instrumentos actualizados para medir el impacto de intervenciones psicológicas en la adaptación mental de los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 20 de abril del 2018]. Disponible en: <https://n9.cl/7davz..>
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2020 Oct 08]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer..>
3. SEOM. Cáncer gástrico - Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. February. 2020..
4. Trigoso Obando V. Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN); 2019..
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, Incidencia y Mortalidad 2018–2020 [Internet]. Lima: INEN; 2020. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/..
6. American Cancer Society. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas [Internet]. Atlanta: ACS; 2017. Disponible en: <https://n9.cl/u9s7c..>
7. Mayorga R. Cáncer de estómago. Servicio de Gastroenterología del Hospital Arzobispo Loayza. Lima: Ministerio de Salud (Minsa); 2021..
8. Matta de García VL, De León JL. Caracterización del cáncer gástrico en Guatemala. Rev Científica. 2015;25(2):9-20. Disponible en: <https://n9.cl/l81h8..>
9. González Vidalón FJ. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer gástrico en un Hospital Regional del Perú enero-junio 2021 [tesis de especialidad]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2020..
10. Cesaro C. Resiliencia, estrategias de afrontamiento y ajuste mental en pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015..

11. Leonard J. Estrés, citoquinas y depresión: una nueva perspectiva para los problemas clínicos. Asociación Mundial de Psiquiatría; 2017..
12. Charro B, Carrasco B, José M. Crisis, vulnerabilidad y superación. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2013..
13. Cerezo V, Ortiz-Tallo M, Cardenal V. Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Rev Latinoam Psicol.* 2019;41(1):131-140..
14. Forero F, Bernal G, Restrepo M. Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer en una muestra de pacientes colombianos. *Avances Medición.* 2015;3(1):135-152..
15. Gonzales S. Psicooncología: enfoque integral de ayuda a pacientes oncológicos. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017..
16. Hernández C, González MÁ, Martín JC. Salud Mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicosociología.* 2012;9(2/3):233-257..
17. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 3 Dic 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>..
18. Ortiz M. Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. Disponible en: <https://n9.cl/1eu09>..
19. Ramos Frausto VM, et al. Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global.* 2020;19(4):196-219. DOI: <https://n9.cl/n5r01>..
20. Yélamos-Agua C, Haro-Gázquez D, Fernández-Sánchez B, Berzak-Pérez E. Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis del Covid-19. En: COVID-19. Emergencia en cáncer. España: AECC; 2020. p. 4-13..
21. Chávez et al. Estrategias del personal de la salud en promoción y prevención en cáncer gástrico a

- nivel mundial: revisión integrativa, 2011-2021 [trabajo de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería; 2021..
22. Souza S, Dos Santos M. Profile of the patient with gastric cancer from the National Cancer Institute. Rev Scielo Spain [Internet]. 2020 [accessed 10 Sep 2021];19(58):21-36..
 23. Zambrano E, Gómez N, Colorado J. Role of nursing in the care of people with gastric cancer in South America: integrative review [thesis for obtaining a master's degree in oncology]. Colombia; 2020 [accessed 10 Sep 2021]..
 24. Font, Reventós and Faló. Psychooncology: coping and quality of life in patients with breast cancer: preliminary study of similarities and differences between patients with and without metastasis. Psychooncol. 2020;17(1):179-194. DOI: <https://dx.doi.org/10.5209/ps..>
 25. Pérez WE. Stress and anxiety in terminally ill cancer patients in a public hospital in Lima [master's thesis]. Lima: Federico Villarreal National University; 2020...
 26. Zevallos Vásquez C. Mental adjustment and perceived social support in cancer patients at a hospital in Metropolitan Lima. Lima: University of San Martín de Porres; 2021..
 27. Cuba R, Varas S. Knowledge and attitudes in preventive measures for gastric cancer in university students from Chimbote. Chimbote: National University of Santa; 2022..
 28. Castillo Vega C. Coping strategies and quality of life in cancer patients at the National Institute of Neoplastic Diseases in the period from January to March 2021. Lima: National University of San Marcos; 2021..
 29. Cahuata Lozano S. Quality of life and coping with stress in cancer patients undergoing chemotherapy. Arequipa: Catholic University of Santa María; 2019..
 30. Peña Monroy R. Efectos del estrés en pacientes con cáncer de mama atendidas en el servicio de radioterapia del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2018 [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2018..
 31. Hernández Castillo C, Cisneros Echevarría VM, Hernández Rodríguez G. La comunicación en la

- relación enfermera-paciente en el servicio de quemados. Rev Mapa; 2023..
32. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. Atlanta: ACS; 2021..
33. Leon Espinoza RL. Relaciones interpersonales enfermera-paciente en el servicio de emergencia en un hospital nacional de Lima [trabajo académico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023..
34. Gonzales M. Manejo del estrés. 2da ed. Málaga: Editorial Innovación y Cuantificación; 2012..
35. Cerquera A, Matajira Y, García E, Vásquez E. Estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer de mama y el papel del psicólogo. Rev Psic GEPU [Internet]. 2017 [citado 2020 Oct 08];8(2)..
36. Briceño K, Salas K. Autoeficacia y vulnerabilidad al estrés en adolescentes para prevenir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [Internet]. 2010. Disponible en: <https://n9.cl/4turc6..>
37. Bernardini D. Los síntomas del estrés postraumático como predictores del crecimiento postraumático en víctimas de desastres [tesis de pregrado]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/18275..>
38. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos: el concepto de afrontamiento. 2da ed. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986..
39. Markolin C. Cáncer y emociones. La Nueva Medicina Germánica. Vancouver, Canadá; 2017..
40. Díez-Canseco F IATMBGYGREMJSMDARMJ. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014;31(1):131-136..
41. Trigoso V. Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos [tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en: <https://n9.cl/eqnmd..>
42. Alhadi A. The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of

- psychological distress among nurses working in a mental health hospital in Jordan. 2017.
43. Weisman AD. Coping with cancer. New York: McGraw-Hill Book Company; 1979..
 44. Parillo-Durand LB. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un hospital público peruano. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2017 Jul [citado 2020 Dic 03];37(3):209-216..
 45. Torres Villalobos G. Resiliencia y ajuste mental en mujeres con cáncer de mama y quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2018..
 46. Alfaro Novoa R. La atención humanitaria de la enfermería y la opinión del paciente hospitalizado sobre la atención recibida en el servicio de cirugía del Hospital Cayetano Heredia [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006..
 47. Agudelo L, Portilla S. Importancia de la atención psicosocial al paciente oncológico y su familia. CEI; 2015..
 48. Ascencio A. Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en un hospital estatal de Chiclayo [tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2015..
 49. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. 1982..
 50. International Agency for Research on Cancer. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. Cáncer tomorrow. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC); 2023..
 51. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer gástrico. Madrid: SEOM; 2020 Feb..

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Título: Vulnerabilidad al estrés y ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico, servicio Van Grimmer, Hospital Goyeneche, Arequipa 2022.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre el nivel de vulnerabilidad al estrés con el ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico, del Servicio Van Grimmer, Hospital Goyeneche de Arequipa 2022?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es el nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico en las dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, ¿así como tolerancia y reactividad? 2. ¿Cuál es el nivel del ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores: espíritu de lucha, desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/ aceptación estoica? 3. ¿Existe relación entre el nivel de vulnerabilidad al estrés con el nivel el ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico? 	<p>Objetivo General Determinar la relación entre la vulnerabilidad al estrés y el ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico, del Servicio Van Grimmer, Hospital Goyeneche de Arequipa 2022</p> <p>Problemas Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico según dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, así como tolerancia y reactividad 2. Detectar el nivel del ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores: espíritu de lucha, desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/ aceptación. 3. Establecer la relación entre el nivel de vulnerabilidad al estrés con el nivel el ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico 	<p>Hipótesis General Es probable que el nivel de vulnerabilidad al estrés se relacione con el ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico, del Servicio Van Grimmer, Hospital Goyeneche de Arequipa 2022</p> <p>Hipótesis Específica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con cáncer gástrico en las dimensiones: autorregulación, optimismo y apoyo social, sociabilidad y acción, así como tolerancia y reactividad, es deficiente 2. El nivel del ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico según factores: espíritu de lucha, desamparo/ desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/ aceptación, es deficiente 3. El nivel de vulnerabilidad al estrés se relacione con el ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico, del Servicio Van Grimmer Hospital Goyeneche de Arequipa 2022 	<p>Vulnerabilidad al estrés Capacidad individual de las/os pacientes con cáncer gástrico frente a un estímulo estresante en un determinado momento asociado a la red vincular de apoyo</p> <p>Ajuste mental en pacientes con cáncer gástrico Trigoso (2009), refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de una persona frente al diagnóstico de cáncer y las reacciones emocionales que conlleva.</p>	<p>Autorregulación: 1 – 8 ítems Optimismo y apoyo social: 9 – 14 ítems Sociabilidad y acción: 15 – 18 ítems Tolerancia y reactividad: 19 – 23 ítems</p> <p>Espíritu de lucha Desamparo/ desesperanza Preocupación ansiosa Fatalismo/ aceptación estoica</p>	<p>Ítems 01 – 23 Ítems 01 – 31 Ajuste Mental al Cáncer de Watson, M., Greer, S., Bliss, J. y Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale. User's Adaptado en el Perú por Trigoso (2009)</p>

Anexo 2. Operacionalización de Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Nivel de satisfacción del adulto mayor	Cuidado integral enfermero	Físicas. Biológicas. Psicológicas. Sociales. Espirituales. Respeto. Amabilidad. Afectivas. Paciencia.	Nivel de satisfacción
	Cuidado oportuno enfermero	Información oportuna, acerca de los aspectos relacionados a su salud en general. Identificación precoz de problemas y/o necesidades. Tiempo de espera. Tiempo de atención. Escucha y responder	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: 62 – 78 • Medio: 44 – 61 • Bajo: 26-43
	Cuidado seguro enfermero	Comodidad. Aplicación de bioseguridad. Protección de caídas. Protección de accidentes	El instrumento utilizado fue elaborado por la investigadora Quispe Zanabria Yuxara Marlubet
	Cuidado continuo enfermero	Cumplimiento del horario establecido. Tiempo y horario de atención recibidos. Educación sobre la repercusión de la enfermedad en sus actividades diarias. Interés por sus necesidades. Fortalecimiento de la autoestima.	

Anexo 3. Matriz de Variables

Var.	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica
Vulnerabilidad al estrés	Según Avilés; Medina (2021) Capacidad individual de las pacientes con cáncer al útero de tener mayor susceptibilidad a presentar problemas físicos y/o psicológicos frente a un estímulo estresante en un determinado momento de su vida.	<p>Autorregulación</p> <p>Optimismo y apoyo social</p> <p>Sociabilidad y acción</p> <p>Tolerancia y reactividad</p>	<p>8 ítems</p> <p>6 ítems</p> <p>4 ítems</p> <p>5 ítems</p>		Cuestionario Vulnerabilidad al Estrés de Avilés Medina (2021) escala ordinal 4 opciones de respuesta: Siempre. Casi siempre. Rara vez. Nunca
ajuste Mental al cáncer	De acuerdo con Trigos (2009), el ajuste mental al cáncer refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer y las reacciones emocionales que conlleva.	<p>Espíritu de Lucha</p> <p>Desamparo/ Desesperanza</p> <p>Preocupación Ansiosa</p> <p>Fatalismo/ Aceptación Estoica</p>	<p>Grado de optimismo frente al diagnóstico proactividad, planificación de metas y búsqueda de soluciones.</p> <p>Visión pesimista del pronóstico, interpretación de amenaza o pérdida afectiva, autoestima baja y desamparo.</p> <p>Respuestas ansiosas, de inseguridad y pensamientos de culpa.</p> <p>Situación percibida como amenaza que no puede controlar. Conducta pasiva, evita responsabilidad, poco grado de ansiedad, estado emocional sereno.</p>	<p>3, 7, 9, 12, 14, 20, 21, 23, 24, 26, 30, 31.</p> <p>1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 25, 28.</p> <p>2, 10, 15, 16, 29.</p> <p>5, 8, 11, 18, 27.</p>	<p>Escala de Ajuste Mental al Cáncer con respuestas Likert:</p> <p>-Totalmente falso</p> <p>-Falso</p> <p>-Verdadero</p> <p>-Totalmente verdadero</p>

Anexo 4. Consentimiento Informado

Yo

He leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento.

Me han informado acerca de los objetivos de este estudio, los procedimientos, los riesgos, lo que se espera de mí y mis derechos.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y todas han sido respondidas adecuadamente. Considero que comprendo toda la información proporcionada acerca de este estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto afecte mi atención médica.

Al firmar este documento, yo acepto participar en este estudio. No estoy renunciando a ningún derecho.

Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este documento.

Nombre completo del sujeto de investigación.....

Firma del sujeto de investigación.....

Lugar, fecha y hora.....

Nombre completo del representante legal (según el caso)

Firma del representante legal.....

Lugar, fecha y hora.....

En caso de tratarse de una persona analfabeta, deberá imprimir su huella digital en el consentimiento informado. El investigador colocará el nombre completo del sujeto de investigación, además del lugar, fecha y hora.
Sección para llenar por el testigo (según el caso):

He sido testigo de la lectura exacta del formato de consentimiento informado para el potencial sujeto de investigación, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.
Confirmando que el sujeto de investigación ha dado su consentimiento libremente.

Nombre completo del testigo.....

Firma del testigo

Fecha y hora.....

Sección para llenar por el investigador

Le he explicado el estudio de investigación y he contestado a todas sus preguntas. Confirmando que el sujeto de investigación ha comprendido la información descrita en este documento, accediendo a participar de la investigación en forma voluntaria.

Nombre completo del investigador/a.....

Firma del sujeto del investigador/a.....

Lugar, fecha y hora.....

Firma Fecha

Anexo 5. Validación del Instrumento

**“VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y AJUSTE MENTAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO,
SERVICIO VAN GRIMMER, HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2022”.**

ENTREVISTA ANEXO N ° 01

Código

Fecha.....

Sr. (a), la presente investigación tiene por finalidad identificar algunos datos de su salud en el pasado y que tendrían relación con su enfermedad actual, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales

I. DATOS GENERALES:

1. Sexo: F ()
2. Edad (en años cumplidos):
3. Estado civil
Soltera () casada () conviviente () divorciada () viudo ()
4. Grado de Instrucción
() Primaria
() Secundaria
() Superior
() Sin instrucción
5. Religión:
6. Ocupación (actual):

II. DATOS DE LA ENFERMEDAD:

7. N° HCL:.....Diagnóstico Clínico.....
8. Tiempo de enfermedad:
9. ¿Tiene Ud. Familiares con antecedentes de cáncer?
SI () NO () Especifique:.....
10. Tratamiento actual:
Quimioterapia () Radioterapia () Cirugía () Otros ():

.....

Anexo 6. Cuestionario

Vulnerabilidad Al Estrés

SUBESCALA: AUTOREGULACION	01	02	03	04
1. Puedo explicar con paciencia las cosas a las demás personas				
2. Me considero una persona paciente				
3. Soy una persona tranquila y serena				
4. Soy capaz de autocontrolarme si es necesario				
5. Me siento calmado y tranquilo				
6. Siempre estoy con un humor aceptable				
7. Me siento relajado				
8. Pienso actúo inteligentemente				
SUBESCALA: OPTIMISMO Y APOYO SOCIAL				
9. Me gustan los chistes y las cosas que hacen reír				
10. Me siento apoyado por la gente que me rodea				
11. Me río con facilidad				
12. Soy una persona alegre				
13. Tengo a quien contarle un problema personal				
14. Soy una persona con grandes aspiraciones y muy esforzada				
SUBESCALA: SOCIABILIDAD Y ACCIÓN				
15. Hago amistades con facilidad				
16. Me gusta hablar en publico				
17. Soy una persona de acción				
18. Asumo grandes responsabilidades con gusto				

SUBESCALA: TOLERANCIA Y REACTIVIDAD				
19. Soy capaz de actuar con tranquilidad en una situación difícil				
20. Si algo no me sale como lo esperaba me recupero con facilidad				
21. Después de un trabajo agotador me resulta suficiente un corto descanso para reponerme				
22. Soy una persona de reacción rápida a las circunstancias				
23. Después de un fracaso me recupero fácilmente				

Avilés Medina, Escala de vulnerabilidad al estrés, adaptado 2021

EVALUACIÓN: ESCALA ORDINAL

- Vulnerabilidad baja: 23 - 46 puntos
- Vulnerabilidad media: 47 – 69 puntos
- Vulnerabilidad alta: 70 – 92 puntos

SUBESCALAS

- Autorregulación: 1 – 8 ítems
- Optimismo y apoyo social: 9 – 14 ítems
- Sociabilidad y acción: 15 – 18 ítems
- Tolerancia y reactividad: 19 – 23 ítems
-

Anexo 7. Ajuste Mental al Cáncer – MAC

Cuestionario

FACTORES	00	01	02	03
FACTOR I, ESPÍRITU DE LUCHA				
1. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud				
2. Desde que me diagnosticaron el cáncer valoro mucho más mi vida y trato de sacar el mayor provecho de ella				
3. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)				
4. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud				
5. Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo				
6. Trato de tomármelo con sentido del humor				
7. Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad				
8. Trato de tener una actitud positiva				
9. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad				
10. Veo mi enfermedad como un reto				
11. Me concentro en los aspectos buenos que tengo.				
12. Intento luchar contra la enfermedad.				
FACTOR II. DESAMPARO/ DESESPERANZA				
13. Creo que no puedo hacer nada para animarme				
14. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas				
15. Siento que en la vida no me queda esperanza				
16. Creo que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.				
17. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro				
18. Me siento como si me hubiera rendido				
19. Creo que no puedo controlar lo que sucede				
20. Evito informarme más sobre la enfermedad				
21. Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer				
FACTOR III. PREOCUPACIÓN ANSIOSA				
22. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro				
23. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore				
24. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi				
25. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad				
26. Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado				
FACTOR IV FATALISMO/ ACEPTACIÓN ESTOICA				
27. Dejo todo en manos de mis médicos				
28. Será lo que Dios quiera				
29. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra				
30. De momento, procuro vivir día a día				
31. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será				

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Watson, Greer, Inayat, Burgess, 2008) (MAC)

Estilos de Ajuste Mental al Cáncer Gástrico

☐Asertivo: 63	
☐No Asertivo: 31	Dimensiones
- 93 puntos	FACTOR I, espíritu de lucha FACTOR II. desamparo/ desesperanza FACTOR III. preocupación ansiosa
- 62 puntos	FACTOR IV fatalismo/ aceptación estoica

Anexo 8. Descripción y Validez de Instrumentos de Medición

Cuestionario Vulnerabilidad Al Estrés

El cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés fue desarrollado por Quevedo, Amaro y Menéndez (2005) cuya validez y confiabilidad fue establecida por Alonso y otros (2007). Tomó como base teórica el modelo de afrontamiento al estrés, sosteniendo que hay individuos con características personales y sociales que les dificultan el afrontamiento efectivo al estrés siendo más vulnerables al mismo.

Este instrumento originalmente constó de 39 ítems divididos en: riesgo en enfermar (20 ítems), fortaleza del sistema nervioso (13 ítems) y reactividad social (6 ítems). Esta conformación de las escalas fue confirmada a través de un análisis factorial por componentes principales y rotación varimax.

El instrumento tuvo una consistencia interna de 0,92 según el alfa de Cronbach y de 0,90 con el coeficiente Spearman-Brown refieren una correlación test-retest de 97.

Se realizó un análisis factorial de los datos obtenidos a partir del instrumento original con el fin de identificar los componentes principales en que se agruparon los ítems. Identificados los componentes se procedió a un análisis de contenido para la conceptualización de los factores y el análisis teórico de los ítems; esto permitió evaluar la validez de contenido. Finalmente, se determinó la confiabilidad del instrumento con la consistencia de la respuesta a los ítems.

Éste se contestó con una escala Likert de 4 opciones de respuesta que oscilaban entre siempre hasta nunca. A la respuesta siempre le correspondía un valor 1 y a la respuesta nunca 4. Todos los ítems fueron redactados de manera positiva lo que significa que a mayor puntuación mayor vulnerabilidad.

Del instrumento actualizado

Según Avilés Medina Victormmanuel Waldemar 2022. (Revista Investigación e Innovación, Vol. 2, Núm. 3, pp. 104-112 (2022) Artículo original/Original article. 1 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú, el instrumento fue sometido a una validación por expertos, entre ellos, un profesional relacionado con el área de salud mental,

un profesional relacionado con la promoción de la salud, profesionales del servicio de psicología humana, así como profesionales de los establecimientos categoría I-4 de Tacna. La finalidad fue obtener la validez de contenido, criterio que permite verificar la precisión del instrumento. Se basaron en 2 instrumentos: Test de vulnerabilidad frente al estrés de L. H. Miller y Test de perfil de estrategias de afrontamiento de ACS, [Frydenberg, E.](#) y [Lewis, R.](#), verificándose su utilidad y vigencia

Cuestionario Estilo de Ajuste Mental al Cáncer.

El constructo Ajuste Mental al cáncer, para recoger las respuestas cognitivas y conductuales del paciente frente a su diagnóstico de cáncer, fue creada en Inglaterra por [Watson, M.](#), [Greer, S.](#), [Bliss, J.](#) y [Homewood, J.](#) (2008). Mental

[Adjustment to](#) y luego adaptada al Perú por [Trigoso](#) (2009). Comprende de 31 reactivos con 4 opciones de respuesta tipo Likert. Incluye 4 subescalas que representan los estilos de respuesta frente al diagnóstico oncológico.

De la validez y confiabilidad del instrumento, [Watson](#) y [Homewood](#) (2008) hacen una revisión de los estudios más representativos, y afirman que la variedad de resultados en cuanto a la estructura factorial pueden deberse a la diversidad de métodos para el análisis factorial y las diferencias culturales en el entendimiento de los enunciados, el establecimiento de sus propiedades psicométricas para su validez se hizo en una muestra de 1255 pacientes, determinando dos categorías: una de Ajuste Positivo y otra de Ajuste Negativo

De la consistencia interna se analizó por cada dimensión de ajuste mental encontrándose alta fiabilidad en los estilos Espíritu de Lucha ($\alpha = .804$) y Desamparo/Desesperanza ($\alpha = .799$). El estilo Preocupación Ansiosa logró una confiabilidad moderada ($\alpha = .671$), mientras que el cuarto estilo Fatalismo/ Aceptación Estoica logró una baja fiabilidad ($\alpha = .513$).

Del instrumento actualizado

Según PubMed Central 2021 (Archivo de texto completo gratuito de literatura de revistas biomédicas y de ciencias biológicas en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. (NIH/NLM), la escala Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) es una herramienta de uso común en todo el mundo por profesionales de la oncología, traducida y adaptada a la lengua árabe y a la cultura marroquí, en mujeres con cáncer de mama,

Para su validation, se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE) para evaluar la estructura factorial en la muestra piloto ($N = 158$). A continuación, se confirmó esta estructura en la muestra de validación ($N = 203$) mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC).se confirmó la estructura original de Watson subyacente a los ítems: desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo. Los índices de ajuste absoluto, incremental y parsimonioso mostraron un nivel de aceptación altamente significativo, lo que confirma un buen desempeño del modelo de medición, de las respuestas psicológicas al diagnóstico y tratamiento del cáncer

Anexo 9. Consideraciones Éticas

Para el desarrollo del presente estudio se han respetado los criterios éticos del Comité Responsable de experimentación humana y la declaración de Helsinki de 1975 y cuya versión oficial actual es la Declaración modificada en el año 2004 que señala que la investigación en salud debe ser apoyada en el conocimiento de la literatura científica y fundamentalmente debe promoverse el respeto, la protección de la salud y los derechos humanos. Así mismo señala que las personas que participan en trabajos de investigación deben de brindar su consentimiento informado para ello, previa explicación detallada del propósito, método y fines de la investigación (RAMIREZ RIVERA A. 2002)

Autorización para Recolección de Datos



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N° 006-2024-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el documento N° 6642922 y expediente N° 4118451, con la aceptación de la Jefatura del Departamento de Enfermería y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA a:

NAYDU MILAGROS PAREDES FUENTES

estudiante de enfermería de la Universidad Continental, la aplicación del instrumento de investigación del proyecto de tesis titulado: «Vulnerabilidad al Estrés y Ajuste Mental en Pacientes con Cáncer Gástrico, Servicio Van Grimmer, Hospital Goyeneche, Arequipa 2023», por el periodo de cuatro meses, siendo la responsable institucional la Lic. Ruth Hanco Cruz, enfermera del Departamento de Oncología de nuestro establecimiento.

Arequipa, 14 de febrero del 2024.

Milagros Paredes Fuente
DNI . 72251082
968748549

PHQA/HDCT/ACS. 20 de Febrero 2024
CC. Archivo 12:55pm.
DOCUMENTO: 6642922
EXPEDIENTE: 4118451

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE

Dr. Paul Quinde Alarcón
DIRECTOR
CMI 37666

Aprobación de Comité de Ética



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huancayo, 02 de noviembre del 2023

OFICIO N°0682-2023-CIEI-UC

Investigadores:

NAYDU MILAGROS PAREDES FUENTES

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y AJUSTE MENTAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO, SERVICIO VAN GRIMMER, HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente



Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendicla 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760