

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO
BENEDICTO XVI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS:

**PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER Y ESTADO DE
SALUD EN USUARIOS DE UN CENTRO MÉDICO
PRIVADO DE TRUJILLO, 2019**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

AUTORES

Br. Jhon Christopher Jonathan Avila More

Br. Russell Aurora Piérola Saldaña

ASESORA

Dra. Haydee Mercedes Aguilar Armas

TRUJILLO – PERÚ

2019

**LINEA DE INVESTIGACIÓN
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Excmo. Mons. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.
Arzobispo Metropolitano de Trujillo
Fundador y Gran Canciller

R. P. Dr. Juan José Lydon McHugh
Rector

Dra. Sandra Mónica Olano Bracamonte
Vicerrectora académica

Dra. Sandra Mónica Olano Bracamonte
Decano

Mg. José Andrés Cruzado Albarrán
Secretario general

PÁGINA DEL JURADO.



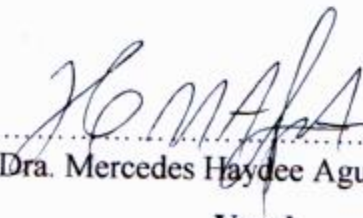
.....
Dra. Sandra Mónica Olano Bracamonte

Presidenta



.....
Mg. Genara Antonia Castillo Contreras

Secretaria



.....
Dra. Mercedes Haydee Aguilar Armas

Vocal

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias

Avila More y Pierola Saldaña, por siempre confiar en nosotros, por su incondicional apoyo, por sus consejos, por su fundamental motivación y por haber hecho posible todo esto. Este primer paso en nuestras carreras, es para todos ustedes.

A nuestra asesora

La Dra. Mercedes Aguilar Armas por su paciencia, valiosa supervisión, consejos, por impulsarnos a seguir y confiar en nuestras capacidades; así como, por su dedicación y compromiso con este trabajo.

A nuestros amigos

Principalmente, por su incondicional apoyo y por demostrarnos que la verdadera amistad se construye.

A la Liga Contra el Cáncer de Trujillo

Por la calidad humana que muestran cada uno de sus colaboradores y en especial al Pdte. Luis Miguel González Rossell por brindarnos un apoyo constante en la realización de la presente investigación.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Los autores, Jhon Christopher Jonathan Avila More con N° de DNI 47244394 y Russell Aurora Pierola Saldaña con N° de DNI 71250313, egresados de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, damos fe que hemos seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Universidad en mención, para la elaboración y sustentación de la tesis: **“Preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019”**, la que consta con un total de 50 páginas, con 18 tablas y 22 páginas adicionales de anexos

Dejamos constancia que esta investigación es original y auténtica y declaramos bajo juramento, basados en los principios éticos, que el contenido de este documento, corresponde a nuestra autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Además, garantizamos que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de nuestra entera responsabilidad

Los autores



Jhon Christopher Jonathan Avila More
DNI 47244394



Russell Aurora Pierola Saldaña
DNI 71250313

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: <i>Operativización de variables</i>	25
Tabla 2: <i>Correlación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	28
Tabla 3: <i>Correlación entre preocupación por el cáncer y los componentes (salud física y salud mental), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	29
Tabla 4: <i>Correlación entre preocupación por el cáncer y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y bienestar emocional), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	30
Tabla 5: <i>Distribución de frecuencias por procedencia de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	59
Tabla 6: <i>Distribución de frecuencias por edad de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	60
Tabla 7: <i>Distribución de frecuencias por sexo de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	61
Tabla 8: <i>Distribución de frecuencias del nivel de preocupación por el cáncer en los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	62
Tabla 9: <i>Distribución de frecuencias por componentes del estado de salud en los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	63
Tabla 10: <i>Distribución de frecuencias por dimensiones del estado de salud en los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	64
Tabla 11: <i>Validez de contenido por criterio de expertos de los ítems de la escala de preocupación por el cáncer</i>	65
Tabla 12: <i>Matriz de correlaciones por ítems de la escala de preocupación por el cáncer (n=518)</i>	66
Tabla 13: <i>Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación ítem-test de los ítems de la escala de preocupación por el cáncer (n=518)</i>	67

Tabla 14: <i>Análisis de la Matriz de Correlaciones para valoración de la viabilidad de la realización de análisis Factorial Exploratorio de la escala de preocupación por el cáncer</i>	68
Tabla 15: <i>Extracción de Factores por método de componentes principales y Normalización Varimax con Kaiser de la escala de preocupación por el cáncer</i>	69
Tabla 16: <i>Estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach de la escala de preocupación por el cáncer (n=518)</i>	70
Tabla 17: <i>Normas en percentiles de la escala de preocupación por el cáncer (n=518)</i>	71
Tabla 18: <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la escala de preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518)</i>	72

ÍNDICE

LINEA DE INVESTIGACIÓN.....	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.....	iii
PÁGINA DEL JURADO.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
a) Realidad problemática.....	1
b) Formulación del problema.....	5
c) Justificación e importancia de la investigación.....	5
d) Propósito de la investigación.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	8
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
a) Población.....	21
b) Muestra.....	21
c) Métodos o técnicas para la recolección de datos.....	21
d) Métodos o técnicas para el análisis y procesamiento de los datos.....	24
e) Operativización de variables.....	25
f) Criterios de inclusión y exclusión.....	26
g) Diseño de investigación.....	26
IV. RESULTADOS.....	28
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES.....	35
VII. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	36
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
IX. ANEXOS.....	51

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019. La muestra estuvo conformada por 518 usuarios de ambos sexos que asistieron al Centro Médico Especializado de la LPLCCT durante el segundo trimestre del 2019. Se aplicó la escala de preocupación por el cáncer y cuestionario SF-36 sobre el estado de salud. Para el análisis estadístico se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, dando como resultado una relación significativa inversa y de grado moderado de $-.381$, respecto a la correlación entre preocupación por el cáncer con los componentes salud física y salud mental, se obtuvo una correlación significativa e inversa con índices de $-.287$ y $-.398$ respectivamente; de igual manera, existe correlación inversa con las dimensiones función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional y bienestar emocional; sin embargo, no existe relación alguna con la dimensión dolor corporal y función social. En cuanto a los niveles de preocupación por el cáncer, se obtuvo que la mayoría de usuarios posee un nivel promedio y respecto al estado de salud, el mejor conservado es el estado de salud física a diferencia del estado de salud mental.

Palabras claves: preocupación por el cáncer, estado de salud.

ABSTRACT

The main objective of this research work was to determine the relationship cancer worry and the health status of users of the Private Medical Center of Trujillo, 2019. The sample consisted of 518 users of both sexes who attended the Specialized Medical Center of the LPLCT during the second quarter of 2019. The scale of concern for cancer and questionnaire SF-36 on the state of health were applied. For the statistical analysis, Spearman's Rho correlation coefficient was used, resulting in a significant inverse and moderate-degree relationship of -0.381 , with respect to the correlation between concern for cancer with the components physical health and mental health, was obtained a significant and inverse correlation with indices of -0.287 and -0.398 respectively; similarly, there is an inverse correlation with the dimensions physical function, physical role, general health, vitality, emotional role and emotional well-being; however, there is no relationship with the body pain dimension and social function. Regarding levels of concern for cancer, it was found that most users have an average level and in relation to health status, the best preserved is the state of physical health as opposed to mental health status.

Keywords: cancer worry, health condition.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática:

El cáncer, se ha convertido en parte de la historia evolutiva del ser humano; por ello, se debe combatir de forma adecuada sin importar la dificultad o las preocupaciones que genere. De hecho, en esta lucha se encuentran inmersos Centros de Salud, colectivos sociales, organismos internacionales, medios de difusión masiva, etc. Sin embargo, la mayor parte del tiempo esta enfermedad no avisa y se desarrolla de manera sigilosa afectando el estado de salud de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), afirma que, el cáncer engloba un conjunto de enfermedades que perjudican gravemente las células del cuerpo de manera específica o global con una gran variedad de síntomas que pueden causar la muerte.

En 2015, el cáncer fue la principal causa de muerte en 8.8 millones de personas a nivel mundial, donde la mayor prevalencia fue entre el cáncer pulmonar y el cáncer hepático (OMS, 2018).

Es decir, que padecer cualquier tipo de cáncer afectará significativamente la salud de la persona a largo plazo.

American Cancer Society (ACS, 2018), advierte que, se puede promover o iniciar el cáncer a través de diversos factores de riesgo. Sin embargo, aún existen causas desconocidas para el desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

En ese sentido, el inadecuado manejo de los factores de riesgo y las causas desconocidas pueden generar ambigüedad o preocupación por padecer esta enfermedad.

Torales (2017), sostiene que, en muchos casos la preocupación por padecer una enfermedad no se basa tanto en la presencia de síntomas físicos sino en el sistema de creencias del individuo.

Es decir, que la preocupación por desarrollar cáncer se fundamenta no sólo en la sintomatología sino también en la percepción de la misma.

Entonces, los aspectos psicológicos en torno a la concepción de la enfermedad tienden a afectar el estado de salud (Landman, Borges, Pires, Nogueira & Viacava, 2005).

Al respecto, la OMS (2006), sostiene que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1).

Por lo cual, no basta con percibirse sano para tener salud; dado que, se debe reflejar interés y compromiso con la vida.

Por ejemplo, en la India el estado de salud de las personas se puede ver afectado antes y después del tratamiento oncológico, siendo de mayor impacto cuando recién se conoce el diagnóstico (Sunanda et al., 2018).

Es decir, que la preocupación por padecer una enfermedad crónica repercute en el estado de salud.

Otro punto importante, es la falta de información sobre temas oncológicos, ya que suelen generar preocupaciones que terminan influyendo de manera negativa en la salud; sin embargo, se pueden controlar con una adecuada accesibilidad a dicha información (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019).

En Inglaterra, la preocupación por desarrollar cáncer afecta la conservación del estado de salud y evita tener conductas preventivas (Tonge et al., 2018).

Para Centroamérica y América del Sur la incidencia por desarrollar cáncer es dos veces mayor que a nivel mundial y se asocia tanto al ritmo de vida como a infecciones (OMS, 2016).

Pese a ello, más del 50% de chilenos tiene una buena percepción sobre su estado de salud (Instituto de Políticas Públicas en Salud, 2017).

Dado que, existe un gran número de políticas en salud, siendo una ellas la accesibilidad gratuita al papanicolaou a través de la iniciativa de paciente empoderado (IPPS, 2019).

En tanto, la población inmigrante no tiene la misma facilidad, ya que muestra altos niveles de preocupación por futuros padecimientos oncológicos (Sepulveda-Pacsi, Hiraldo y Frederickson, 2016).

Lo cual, permite inferir que estar lejos del lugar de procedencia añade una presión extra al estado de salud.

De igual forma, Carreño, Sánchez-Herrera, Carrillo, Chaparro-Díaz y Gómez (2016), afirman que, en Colombia la preocupación por padecer alguna enfermedad, suele aparecer como consecuencia del efecto progresivo de la carga física, emocional y relacional del paciente hacia su cuidador o su familia.

Además, agregan que este tipo de interacciones negativas pueden generar múltiples malestares que afectan el estado de salud (Carreño et al., 2016).

De ahí que, la convivencia y las interacciones afectivas deberían ser tranquilas, armoniosas y adecuadas.

En el Perú, cuando las mujeres empiezan a desarrollar ciertas enfermedades crónicas entre los 30 y 70 años, el estado de salud varía, siendo la salud física la peor percibida (Lostanau, Torrejón y Cassaretto, 2017).

Es decir, que la percepción del estado de salud físico tiende a ser de mayor relevancia para los peruanos.

Según, Unión for International Cancer Control (UICC, 2018), la enfermedad crónica que genera más preocupación en nuestro país es el cáncer, dado que las estadísticas recopiladas por GLOBOCAN reflejan una detección de más de 60 000 nuevos casos por año; no obstante, son más 30 000 las personas fallecieron por este mal.

En tal sentido, las muertes equivalen a la mitad de los diagnósticos detectados.

En Lima, Alonso, Lugo y Maylle (2018), afirman que, algunas veces la preocupación por padecer algún malestar oncológico se asocia con el uso inadecuado o excesivo de la resonancia magnética, la radiografía y la tomografía.

Para Lostanau, Torrejón y Cassaretto (2017), las mujeres con valoración reciente de cáncer de mamá presentan una mayor percepción negativa del estado de salud mental, ya que mencionaron estar afectadas emocionalmente antes y después del diagnóstico.

En Chimbote, los usuarios de algunas entidades de salud pública y privada que no tienen cáncer, pero que tuvieron uno o dos familiares cercanos con esta enfermedad presentaron poca preocupación por adquirir algún mal oncológico (Caycho-Rodríguez et al., 2018).

López (2016), sostiene que, en la ciudad de Lambayeque existe cierto grado de conocimientos preventivos para mejorar estado de salud en torno al cáncer

gástrico, resaltando la higiene en los alimentos y en menor medida el consumo de alimentos recalentados.

En otro contexto, Saavedra y Uchofen-Herrera (2016), refieren que, también se deben tomar en cuenta los problemas de salud mental que existen en las zonas rurales del país, donde la muerte de una persona significativa a causa del cáncer genera preocupación por el estado de salud y dificultades en la economía del hogar.

Teniendo en cuenta lo anterior, nuestra región no es ajeno a ello, puesto que las enfermedades oncológicas siguen en aumento cada año.

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte (IRENN, 2018), afirma que, el año pasado se realizaron más de 40 000 atenciones, siendo la población de adultos mayores la más propensa a un diagnóstico de cáncer.

De igual forma, los principales tipos de cáncer que afectan al Departamento de La Libertad, son el cáncer de cuello uterino, que mantiene el primer lugar por quinto año consecutivo con 259 nuevos casos; seguido de, el cáncer de mamá, de estómago, de piel y de próstata (IRENN, 2018).

Además, la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer de Trujillo (LPLCCT, 2019), también reportó más de 36 000 atenciones durante el año 2018.

En base a lo anterior, tanto la LPLCCT como el IRENN mostraron estadísticas similares el año pasado; de ahí que, la preocupación por desarrollar esta neoplasia genere gran impacto en la región.

Respecto al estado de salud, los usuarios con enfermedades y dolores crónicos que asisten al Hospital Víctor Lazarte Echegaray muestran una valoración de nivel promedio (Caballero, 2015).

En tanto, Martel (2017), concluye que, en el Hospital de alta Complejidad del distrito de la Esperanza, la mayoría de los usuarios que asistían con regularidad y que fueron diagnosticados con cáncer, muestran un buen estado de salud percibido, mostrando emociones positivas y realizando actividades físicas sin dificultad.

En tanto, Cercado y Castillo (2019), desarrollaron un programa de educación sexual en adolescentes de Huamachuco, resaltando la prevención y las relaciones coitales responsables para disminuir la preocupación en el desarrollo de alguna enfermedad crónica como el cáncer, VPH y VIH.

En otro contexto, Mostacero-León et al. (2019), refieren que, las personas que padecen neoplasias o que están preocupadas por el cáncer tienden a buscar apoyo en la medicina natural.

Además, mencionan que con la finalidad de mejorar el estado de salud buscan diversas alternativas en los principales mercados de cada distrito de Trujillo (Mostacero-León et al., 2019).

Entonces, para tener una visión integradora de la forma en como son percibidos ambos procesos, necesitamos conocer las relaciones que existen entre estas variables, es decir, entre preocupación por el cáncer y estado de salud.

Finalmente, resulta necesaria la presente investigación, dado que hasta la actualidad no se ha estudiado la relación entre preocupación por el cáncer y estado de la salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo; es así que, a partir de los resultados se podrá tener una noción representativa de la relación entre las variables antes mencionadas. Dichos resultados, aportarán elementos indispensables para que los usuarios mejoren su estado de salud, sientan menos preocupación por males oncológicos, recurran a la prevención del cáncer y faciliten la detección temprana.

1.2. Problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019?

1.3. Justificación de la investigación:

El presente estudio, tiene como finalidad evaluar a los usuarios que asisten al Centro Médico Especializado de la LPLCCT, para determinar la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud, ya que hasta la actualidad no se ha realizado ningún trabajo de investigación acerca del mismo tema en el Centro Médico en mención. Por ello, se considera que los resultados de la presente investigación permiten a las respectivas autoridades del Centro Médico Especializado de la LPLCCT conocer la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud presente en los usuarios para que se tomen las medidas que se crean convenientes.

A nivel social, no sólo ayuda a identificar las áreas de la salud que se ven afectadas por la preocupación de padecer cáncer; sino también, para realizar campañas de prevención más efectivas y reforzar la promoción de conductas de despistaje para mejorar el estado de salud en los usuarios.

En lo práctico, la presente investigación es de suma importancia para los profesionales en salud mental, ya que es necesario tener resultados de acuerdo a la realidad o el contexto cultural de la región.

Respecto a lo metodológico, sirve como antecedente relevante para otras investigaciones que quieran estudiar con mayor profundidad la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de Centros Médicos Privados de la ciudad de Trujillo o a fines, contribuyendo de manera significativa con la comunidad científica.

1.4. Propósito de la investigación:

a) Formulación de objetivos:

- Objetivo general.

Determinar la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

- Objetivos específicos.

- Establecer la relación entre preocupación por el cáncer y los componentes (salud física y salud mental), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

- Establecer la relación entre preocupación por el cáncer y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y bienestar emocional), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

b) Formulación de hipótesis:

- Hipótesis general.

Hg: Existe relación significativa entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

- Hipótesis específicas.
 - H1: Existe relación significativa entre preocupación por el cáncer y los componentes (salud física y salud mental), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.
 - H2: Existe relación significativa entre preocupación por el cáncer y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y bienestar emocional), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

II. MARCO TEÓRICO

Conocimientos referentes a la preocupación.

Liebert y Morris (1967), sugieren que, la preocupación es el componente cognitivo de la ansiedad y está íntimamente relacionada con la capacidad de las personas para resolver un conflicto.

Así mismo, “la preocupación es una incontrolable cadena de pensamientos negativos que representan un intento de resolución de problemas mentales” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983, citados en Marcin, y Aitken, 2018, p. 4).

Beck y Clark (2016), sostienen que, la preocupación es una estrategia práctica que sirve para adaptarse y solucionar problemas; sin embargo, sucede todo lo contrario en estados elevados de ansiedad

Por su parte, Lefebvre et al. (2017), definen a la preocupación, como un proceso automático de carácter psíquico, que se inicia para contrarrestar la incertidumbre de posibles escenarios desfavorables.

Es decir, que hablar de preocupación no es lo mismo que referirse a ansiedad debido a la naturaleza de la misma.

Entonces, cuando la preocupación es valorada de manera positiva se anticipa al desarrollo de alternativas de solución concretas; mientras que, cuando es valorada de manera negativa se generan una gran variedad de predicciones abstractas que resultan ser poco adaptativas (Stevens et al., 2018).

Además, en contextos específicos y en determinados tipos de experiencias, la preocupación puede originar la amplificación del síntoma que padece la persona (Lefebvre et al., 2017).

Por lo tanto, la preocupación es una respuesta natural que en algunas ocasiones puede presentar consecuencias patológicas.

Preocupaciones según el desarrollo evolutivo.

En la niñez, las preocupaciones se centran en el entorno familiar y pueden generar problemas de internalización a futuro (Antonucci & Bayer, 2016).

Para Hallera et al. (2017), durante la adolescencia la preocupación está marcada por la interpretación en la interacción social, la cual genera anticipaciones negativas en el grupo de pertenencia.

Según, la Revista Marie Claire (2015), la agitada vida del adulto promedio

ocasiona que se preocupe por el trabajo, la familia, las relaciones sociales y la salud.

En el adulto mayor, la preocupación se da por la jubilación, el estilo de vida, las deficiencias sensoriales, los malestares crónicos, las dolencias y la muerte (Da Rosa et al., 2014).

En relación a lo anterior, se puede deducir que a mayor edad existe una mayor preocupación por padecer alguna enfermedad.

Por ello, en las últimas tres décadas se deben tener en cuenta las variaciones según edad y sexo, ya que los padecimientos agudos afectan la salud tanto como los malestares crónicos, pudiendo ser fuente de preocupación (Global Burden of Diseases, 2018).

Conocimientos referentes al cáncer.

Granados, Arrieta y Hinojosa (2016), sostienen que, el cáncer es un término pluralista que designa principalmente a trastornos con etiología genética, donde existe una ausencia de homeostasis entre la multiplicación descontrolada de las células y sus procesos de muerte.

Para Amigo (2017), el cáncer es una perturbación en el dinamismo celular, lo cual genera una desorganización en el funcionamiento del mismo.

De igual modo, cuando el crecimiento no es controlado y existe un desequilibrio celular se produce una invasión progresiva en todo el organismo, deteriorando el tejido, obstaculizando las funciones y atentando contra la vida del que lo padece (Granados et al., 2016).

La OMS (2018), establece que el cáncer no sólo se basa en el componente genético; por ello, menciona los siguientes agentes etiológicos:

- Carcinógenos físicos, como la radiación de carácter ionizante o ultravioleta.
- Carcinógenos químicos, como la composición del humo en el cigarrillo, las aflatoxinas presentes en la comida o el arsénico.
- Carcinógenos biológicos, que se encuentran en algunos tipos de parásitos, virus o bacterias.

Otro aspecto importante y mencionado por el National Cancer Institute (NCI, 2015), es el factor de riesgo:

- Consumo de sustancias, especialmente tabaco.
- Inadecuada alimentación.

- Infecciones genitales.
- Contaminación.
- Sucesos vitales.
- Antecedentes familiares.
- La edad.
- El sexo.

También, existen múltiples neoplasias que se clasifican según su lugar de localización y entre las principales tenemos al cáncer de pulmón, de hígado, de colon, de estómago, de mama, de piel, de próstata, de cuello uterino, de páncreas, etc. (ACS, 2018).

De igual manera, se pueden clasificar en dos tipos según el grado de daño y crecimiento (Amigo, 2015):

- Neoplasia benigna, que suele desarrollarse a poca velocidad y no ocupa tejidos adyacentes.
- Neoplasia maligna, que tiende a crecer velozmente, ocupa tejidos adyacentes en un proceso denominado metástasis.

De hecho, las afectaciones medicas no son las únicas presentes durante el cáncer, ya que existen malestares psicológicos que influyen antes, durante y después del proceso oncológico (Asociación Española Contra el Cáncer, 2019).

Cruzado (2003), expone que, es importante estudiar las variables psicológicas relacionadas con el cáncer, ya que la unión entre el campo oncológico y la psicología de la salud dan origen a un nuevo enfoque denominado psicooncología.

En tal sentido, este nuevo enfoque sirve para fomentar una cultura de prevención oncológica multidisciplinaria; a su vez, sirve para dar soporte a las respuestas emocionales del paciente, de sus familiares y del personal clínico en cada etapa del cáncer (Álvarez, Robert y Valdivieso, 2013).

Conocimientos referentes a preocupación por el cáncer.

La preocupación por el cáncer, aparece inicialmente como una expresión de los años cuarenta denominada cancerofobia, dicha expresión hacía referencia al temor por desarrollar cáncer sin que exista una comprobación previa, dando como resultado, episodios de ansiedad, ataques de pánico o intentos de extinguir la vida (Diefenbach, Miller & Daly, 1999).

Así mismo, Holland, Geary, Marchini & Tross (1987), refieren que, en diversos países el temor por el cáncer también abarcó a los profesionales de la salud, ya que menos de la mitad de los médicos entrevistados utilizaban la palabra cáncer en conversaciones con sus pacientes.

Con el paso de los años se profundizaron los estudios tanto en el constructo como en la parte estadística, mejorando las investigaciones y extendiendo el enfoque a otras poblaciones poco estudiadas (Cabrera, López, López y Arredondo, 2018).

Por consiguiente, la preocupación por el cáncer es uno o más pensamientos negativos y recurrentes que se anticipan a la probabilidad de padecer cáncer, generando interferencias en el estado de ánimo y en las funciones diarias (Lerman et al., 1991b; Lerman & Schwartz, 1993; Lerman, Kash & Stefanek, 1994b).

Hopwood et al. (2001), asegura que la preocupación por el cáncer es un mecanismo natural, que puede ser realista y no necesariamente intrusivo o patológico.

Del mismo modo, Loescher (2003), afirma que la preocupación por el cáncer es el grado de percepción de signos y síntomas propios del cáncer sin evidencia clínica.

Mientras que, Cabrera et al. (2018), Sostienen que, la preocupación por el cáncer es una reacción psicológica constante ante la posibilidad de padecer una neoplasia.

Áreas que modulan el nivel de preocupación por el cáncer.

En el área familiar, Butler, Rayens, Wiggins, Rademacher & Hahn (2017), concluyen que, cuando existe un integrante con cáncer en el hogar los familiares cercanos están propensos a desarrollar un alto nivel de preocupación por dicha enfermedad.

Sin embargo, cuando el afrontamiento es exitoso y beneficioso, dicha preocupación disminuye, ya que se visualiza un futuro prometedor (Cabrera, et al. 2011).

En el área de pareja, Catania, Sammut & Catania (2019), refieren que, son los conyugues varones los más preocupados por la recurrencia del cáncer en sus esposas. Además, algunos presentaron frustraciones económicas y conflictos, mientras que otros experimentaron un crecimiento emocional.

Respecto al área personal, los jóvenes sobrevivientes de cáncer tienden a

desarrollar una mayor preocupación por la recurrencia de este padecimiento a diferencia de aquellos con sospecha inicial de dicha enfermedad (Bresner, 2015).

Modelo teórico del constructo preocupación por el cáncer.

Para Rosenstock (1974), el modelo de creencias en salud, surgió con el propósito de estudiar el origen de las renuncias a los exámenes de salud y para conocer las condiciones que son necesarias para el uso de medidas preventivas.

Con respecto a lo anterior, agrega que este modelo cuenta con tres elementos fundamentales (Rosenstock, 1974):

- Susceptibilidad percibida, como el grado de vulnerabilidad percibida para padecer una enfermedad.
- Gravedad percibida, como la probabilidad de ser afectado por algún padecimiento o la posibilidad de no seguir un tratamiento.
- Costes y beneficios percibidos, como el cálculo a futuro de los beneficios que podría obtener la persona al concretar la conducta de salud frente al costo o las barreras implícitas en el proceso.

Por lo tanto, se empezaron a realizar múltiples estudios basados en este modelo con la finalidad de identificar las dificultades de las personas en el desarrollo de conductas de prevención (Rojas y Gutiérrez, 2016).

Es aquí, donde Lerman (1991b), evaluó los efectos psicológicos de la detección con mamografía, desarrollando una escala inicial para evaluar la preocupación por el cáncer de mama.

Preocupación por el cáncer en la prevención.

Murphy, Marlow, Waller, & Vrinten, (2018), afirman que, el sexo femenino está más preocupado por el cáncer o por las consecuencias emocionales, físicas y sociales de un diagnóstico, lo cual genera una mayor cultura de prevención.

También, los estudiantes universitarios de los primeros ciclos suelen tener un conocimiento promedio sobre lo que es el cáncer y sus medidas de prevención; pese a ello, no se ve reflejado en las actitudes preventivas (Vilca-Tapullima, Quispe-Manrique, Vega-Fernandez y Correa-Lopez, 2018).

Del mismo modo, Li, Hart, Aronson, Crangle & Govindarajan (2016), describen que, las personas propensas a desarrollar cáncer gástrico perciben un alto riesgo en su salud; no obstante, obtienen niveles bajos de preocupación por el cáncer.

Por tanto, agregan que este resultado paradójico se puede atribuir a los buenos niveles de confianza en la efectividad de las practicas preventivas (Li et al. 2016).

Es decir, que existe una gran variedad de posibilidades y de factores que pueden influir en las conductas de prevención.

Por consiguiente, Hay, Buckley & Ostroff (2005), proponen cuatro hipótesis:

- La preocupación por el cáncer facilita las conductas preventivas.
- La preocupación por el cáncer inhibe las conductas preventivas.
- Los niveles moderados de preocupación por el cáncer motivan las conductas preventivas.
- La preocupación por el cáncer mejora las conductas preventivas sólo cuando existen otros factores.

Conocimientos referidos a la salud.

Las primeras concepciones acerca de la salud hacen referencia al hecho de no presentar interferencias o no estar en desventaja frente a las demás personas (Blaxter, 2010).

Por ello, Engel (1977), afirma que, el modelo médico enmarca a la salud fundamentalmente como la inexistencia de la enfermedad.

Sin embargo, Nordenfelt (2000), afirma que la salud es más que sólo la ausencia de enfermedad y que debe estar basada en la promoción y la satisfacción de la misma

La OMS (2006), sostiene que, la salud es tridimensional, dando relevancia a la interacción entre la parte social, física y mental, dejando de lado a los padecimientos o malestares.

Por ello, el contexto social tiende a moldear hábitos y ayuda a entender la salud en relación a la condición biológica (Martín, 2011).

Modelos teóricos en la salud.

Smith (1983), realizó un resumen de los principales modelos para comprender la salud:

- Modelo clínico, referido a que la salud esta únicamente presente en ausencia de la enfermedad.
- Modelo de desempeño de roles, referido a que la salud está supeditada al rol social que posee la persona.

- Modelo adaptativo, referido a que la salud dependerá del tipo de adaptación del individuo a su medio ambiente.
- El modelo eudemonístico, referido a que la salud es el resultado del desarrollo máximo de la persona.

Conceptos del estado de salud.

Ware & Sherbourne (1992), refieren que, el estado de la salud es la percepción sobre la condición de la salud física y mental de la persona a causa de sucesos vitales como posibles enfermedades, accidentes o tratamientos.

La OMS (1996), sostiene que, el estado de salud es un componente de la calidad de vida; así mismo, se basa en la percepción de un individuo y de su situación de vida.

Urzúa (2010), menciona que, el estado de salud se define como la valoración del individuo sobre su bienestar en diversos ámbitos de su vida.

Cruceanu, Muntele y Cozma (2014), concluyen que, el estado de salud está íntimamente relacionada con la calidad de vida y que se presenta como el vínculo subjetivo de bienestar funcional y de habilidad física, que sirve para adecuarse a las diversas esferas personales.

Promoción del estado de salud.

Para Amigo (2015), el objetivo de la promoción del estado de salud es adquirir y mantener comportamientos saludables.

Según Oblitas (2017), dichos comportamientos se basan principalmente en:

- La higiene, que se refleja en un adecuado uso de la sepsia (lavado de manos, dientes, etc.).
- La actividad física, enfocada en actividades o ejercicios recreativos para la salud (caminar, correr, practicar deporte, etc.).
- El balance de la dieta, centrada en una adecuada nutrición del organismo (alimentos en buen estado, variedad de verduras, adecuada hidratación, etc.).
- Las interacciones sociales, ligadas al establecimiento de buenas y sanas relaciones (reuniones, paseos, viajes, etc.).
- El equilibrio emocional, que se orienta a la buena gestión de las emociones (autocontrol, resiliencia, asertividad, etc.).

No obstante, cuando existe una competición entre comportamientos nocivos y saludables, los primeros se suelen ver más tentadores debido a gratificación inmediata (Oblitas, 2017).

Medición del estado de salud.

Blaxter (2010), afirma que, la medición del estado de salud se orienta en los conocimientos objetivos y subjetivos del mismo.

Por ello, Tubeuf, Florence, Devaux & Sermet (2008), sugieren que, se puede medir de manera objetiva a través de las estadísticas de la enfermedad:

- La morbilidad diagnosticada, referida a padecimientos detectados o tratados en el sistema de salud.
- La morbilidad medida, referida a los exámenes clínicos de rutina realizados en diferentes lugares.
- La morbilidad autodeclarada, referida a datos obtenidos en diferentes muestras poblacionales a través de encuestas de salud.

Por otro lado, Ebrahim (1995), entiende que, el estado de salud se tiende a medir de manera subjetiva como parte de la percepción de la calidad de vida.

Además, agrega que el objetivo de la medición sirve como monitoreo poblacional, evaluando las políticas sociales y de la salud para centrar los recursos económicos vinculados a las necesidades en salud, al diagnóstico, al pronóstico de la enfermedad y a las consecuencias del tratamiento (Ebrahim, 1995).

Naughton & Shumaker (1995), plantean que, la medición del estado de salud como parte de la percepción de la calidad de vida debe tener en cuenta ciertas dimensiones como:

- El estado funcional, que es el grado óptimo para realizar actividades diarias y que se relacionan con la autonomía e independencia.
- El funcionamiento psicológico, donde se enfocan las consecuencias de la experiencia pudiendo generar bienestar o malestar.
- El funcionamiento social, que es el desarrollo o interferencia en las actividades interpersonales.
- La sintomatología, que debe estar asociada a un problema de salud y su tratamiento; así como, a efectos secundarios del tratamiento.

Así mismo, otros aspectos considerados para su medición se asocian con la economía, la espiritualidad, la sexualidad, la imagen corporal, las preocupaciones por padecimientos clínicos, el diagnóstico y el tratamiento (Naughton & Shumaker, 1995).

Modelo teórico del constructo estado de salud.

Ware, Kosinski & Keller (1994), después de realizar varios análisis estadísticos en torno al estado de salud, decidieron usar por primera vez un modelo bidimensional basado en el Medical Outcome Study de la década de los noventa; así mismo, dicho modelo consta de dos componentes:

- Componente físico, que abarca la percepción de la condición física en las últimas semanas, donde el buen funcionamiento fisiológico es indispensable para el desarrollo de actividades diarias. De igual manera, dicho componente está compuesto por cuatro dimensiones:
 - La función física, que se basa en actividades intensas como caminar ciertas distancias, correr, agacharse, etc.
 - El rol físico, que se evidencia en limitaciones, esfuerzo extra o disminución de actividades.
 - El dolor corporal, que genera interferencias de trabajo debido a su intensidad.
 - la salud general, que se percibe en el momento actual
- Componente mental, que abarca la percepción de la condición mental en las últimas semanas, resaltando la evaluación cognitiva y afectiva de las situaciones cotidianas; También, cuenta con cuatro dimensiones:
 - La vitalidad, que se refleja en la sensación de fuerza, energía o cansancio.
 - La función social, referida a la calidad de las relaciones con la familia, amigos, etc.
 - El rol emocional, que se evidencia en limitaciones, dedicación extra o disminución de actividades.
 - El bienestar emocional, denotando un adecuado manejo de las emociones.

Conocimientos teóricos de la relación entre preocupación por el cáncer y el estado de salud.

La OMS (1996), afirma que, las personas poseen un juicio a cerca de lo que es una enfermedad crónica, ya que son protagonistas en el cuidado de la salud y en la preocupación de la misma.

Por ello, cuando existe sospecha de padecimientos crónicos en el estado de salud, se ponen en marcha ciertos aspectos psicológicos; por ejemplo, la preocupación que puede influir en la detección del cáncer, en la asimilación del diagnóstico y en la aceptación o rechazo del tratamiento (Portnoy, Loud, Han, Mai & Greene, 2015).

Del mismo modo, la preocupación constante por padecer cáncer a largo plazo sin tener en cuenta las evaluaciones médicas puede ser crónico para el estado de salud física y mental (Amigo, 2017).

Por el contrario, Tolosa, Miranda, Nazar y Parga (2018), afirman que, en ciertas casas de estudio las trabajadoras de las escuelas de salud entre los 40 y 60 que mostraron poca preocupación por el cáncer, son aquellas que tienen la menor y la mayor adherencia al examen preventivo, denotando un bajo y alto interés en el estado de su salud respectivamente.

Para Shin et al. (2013), las personas asintomáticas con antecedentes familiares de cáncer de páncreas o con síndrome genético de cáncer de páncreas presentan una buena percepción de su estado de salud y a la vez un alto grado de preocupación por el cáncer

Cabe resaltar, que cuando se realizan una cirugía pancreática a largo plazo esta no afecta significativamente el estado de salud, pero si disminuye la preocupación por el cáncer (Shin et al., 2013).

Para, Charia (2015), las mujeres tienden a ser la población más vulnerable y con mayor preocupación ante el riesgo de padecer alguna una enfermedad crónica llegando a afectar la calidad de su salud

De igual forma, cuando la persona va llegando a la tercera edad sufre un gran número de malestares que afectan su salud y la preocupación por el cáncer tiende a aumentar; dado que, la edad promedio del diagnóstico de cáncer es a los 60 años (IRENN, 2018).

Lo anterior, denotaría que se pone un especial énfasis al sexo femenino y al inicio de la tercera edad, respecto al grado de vulnerabilidad ante la enfermedad y el estado de la salud.

Características de los usuarios que asisten al Centro Médico Especializado de la LPLCCT.

La trabajadora social, refiere que: “Después de dos décadas de experiencia, los usuarios de la Liga tienden a preocuparse medianamente por el cáncer, ya que participan del cribado cuando la mayoría empieza a sentir alguna dolencia física, es decir cuando la enfermedad ya avanzó”. Además, agrega que por lo general prefieren enfocarse en otros ámbitos de la vida como la parte social, económica o recreativa, dejando al final el cuidado del estado de la salud (L. Torrejón, comunicación personal, 02 de mayo del 2019).

Sin embargo, el técnico de enfermería, afirma que: “Las personas que asisten a la Liga si muestran preocupación ante un probable padecimiento oncológico; así mismo, mantienen un buen estado de salud mental y un estado promedio de salud física...”, “...algunos suelen recurrir a métodos alternativos como la medicina ancestral; mientras que otros afirman que no utilizan los servicios clínicos por falta de tiempo” (G. Salvador, comunicación personal, 02 de mayo del 2019).

De esta manera, se entiende que los usuarios del Centro Médico Especializado de la LPLCCT están atravesando por un proceso preventivo en sus vidas, teniendo que enfrentarse a temores personales, sociales y económicos a causa del cáncer; es así que, la preocupación por llegar a desarrollar esta enfermedad podría afectar el estado de salud. No obstante, la política de “Humanización” que identifica a la LPLCCT tiende a generar confianza entre sus usuarios, reflejando apoyo físico, emocional, espiritual, social y económico, aspectos que en conjunto hacen que los usuarios se sientan cómodos y seguros.

Finalmente, la calidad de los profesionales del Centro Médico Especializado de la LPLCCT, nos permite deducir que los usuarios reciben las herramientas necesarias para reforzar sus conocimientos y tomar conciencia en la cultura de prevención.

Investigaciones correlacionales entre preocupación por el cáncer y estado de salud.

Waters, Liu, Schootman & Jeffe (2013), realizaron un estudio en una muestra de mujeres con carcinoma ductal in situ y cáncer de mama temprano e invasivo del Centro de Cáncer Siteman en el Hospital Barnes-Jewish y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, encontrando como resultado

correlaciones significativas e inversas entre la preocupación por la progresión del cáncer y las dimensiones del estado de salud; salud general, con un índice de $-.29$; bienestar emocional, con un índice de $-.30$; energía/fatiga, con un índice de $-.20$; dolor, con un índice de $-.10$; función física, con un índice de $-.05$; limitación emocional, con un índice de $-.20$; limitación física, con un índice de $-.16$ y función social, con un índice de $-.23$.

Vrinten, Jaarsveld, Waller, Wagner & Wardle (2014), desarrollaron un análisis correlacional entre factores sociodemográficos, preocupación por el cáncer, salud percibida y ansiedad en una muestra de 3 351 personas con edades que oscilan entre los 55 y 64 años de Reino Unido, obteniendo una relación negativa entre salud general percibida y preocupación por el cáncer con un índice de $-.16$.

Cho & Park (2016), ejecutaron un estudio en una muestra de 292 personas sobrevivientes de cáncer, con edades menores de 50 años pero que tuvieron un diagnóstico temprano de cáncer entre los 15 y 34 años de edad, dicha información muestral fue recolectada a través un Registro Regional de Tumores Hospitalarios y vía online; por lo cual, se identificaron correlaciones negativas entre preocupación por el cáncer de los sobrevivientes y los componentes del estado de salud, obteniendo un índice de $-.16$ para salud física y un índice de $-.40$ para salud mental.

Xinyan & Nan (2016), efectuaron una investigación basada en la Encuesta Nacional de Tendencias de Información en Salud de los EE. UU., en una muestra de 2 304 mujeres con una edad promedio de 52 años, hallando una correlación inversa con un valor de $-.13$ entre preocupación por el cáncer y estado de salud.

Lostanau, Torrejón y Cassaretto (2017), realizaron un estudio en un Centro Nacional de Atención de Enfermedades Neoplásicas, con una muestra de 53 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama, cuyo rango de edad fluctúa entre 30 y 69 años, concluyendo que existe una relación significativa e inversa entre el componente estado de salud mental percibido y el estrés percibido con un índice de $-.46$.

Finalmente, Li-Yun, Shu-Chen, Kung-Liahng, Shiow-Luan & Jung-Mei (2018), efectuaron una investigación con 287 mujeres sobrevivientes de cáncer endometrial, cervical y ovárico de un Centro Médico en el norte de Taiwán, encontrando una relación inversa de las preocupaciones por el cáncer de las sobrevivientes, con las dimensiones función física, función de rol, función

cognitiva, función emocional y función social, siendo sus puntajes -.15, -.14, -.12, -.34 y -.18 respectivamente.

Por ende, al ser la preocupación por el cáncer una fuente inagotable de malestar en el estado de salud de los usuarios; se considera que, esta situación no es ajena en el Centro Médico Especializado de la LPLCCT, en el cual se realizará el presente estudio, teniendo como base la relación de las variables anteriormente descritas.

La LPLCCT (2019), es una asociación privada de carácter benéfico-social dedicada a la prevención de cáncer; así mismo, promueve la motivación y la toma de conciencia en la población, con charlas educativas y otros medios de difusión, con atenciones médicas y campañas masivas en la periferia de Trujillo. Está ubicada desde hace más de seis décadas en el Jirón Borgoño 330 - 332, de la Urbanización El Molino de Trujillo, siendo su público objetivo mixto. Además, cuenta con más de diez servicios y entre ellos el reciente servicio gratuito de psicología.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Población.

La población objetiva, estuvo conformada por 518 usuarios de ambos sexos que asistieron al Centro Médico Especializado de la LPLCCT durante el segundo trimestre del 2019.

3.2. Muestra.

Respecto a la determinación de la muestra, Hernández, Fernández, y Baptista (2016), afirman que, cuando se requiere trabajar con todos los elementos que forman parte de la población, se tiene que considerar un censo muestral.

Es decir, que el tamaño de la muestra será igual al tamaño de la población.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos, se coordinó con el Presidente de LPLCCT, la autorización correspondiente por medio de una solicitud formal; del mismo modo, se solicitó la lista de los horarios de atención del Centro Médico. Además, se coordinaron las fechas de aplicación en un lapso promedio de un mes durante el segundo trimestre del 2019.

Del mismo modo, se solicitó el apoyo de doce jueces expertos para la adaptación de la escala de preocupación por el cáncer al contexto local y se obtuvo el análisis de contenido correspondiente.

Posteriormente, para la obtención de la muestra se dispuso una reunión diaria con los usuarios del Centro Médico en las salas de espera 1, 2, 3 y 4. Luego, se les informó los objetivos del estudio y el consentimiento informado; de igual manera, se aplicaron los instrumentos de evaluación psicológica, se recogieron las pruebas y se recaló la importancia de los resultados desde un enfoque preventivo y psicooncológico.

Finalizadas las evaluaciones, se procedió a seleccionar aquellos instrumentos que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión, para la creación de la base de datos correspondiente; es así que, se realizó la adaptación psicométrica de la escala de preocupación por el cáncer y se

estableció la correlación entre la escala en mención y el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud.

Finalmente, la técnica utilizada para el presente estudio es la técnica de tipo psicométrica; motivo por el cual, se utilizó una adaptación propia de la escala de preocupación por el cáncer, que estuvo basada en la adaptación española desarrollada por Cabrera (2008); así como, la adaptación peruana del cuestionario SF-32 sobre el estado de salud adaptada por Salazar y Bernabé (2012).

- Escala de preocupación por el cáncer.

Mide el nivel de preocupación por el cáncer en edades que oscilan entre los 18 y 65 años de edad, pudiendo ser aplicado de manera individual o colectiva, tanto en poblaciones clínicas como en la población en general. La escala consta de 06 ítems, con un escalamiento de respuesta tipo Likert, donde 1 equivale a no, nada o nunca y 4 equivale a casi todo el tiempo, a menudo o constantemente. Asimismo, es unidimensional y el tiempo aproximado para responderlo varía de 10 a 15 minutos (Lerman et al., 1991; Cabrera, 2008).

- Validez y confiabilidad de la prueba original.

Fue construido en Estados Unidos, por la Dra. Lerman y su equipo en la década de los noventa, luego de hacer un seguimiento de 308 mujeres después de los controles con mamografía. Mientras tanto, en el año 2001 en una muestra de 500 mujeres se obtuvo la primera validación con un índice de consistencia interna de .86 y una confiabilidad test-retest también de .86 (Lerman et al., 1991; Hopwood et al., 2001).

- Validez y confiabilidad de la adaptación española.

Para efectos de la presente investigación se utilizó la escala española adaptada por Cabrera (2008), que fue realizada en una muestra de 200 sujetos, encontrando la validez del constructo mediante las cargas factoriales del AFE superiores a .4, que explican el 53,07 % de la varianza. En cuanto, a la fiabilidad interna se aplicó el coeficiente de alfa de Cronbach con un valor de .82.

Teniendo en cuenta lo anterior, dicha adaptación se sometió a doce

jueces o expertos en el contexto local y se obtuvo un índice V de Aiken con valores que oscilan entre de .94 y 1; del mismo modo, posee una validez del constructo con valores de .62 a .82 a través del AFE explicado por una varianza de 59.19% y respecto a la confiabilidad tiene un puntaje de .82 en el coeficiente alfa de Cronbach.

- Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud.

Establece un perfil del estado de salud en edades que oscilan entre los 14 y 64 años, puede ser aplicado tanto de manera individual como colectiva, en pacientes como en la población en general. El instrumento consta de 36 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert y dicotómica, presenta 8 dimensiones del estado de salud; la primera, es la dimensión función física que contiene diez ítems; la segunda, es la dimensión rol físico que contiene cuatro ítems; la tercera, es la dimensión dolor corporal que contiene dos ítems; la cuarta, es la dimensión salud general que contiene seis ítems, la quinta, es la dimensión vitalidad que contiene cuatro ítems; la sexta, es la dimensión función social que contiene dos ítems; la séptima, es la dimensión rol emocional que contiene tres ítems y la octava es la dimensión bienestar emocional que contiene cinco ítems; a su vez, consta de dos componentes generales que son el estado de salud físico y el estado de salud mental (Ware & Sherbourne, 1992; Salazar y Bernabé, 2012).

- Validez y confiabilidad de la prueba original.

Fue construido por Ware & Sherbourne (1992), en Estados Unidos por la década de los noventa como instrumento para el Medical Outcomes Study en 24 subgrupos de pacientes, encontrando índices de confiabilidad mediante alfa de Cronbach con valores que oscilan entre .65 y .94

- Validez y confiabilidad de la adaptación peruana.

En el Perú, fue adaptado por Salazar y Bernabé (2012), con una muestra de 4344 personas de Piura, Huancayo, Trujillo y Lima, con edades entre los 14 y 64 años, para hallar la validez se utilizó el análisis factorial confirmatorio, indicando un modelo de 8 factores de primer orden y 2 factores de segundo orden con índices aceptables;

mientras que, para hallar la confiabilidad se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach con valores que oscilan entre .66 y .92.

3.4. Métodos o técnicas para el análisis y procesamiento de los datos.

Después de finalizar la selección de los instrumentos que se aplicaron durante el segundo trimestre del 2019, se procedió a diseñar una base de datos en el programa computacional Microsoft Office Excel 2016 y se pasó dicha base al software estadístico SPSS V.22 para la estadística descriptiva e inferencial.

En tal sentido, primero se hallaron las propiedades psicométricas de la escala de preocupación por el cáncer. De la estadística descriptiva, se utilizó la distribución de frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales para un mejor entendimiento de las características de la muestra, también el valor de la media, mediana, desviación estándar, curtosis, asimetría y estadísticos de posicionamiento como los percentiles para la construcción de las normas y baremos. De la estadística inferencial, se utilizó el coeficiente V de Aiken, índices de correlación inter-ítem, inter-factor e inter-test y el análisis factorial exploratorio; así que, después de obtener la validez de contenido y de constructo, se procedió a hallar la confiabilidad por consistencia interna con el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach para la escala en mención.

Posteriormente, se halló el nivel de preocupación por el cáncer y el perfil del estado de salud; así como, la correlación entre ambas. De la estadística descriptiva, se utilizaron los mismos procedimientos descritos anteriormente, pero para las dos variables. De la estadística inferencial, se empleó el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach para hallar la consistencia interna, para obtener la validez del constructo se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, el cual se emplea para determinar la simetría o asimetría de los instrumentos, en ese sentido, la correlación se llevó a cabo con el coeficiente Rho de Spearman. Además, para calcular el tamaño del efecto, se siguieron los criterios de magnitud planteados Cohen (1977) y para hallar los intervalos de confianza del coeficiente r se utilizaron niveles de significancia al 95%.

3.5. Operativización de variables.

Tabla 1

Operativización.

OPERATIVIZACIÓN				
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Preocupación por el cáncer.	Es uno o más pensamientos negativos y recurrentes que se anticipan a la probabilidad de padecer cáncer, generando interferencias en el estado de ánimo y en las funciones diarias (Lerman et al., 1991b; Lerman y Schwartz, 1993; Lerman, Kash y Stefanek, 1994b).	La definición de medida se basa en la puntuación que se obtendrá de la escala de preocupación por el cáncer adaptado por Cabrera (2008).	Preocupación por el cáncer, conformada por los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6.	Ordinal. Ya que existen varias categorías y mantienen un orden, para establecer una comparación precisa de las características del individuo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).
Estado de salud	Según Ware & Sherbourne (1992), es la percepción sobre la condición de la salud física y mental de la persona a causa de sucesos vitales cómo posibles enfermedades, accidentes o tratamientos.	La definición de medida se basa en la puntuación que se obtendrá de cada una de las dimensiones del cuestionario SF-36 sobre el estado de salud adaptado por Salazar y Bernabé (2012).	Formado por los Componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Salud física, que consta de cuatro dimensiones. <ul style="list-style-type: none"> - D. Función física, con los ítems 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j. - D. Rol físico, con los ítems 4a, 4b, 4c y 4d. - D. Dolor corporal, con los ítems 7 y 8. - D. Salud general, con los ítems 1, 2, 11a, 11b, 11c y 11d. • Salud mental, que consta de cuatro dimensiones. <ul style="list-style-type: none"> - D. Vitalidad, con los ítems 9a, 9e, 9g y 9i. - D. Función Social, con los ítems 6 y 10. - D. Rol emocional, con los ítems 5a, 5b y 5c. - D. Bienestar emocional, con los ítems 9b, 9c, 9d, 9f y 9h. 	Ordinal. Ya que existen varias categorías y mantienen un orden, para establecer una comparación precisa de las características del individuo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

Fuente: (Cabrera, 2008; Salazar y Bernabé, 2012; Bernuy, 2018)

3.6. Criterios de inclusión y exclusión.

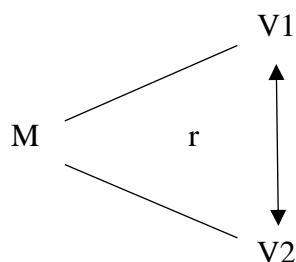
- Criterios de inclusión:
 - Usuarios que asistan al Centro Médico Especializado de la LPLCCT durante el segundo trimestre del 2019.
 - Usuarios masculinos y femeninos.
 - Usuarios con edades entre 30 a 60 años.
- Criterios de exclusión:
 - Usuarios que no deseen colaborar con la investigación.
 - Usuarios que no terminen los instrumentos de evaluación.
 - Usuarios que no hayan asistido el día de la evaluación.
 - Usuarios que tengan cáncer.
 - Usuarios que tengan o hayan tenido un diagnóstico referido a un tipo de Trastorno de Estrés y/o Ansiedad.

3.7. Diseño de investigación.

El diseño no experimental guía a la presente investigación; dado que, para el análisis de los datos se tuvo en cuenta los fenómenos presentes en un entorno natural; así mismo, es una investigación cuantitativa y de alcance descriptivo-correlacional. Por tal motivo, se pudo describir las características de ambas variables y medir la correlación presente entre las mismas (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

Por tanto, la presente investigación analiza la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud.

Esquema:



Donde:

V1: Preocupación por el cáncer.

O2: Estado de salud.

M: Muestra de usuarios que asisten al Centro Médico Especializado de la

LPLCCT.

r: Relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud.

Además, para contrastar la hipótesis se utilizó el modelo de una sola casilla.

IV. RESULTADOS

Según la tabla 2, la variable preocupación por el cáncer se relaciona de manera inversa con la variable estado de salud, siendo una correlación moderada y significativa.

Tabla 2

Correlación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

V1	V2	Rho	Sig.	IC 95%	
				LI	LS
Preocupación por el cáncer	Estado de salud	-.381*	.029	-.351	-.411

**p<0.01 *p<0.05

Fuente: Base de datos.

En los resultados de la tabla 3, se observa que tanto el componente salud física como el componente salud mental se relacionan de forma significativa con preocupación por el cáncer, siendo ambas correlaciones, significativas, negativas y de magnitud moderada.

Tabla 3

Correlación entre preocupación por el cáncer y los componentes (salud física y salud mental), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Componentes	Correlación	Preocupación por el cáncer	Sig.	IC 95%	
				LI	LS
Salud física	Rho de Spearman	-.287*	.022	-.257	-.317
Salud mental	Rho de Spearman	-.398*	.031	-.368	-.428

**p<0.01 *p<0.05

Fuente: Base de datos.

Según la tabla 4, la variable preocupación por el cáncer se relaciona de manera significativa e inversa, siendo tanto de grado moderado como de grado débil en las dimensiones función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional y bienestar emocional, con índices de -.175, -.222**, -.243, -.296*, -.324** y -.396* respectivamente; sin embargo, no existe relación alguna con la dimensión dolor corporal y función social.

Tabla 4

Correlación entre preocupación por el cáncer y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y bienestar emocional), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Dimensiones	Correlación	Preocupación por el cáncer	Sig.	IC 95%	
				LI	LS
Función física	Rho de Spearman	-.175	.043	-.145	-.205
Rol físico	Rho de Spearman	-.222**	.005	-.192	-.252
Dolor corporal	Rho de Spearman	-.061	0.431	-.031	-.091
Salud general	Rho de Spearman	-.243	.042	-.213	-.273
Vitalidad	Rho de Spearman	-.296*	.036	-.266	-.326
Función social	Rho de Spearman	-.045	0.482	-.015	-.075
Rol emocional	Rho de Spearman	-.324**	.006	-.294	-.354
Bienestar emocional	Rho de Spearman	-.396*	.039	-.366	-.426

**p<0.01 *p<0.05

Fuente: Base de datos.

V. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

En ese sentido, se entiende que la preocupación por el cáncer es un conjunto de pensamientos negativos y recurrentes que se anticipan a la probabilidad de padecer cáncer, generando interferencias en el estado de ánimo y en las funciones diarias (Lerman et al., 1991b; Lerman y Schwartz, 1993; Lerman, Kash y Stefanek, 1994b); mientras que, el estado de salud es la percepción sobre la condición de la salud física y mental de una persona a causa de sucesos vitales como posibles enfermedades, accidentes o tratamientos (Ware & Sherbourne, 1992).

Respecto a los instrumentos que se utilizaron para la presente investigación, se tomó en cuenta la escala de preocupación por el cáncer y el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud. Es así que, se adaptó la escala en mención al contexto local, encontrándose una adecuada validez de contenido, constructo y consistencia interna, de igual forma, para el estado de salud se trabajó con el cuestionario SF-36 adaptado por de Salazar y Bernabé (2012).

En relación a los niveles de preocupación por el cáncer plasmados en la tabla 8, se observa que más del 60% de usuarios suele tener un nivel de preocupación promedio, lo cual se puede entender teniendo en cuenta que la LPLCCT (2019), suele realizar campañas informativas y de prevención a los usuarios que asisten a su Centro Médico Especializado y en la periferia de Trujillo; por su parte, SEOM (2019), refiere que, cuando las personas tienen una adecuada accesibilidad y manejo de información sobre temas oncológicos se pueden controlar las preocupaciones sobre el cáncer, dado que existen otros factores que pueden influir en la modulación de los niveles de preocupación por el cáncer, ello concuerda con lo mencionado por la Trabajadora Social de la LPLCCT (2019), ya que una de las características que observa en los usuarios es la preferencia por otros ámbitos de la vida y una mediana preocupación por el cáncer, asemejándose con lo planteado por la Revista Marie Claire (2015), donde se hace referencia a que existen múltiples preocupaciones en la vida del adulto centradas en el trabajo, la familia, las relaciones sociales y la salud.

En cuanto a la percepción del estado de salud que se evidencia en la tabla 9, permite vislumbrar que el 60.8% de los usuarios perciben un buen estado de salud físico a diferencia del estado de salud mental que es percibido como malo en el 57.5% de los usuarios, lo cual es similar con lo que sostiene Torales (2017), ya que la preocupación por padecer una enfermedad se fundamenta muchas veces con las creencias que desarrolla el individuo, restando importancia a la presencia de sintomatología física, para Martel (2017), este resultado también se muestra en personas que asistieron con regularidad al Hospital y que fueron diagnosticadas con cáncer, evidenciando buen estado de salud físico percibido, realizando actividades cotidianas o ejercicios sin dificultad; de igual manera, coincide en personas con antecedentes familiares de cáncer, ya que poseen una buena percepción de su estado de salud físico pero tienen malestares mentales como preocupaciones por desarrollar una neoplasia (Shin et al., 2013); de igual modo, Saavedra y Uchofen-Herrera (2016), sugieren que en algunas zonas rurales del país existe una percepción negativa del estado de salud mental. Por lo tanto, se puede inferir que un porcentaje importante de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, se sienten a gusto con su estado de salud físico a diferencia de la percepción negativa sobre su estado de salud mental.

En lo referente, al objetivo general expresado en la tabla 2, se encontró que existe una correlación significativa, inversa y de grado moderado entre la variable preocupación por el cáncer y la variable estado de salud, ello se asemeja con la investigación de Vrinten et al. (2014), quienes ejecutaron un estudio correlacional con variables sociodemográficas, preocupación por el cáncer, salud percibida y ansiedad en Reino Unido, hallando una relación significativa y negativa entre salud general percibida y preocupación por el cáncer (-.16); de igual forma, con la investigación realizada por Xinyan & Nan (2016), basada en la Encuesta Nacional de Tendencias de Información en Salud de los EE. UU., encontrando una correlación significativa e inversa entre preocupación por el cáncer y estado de salud (-.13), lo cual denotaría, que el estado de salud de las personas se percibe menos conservado cuando existe preocupación por el cáncer y esto suele disminuir las conductas de prevención (Tonge et al., 2018). Pese a ello, para Buckley & Ostroff (2005), la existencia de preocupación por el cáncer facilita las conductas preventivas. Por lo tanto, es probable que cuando los usuarios de un Centro Médico

Privado de Trujillo muestren preocupación por el cáncer, podrán desarrollar malestares en el estado de salud y conductas de prevención.

Respecto a la relación entre preocupación por el cáncer y los componentes del estado de salud plasmados en la tabla 3, se observa que tanto el componente salud físico como el componente salud mental se relacionan de forma significativa y de grado moderado con preocupación por el cáncer, siendo ambas correlaciones inversas, lo cual es similar con la investigación de Cho & Park (2016), quienes realizaron un estudio correlacional entre preocupación por el cáncer de personas sobrevivientes y el estado de salud a través de un Registro Regional de Tumores Hospitalarios y vía online, identificando correlaciones negativas para el componente salud física (-.16) y para el componente salud mental (-.40); en tal sentido, Amigo (2017), sugiere que tanto el estado de salud físico como el estado de salud mental pueden verse afectados por la preocupación de padecer algún mal oncológico restando importancia a los exámenes médicos.

En referencia, a la relación entre preocupación por el cáncer y las dimensiones del estado de salud que se muestran en la tabla 4, existen relaciones significativas, inversas, de grado débil y moderado con las dimensiones función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional y bienestar emocional; sin embargo, no existe relación alguna con la dimensión dolor corporal y función social, lo cual es compatible con la investigación de Waters et al. (2013), en un estudio realizado en mujeres con carcinoma ductal in situ y cáncer de mama temprano e invasivo en Estados Unidos, evidenciando correlaciones significativas e inversas entre la preocupación por la progresión del cáncer y las dimensiones del estado de salud; salud general (-.29), bienestar emocional (-.30), energía/fatiga (-.20), limitación emocional (-.20) y limitación física (-.16); sin embargo, si halló una mayor correlación con la dimensión función social (-.23), ya que suele ser el sexo femenino el más preocupado por desarrollar cáncer o por los desenlaces negativos de padecerlo en el ámbito emocional, físico y social (Murphy et al., 2018); así mismo, se complementa con lo planteado por Li-Yun et al. (2018), en una investigación correlacional desarrollada en el norte de Taiwán entre preocupación por el cáncer de los sobrevivientes y estado de salud, donde se evidenció una relación inversa y significativa con las dimensiones función física (-.15), función de rol (-.14), función cognitiva (-.12) y función emocional (-.34), dichos resultados

apuntan a que existe dificultades para reflejar vitalidad, disminución para realizar las actividades cotidianas o un inadecuado manejo de emociones a causa de la preocupación por el cáncer, ello contradice a lo planteado Oblitas (2017), porque para una adecuada promoción del estado de salud a largo plazo, se debe resaltar el equilibrio emocional, el autocontrol, la resiliencia, la asertividad y la gestión de las emociones.

En conclusión, se puede inferir que a mayor presencia de preocupación por el cáncer en los usuarios que asistieron a un Centro Médico Privado de Trujillo, menor será la percepción del estado de salud, sobre todo en el estado de salud mental, siendo la dimensión vitalidad y bienestar emocional las más afectadas.

VI. CONCLUSIONES

- En cuanto al objetivo general de la investigación, existe una correlación significativa, inversa y de grado moderado con un índice de $-.381$ entre la variable preocupación por el cáncer y la variable estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.
- Respecto a los niveles de preocupación, se encontró que existe un nivel promedio en más del 70 % de los usuarios.
- En cuanto al estado de salud, se halló que más del 60 % de los usuarios perciben un mejor estado de salud físico a diferencia del estado de salud mental ya que el 57.5% lo percibe como malo.
- Existe una correlación significativa, negativa y moderada entre preocupación por el cáncer y el componente salud física, con un valor de $-.287$; de igual manera, con el componente salud mental, con un valor de $-.398$.
- Existen correlaciones inversas, significativas, de grado débil y moderado con las dimensiones función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional y bienestar emocional, con índices de $-.175$, $-.222$, $-.243$, $-.296$, $-.324$ y $-.396$ respectivamente. No existe relación con la dimensión dolor corporal y función social.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar programas psicológicos de promoción a través de charlas de sensibilización sobre el cáncer y talleres de fortalecimiento emocional tanto en usuarios internos como externos, con la finalidad de desarrollar pensamientos positivos contra el cáncer y mejorar el estado de salud.
- Se recomienda realizar programas psicológicos de prevención a través de técnicas de psicoeducación, de modelado participativo, de entrenamiento en habilidades sociales, de refuerzo positivo tanto en usuarios internos como externos para evitar la aparición de pensamientos nocivos por el cáncer y problemas en el estado de salud.
- Se recomienda realizar programas psicológicos de intervención a través de técnicas de relajación progresiva, de control de la respiración, de meditación y de autorregulación tanto en usuarios internos como externos para reducir los niveles de preocupación por el cáncer y mejorar la percepción en el estado de salud.
- Se sugiere realizar evaluaciones psicológicas a través de técnicas de entrevista, de observación y psicométricas tanto en usuarios internos como externos con la finalidad de monitorear constantemente los resultados sobre los niveles de preocupación por el cáncer y sobre el estado de salud a lo largo del año.
- Se recomienda extender la investigación a otros centros médicos u hospitales tanto privados como públicos con la finalidad de conocer si es una problemática propia de los centros que ofrecen evaluaciones de tamizaje y cribado o es una problemática de salud global en de la región.
- Se sugiere trabajar con otro instrumento que mida estado de salud, para ampliar el rango dimensional y encontrar otras esferas que pueden estar influyendo en la salud como el ámbito laboral o una enfermedad médica.
- Finalmente, resulta indispensable realizar otros estudios relacionando la preocupación por el cáncer con otras variables; por ejemplo, locus de control, fatalismo, calidad de vida, bienestar psicológico, etc. Así mismo, realizar otros estudios relacionando estado de salud con ansiedad, percepción de riesgo o miedo a la recurrencia.

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M., Lugo, J. y Maylle, C. (2018). *Percepción del paciente sobre el riesgo radiológico cuando se realiza exploraciones en un Departamento de Diagnóstico por Imágenes*. Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1398>.
- Álvarez, O., Robert, M. y Valdivieso, B. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*, 24(4), 677–684. Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf.
- American Cancer Society. (2018). *Cancer Facts & Figures 2018*. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>.
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud (2ª ed.)*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Amigo, I. (2017). *Manual de psicología de la salud (3ª ed.)*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Antonucci, M. & Bayer, J (2016). Children's Moods, Fears and Worries Questionnaire: Validity with Young Children at Risk for Internalizing Problems. *Infant and Child Development*, 26(2), 31-47. doi: 10.1002/icd.1966.
- Arquimedes, S. y López, I. (2015). Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una Clínica de la ciudad de Chiclayo.

Revista Paian, 6(2), 2313-3139. Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/239>.

Asociación Española Contra el Cáncer. (2019). *Informe sobre la atención psicológica a pacientes con cáncer y familiares en España*. Recuperado de https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe_AECC_Atencion_psicologica.pdf.

Beck, A. y Clark, D. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones. La solución cognitiva conductual*. Bilbao: Desclee De Brouwer.

Blaxter, M. (2010). *Health (2da Ed.)*. Cambridge: Polity Press.

Bresner, L., Banach, R., Rodin, G., Thabane, L., Ezzat, S. & Sawka, A. (2015). Cancer-Related Worry in Canadian Thyroid Cancer Survivors. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(3), 977–985. doi: 10.1210/jc.2014-3169.

Butler, K., Rayens, M., Wiggins, A., Rademacher, K. & Hahn, E. (2017). Association of Smoking in the Home With Lung Cancer Worry, Perceived Risk, and Synergistic Risk. *Oncol Nurs Forum*. 44(2), 55-63. doi: 10.1188/17.ONF.E55-E63.

Caballero, D. (2015). *Calidad de vida y autoestima en pacientes con insuficiencia renal crónica en prediálisis, Hospital Nivel III, Trujillo* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.

Cabrera, E. (2008). *Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético* (Tesis doctoral). Universidad Internacional de Cataluña, Cataluña, España. Recuperado de

https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/9354/TESIS_Esther_Cabrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Cabrera, Y., López, E., López, E., y Arredondo, B. (2018). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-128. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522/1570>.

Cabrera, E., Zabaleguib, A. & Blanco, I. (2011), Spanish version of the Cancer Worry Scale (CWS). Cross cultural adaptation and validity and reliability analysis. *Clinical Medicine*, 136(1), 8-12. doi: 10.1016/j.medcli.2010.04.015.

Carreño, S., Sánchez-Herrera, B., Carrillo, G., Chaparro-Díaz, L. y Gómez, O. (2016). Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 342-349. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a08.

Catania, A., Sammut, C. & Catania, J. (2019). Men's experience of their partners' breast cancer diagnosis, breast surgery and oncological treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 9-10. doi: 10.1111/jocn.14800.

Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., Noe-Grijalva, M., Barboza-Palomino, M., Arias, W., Reyes-Bossio, M. y Rojas-Jara, L. (2018). Evidencias psicométricas iniciales de una medida breve sobre preocupación por el cáncer. *Psicooncología*, 15(2), 315-325. doi: 10.5209/PSIC.61438.

Cercado, V. y Castillo, J. (2019). *Efectividad del programa educativo conociendo mi sexualidad en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes. Huamachuco* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Recuperado el 27 de abril del 2019 de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11927/1875.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Cohen, L. (1977) *Educational Research in Classrooms and Schools: A Manual of Materials and Methods*. London: Harper & Row.
- Charia, H. (2015). *Estudio Comparado de la Percepción del Estado de Salud, del Dolor Crónico y de la Imagen Corporal en Mujeres Universitarias Marroquíes y Españolas* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54567/1/tesis_hikmat_charia.pdf.
- Cho, D. & Park, C. (2016). Moderating Effects of Perceived Growth on the Association between Fear of Cancer Recurrence and Health-Related Quality of Life among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-18. doi: 10.1080/07347332.2016.1247408.
- Cruceanu, D. Muntele, I., & Cozma, D. (2014). Health-an autoevaluation Predictor of Personal life quality. *Cross-Cultural Management Journal*, 15(5), 67-78. Recuperado de <https://ideas.repec.org/a/cmj/journal/y2014i5cruceanu,muntele&cozma.html>.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0303110009A/16373>.
- Da Rosa, G., Martin, P., Gondo, Y., Hirose, N., Ishioka, Y. & Poon, L. (2014). Examination of Important Life Experiences of the Oldest-Old: Cross-Cultural Comparisons of U.S. and Japanese Centenarians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(2), 109-121. doi: 10.1007/s10823-014-9223-z.
- Diefenbach, M., Miller, S. & Daly, M. (1999). Specific worry about breast cancer predicts mammography use in women at risk for breast and ovarian cancer. *Health psychology*, 18(5), 532-536. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.532.

Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41, 1383-1394. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560306>.

Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>.

Espino-Polanco, A. y García-Cardona, M. (2018). Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 145-55. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim1821.pdf>.

Global Burden of Diseases. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.

Granados, M., Arrieta, O. y Hinojosa, J. (Eds.). (2016). *Tratamiento del cáncer: Oncología médica, quirúrgica y radioterapia*. México D. F.: Manual Moderno.

Hallera, B., Doherty, B., Duta, M., Cohen, K., Lau, G. & Scerif, G. (2017). Attention allocation and social worries predict interpretations of peer-related social cues in adolescents. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 105-112. doi: 10.1016/j.dcn.2017.03.004.

Hay, J., Buckley, T. & Ostroff, J. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psycho-oncology*, 14(7), 517-534. doi: 10.1002/pon.864.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2016). *Metodología de la investigación (6ta ed.)*. Mexico D. F.: Mc Graw Hill.
- Holland, J., Geary, N., Marchini, A., & Tross, S. (1987). An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer investigation*, 5(2), 151-154. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3607572>.
- Hopwood, P., Shenton, A., Alloo, F., Evans, D. & Owell, A. (2001). Risk perception and cancer worry: an exploratory study of the impact of genetic risk counselling in women with a family history of breast cancer. *Journal of medical genetics*, 38(2), 139-146. doi: 10.1136/jmg.38.2.139.
- Instituto de Políticas Públicas en Salud. (2017). *Percepción del estado de salud de los chilenos*. Recuperado de <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/estadisticas-e-indicadores/sociales/percepcion-del-estado-de-salud-de-los-chilenos/2017-12-18/172149.html>.
- IPPS. (2019). *Paciente empoderado*. Recuperado de http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/tax/port/all/taxport_14___1.html.
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte (2018). *Indicadores hospitalarios año 2018*. Recuperado de <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/estadistica/IGH2018-19.pdf>.
- Journal Marie Claire (2015). *Britain Is A Nation Of Worriers – And Here's Why*. Recuperado de <https://www.marieclaire.co.uk/life/health-fitness/86-percent-of-adults-are-worriers-51597>.
- Landman, C., Borges, P., Pires, M., Nogueira, G. & Viacava, F. (2005). Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 54(64). doi: 10.1590/S0102-311X2005000700007.

- Lefebvre, J., Jensen, M., Waters, S., Molton, I., Keefe, F. & Caldwell, D. (2017). The development and assessment of the Worry About Pain Questionnaire. *European Journal of Pain*, 21(7), 1154-1164. doi: 10.1002/ejp.1015.
- Lerman, C., Kash, K., & Stefanek, M. (1994b). Younger women at increased risk for breast cancer: perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (16), 171-176. Recuperado el 28 de abril del 2019 de <https://europepmc.org/abstract/med/7999461>.
- Lerman, C. & Schwartz, M. (1993). Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 28(2), 145-155. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8173067>.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B., Jepson, C., Brody, D., & Boyce, A. (1991b). Psychological side effects of breast cancer screening. *Health psychology*, 10(4), 259-267. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1915212>.
- Li, J., Hart, T., Aronson, M., Crangle, C. & Govindarajan, A. (2016). Cancer Worry, Perceived Risk and Cancer Screening in First-Degree Relatives of Patients with Familial Gastric Cancer. *Journal of Genetic Counseling*, 25(3), 520-528. doi: 10.1007/s10897-015-9903-z.
- Liebert, R. & Morris, L. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978. doi:10.2466/pr0.1967.20.3.975.
- Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer de Trujillo. (2019). *Historia*. Recuperado de https://ligacancertrujillo.org.pe/portal/?page_id=309.

- Li-Yun, T., Shu-Chen, L., Kung-Liahng, W. Shioh-Luan, T & Jung-Mei, T. (2018). A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(6), 846-852. doi: 10.1016/j.tjog.2018.10.014.
- Lizárraga, V. (2017). *Educación sexual y Calidad de vida relacionada con la Salud en jóvenes de universidades privadas de Lima* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10757/622078>.
- Loescher, L. (2003). Cancer worry in women with hereditary risk factors for breast cancer. *Oncology nursing fórum*, 30(5), 767-772. doi: 10.1188/03.ONF.767-772.
- López, J. (2016). *Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en pobladores del Distrito de La Victoria durante el período julio-octubre del 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo, Perú. Recuperado el 27 de abril del 2019 de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3217/3/lopez_tje.pdf.
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90. doi: 10.15517/ap.v31i122.25345.
- Marcin, C. & Aitken, J. (2018). Hardiness, Perseverative Cognition, Anxiety, and Health-Related Outcomes: A Case for and Against Psychological Hardiness. *Psychological Reports*, 0(0), 1-23. doi: 10.1177/0033294118800444.

- Martel, B. (2017). *Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un Hospital de la ciudad de Trujillo* (Tesis de licenciatura). Universidad Privada del Norte, Trujillo, Perú.
- Martín, U. (2011). *Salud y desigualdades sociales en salud en la C.A. del País Vasco en el cambio de siglo: una visión desde las esperanzas de salud* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Lejona, España.
- Martínez, E. y Sisalima, J. (2015). *Cuidadores informales de pacientes psiquiátricos: sobrecarga y calidad de vida* (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21770/1/tesis.pdf>.
- Mostacero-León, J., Peláez, F., Alarcón-Rojas, N., De La Cruz-Castillo, A., Alva-Calderón, R. y Charcape-Ravelo, J. (2019). Plantas utilizadas para el tratamiento del cáncer expendidas en los principales mercados de la provincia de Trujillo, Perú, 2016 – 2017. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 18(1), 81-94. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/330204877_Plantas_utilizadas_para_el_tratamiento_del_cancer_expendidas_en_los_principales_mercados_de_la_provincia_de_Trujillo_Peru_2016_-_2017.
- Murphy, P., Marlow, L., Waller, J. & Vrinten, C. (2018). What is it about a cancer diagnosis that would worry people? A population-based survey of adults in England. *BMC Cancer*, 18(86), 1-10. doi: 10.1186/s12885-017-3963-4.
- National Cancer Institute. (2015). *Cancer risk factors*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>.
- Naughton, M. & Shumaker, S. (1995). Assessment of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 6(6), 475-480. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018499813912>.

- Nordenfelt, L. (2000). On the Place of Fuzzy Health in Medical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(5), 639–649. doi: 10.1076/0360-5310(200010)25:5;1-W;FT639.
- Oblitas, L. (Coord.). (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida (4ta ed.)*. México D. F.: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). What quality of life? / WHO Group on quality of life. *World Health Forum*, 17(4), 385-387. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- OMS. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- OMS. (2016). *Cáncer en Centroamérica y América del Sur: Un análisis integral*. Recuperado de https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/pr248_S.pdf.
- OMS. (2018). *Cáncer*. Recuperado el 26 de abril del 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Portnoy, D., Loud, J., Han, P., Mai, P. & Greene, M. (2015). Effects of False-Positive Cancer Screenings and Cancer Worry on Risk-Reducing Surgery Among BRCA1/2 Carriers. *Health Psychology*, 34(7), 709-717. doi: 10.1037/hea0000156.
- Roberto, M. (2018). *Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia* (Tesis de licenciatura). Universidad de Lima, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.ulima.edu.pe/handle/ulima/5848>.

- Rojas, R. (2016). *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rojas, C. y Gutiérrez, Y. (Eds.). (2016). *Psicooncología, aportes a la comprensión y a la terapéutica*. Chile: Nueva Miranda.
- Rosenstock, I. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. doi: 10.1177/109019817400200403.
- Saavedra, J. y Uchofen-Herrera, V. (2016). Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 785-93. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2566.
- Schapira, M., Hubbard, R., Seitz, H., Conant, E., Schnall, M., Cappella, J., Harrington, T., Inge, C. & Armstrong, K. (2019). The Impact of a Risk-Based Breast Cancer Screening Decision Aid on Initiation of Mammography Among Younger Women: Report of a Randomized Trial. *SAGE Open*, 4(1), 1-13. doi: 10.1177/2381468318812889.
- Sepulveda-Pacsi, A., Hiraldo, G & Frederickson, K. (2016). Cancer Worry Among Urban Dominican Women: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(1), 30. doi: 10.1177/1043659616672062.
- Shin, E., Goggins, M., Schulick, R., Petersen, G., Hruban, R., Cosby, H., Topazian, M., Syngal, S., Farrell, J., Lee, J. Khashab, M., Lennon, A., Yeo, C. & Canto, M. (2013). Quality of Life and Cancer Worry of Individuals With Increased Risk for Familial Pancreatic Cancer. *AGA journals*, 144(5), 867, doi: 10.1016/S0016-5085(13)63223-0.

Smith, J. (1983). *The idea of health: Implications for the nursing profession*. New York: Teachers College Press. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=Xs3ECQAAQBAJ&pg=PA272&lp g=PA272&dq=Smith,+J.+\(1983\).+The+idea+of+Health+implications+for +the+Nursing&source=bl&ots=KyH0ZI2FWA&sig=ACfU3U1yxX8YIMs Yzz7QWLzykFlZzhsy_w&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjU3Ne8uKXiAh WjmOAKHdHADrwQ6AEwAHoECAgQAQ#v=onepage&q=Smith%2C %20J.%20\(1983\).%20The%20idea%20of%20Health%20implications%20 for%20the%20Nursing&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=Xs3ECQAAQBAJ&pg=PA272&lp g=PA272&dq=Smith,+J.+(1983).+The+idea+of+Health+implications+for +the+Nursing&source=bl&ots=KyH0ZI2FWA&sig=ACfU3U1yxX8YIMs Yzz7QWLzykFlZzhsy_w&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjU3Ne8uKXiAh WjmOAKHdHADrwQ6AEwAHoECAgQAQ#v=onepage&q=Smith%2C %20J.%20(1983).%20The%20idea%20of%20Health%20implications%20 for%20the%20Nursing&f=false).

Sociedad Española de Oncología Médica. (2019). *Día mundial del cáncer 2019*. Recuperado de https://seom.org/dmcáncer/wp-content/uploads/2019/NdP_Dia_Mundial_Cáncer_2019.pdf.

Stevens, E., Jendrusina, A., Legrand, A., Nahin, E., Kaufman, M., Borkovec, T. & Behar, E. (2018). The Effects of Worry and Relaxation on Flexibility During Cognitive Restructuring. *Behavior Modification*, 42(6), 838-863. doi: 10.1177/0145445517732272.

Sunanda, V., Priyanka, M., Architha, J., Shravan, M., Rao, A. & Hadi, M. (2018). Quality of Life Assessment in Cancer Patients of Regional Centre of Hyderabad City. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 8(1), 165-169. doi: 10.7324/JAPS.2018.8125.

Tolosa, G., Miranda, A., Nazar, T. y Parga, M. (2018). *Adherencia al examen preventivo de cáncer de mama según escala de preocupación por el cáncer*. Recuperado de <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/download/344/414>.

Tonge, J., Atack, M., Crosbie, P., Barber, P., Booton, R. & Colligan, D. (2018). “To know or not to know...?” Push and pull in ever smokers lung screening

uptake decision-making intentions. *Health Expectations*, 22(2), 162-172.
doi: 10.1111/hex.12838.

Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77-86. Recuperado el 26 de abril del 2019 de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2312-38932017000100077&script=sci_abstract.

Torrighi-Berretti, A. (2018). *Conductas de salud y salud en un grupo de jóvenes universitarios de Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Tubeuf, S., Florence, J., Devaux, M. & Sermet, C. (2008). *Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health*. Recuperado de <https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT12SocialHeterogeSelfReportHealthStatus.pdf>.

Unión for International Cáncer Control. (2018). *New Global Cáncer Data: GLOBOCAN 2018*. Recuperado de <http://www.uicc.org/new-global-cáncer-data-globocan-2018>.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 1(138), 358-365. doi 10.4067/S0034-98872010000300017.

Vilca-Tapullima1, C., Quispe-Manrique, N., Vega-Fernandez, A. y Correa-Lopez, L. (2018). Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes de Medicina Humana; URP; 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 5, 45-54. doi: 10.25176/RFMH.v17.n2.831.

- Vrinten, C., Wardle, J. & Marlow, L. (2016). Cancer fear and fatalism among ethnic minority women in the United Kingdom. *British Journal of Cancer*, 114, 597–604. doi: 10.1038/bjc.2016.15.
- Vrinten, C., Jaarsveld, C. Waller, J., Wagner, C. & Wardle, J. (2014). The structure and demographic correlates of cancer fear. *BCM Cáncer*, 14, 597. doi: 10.1186/1471-2407-14-597.
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medicine Care*, 30(6), 473-83. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>.
- Ware, J., Kosinski, M. & Keller, S. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual*. Boston: Health Assessment. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292390260_SF-36_Physical_and_Mental_Health_Summary_Scales_a_User's_Manua.
- Waters, E., Liu, Y., Schootman, M., & Jeffe, D. (2013). Worry about cancer progression and low perceived social support: Implications for quality of life among early-stage breast cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 45(1), 57–68. doi: 10.1007/s12160-012-9406-1.
- Xinyan, Z. & Nan, X. (2016). The Influence of Absolute and Comparative Risk Perceptions on Cervical Cancer Screening and the Mediating Role of Cancer Worry. *Journal of Health Communication*, 21(1), 100-108. doi: 10.1080/10810730.2015.1033114.

IX. ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER Y ESTADO DE SALUD EN USUARIOS DE UN CENTRO MÉDICO PRIVADO DE TRUJILLO, 2019.

AUTORES: Br. Jhon Christopher Jonathan Avila More y Br. Russell Aurora Pierola Saldaña.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES	METODOLOGÍA
				DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
<p>Problema general. ¿Cuál es la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019?</p>	<p>Objetivo general. Determinar la relación entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.</p> <p>Objetivos específicos. Establecer la relación entre preocupación por el cáncer y los componentes (salud física y salud mental), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019. Establecer la relación entre preocupación por el cáncer y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función emocional y bienestar emocional), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.</p>	<p>Hipótesis general. Existe relación significativa entre preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.</p> <p>Hipótesis específicas. Existe relación significativa entre preocupación por el cáncer y los componentes (salud física y salud mental), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019. Existe relación significativa entre preocupación por el cáncer y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función emocional y bienestar emocional), del estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.</p>	<p>Preocupación por el cáncer.</p> <p>Estado de salud.</p>	<p>Es uno o más pensamientos negativos y recurrentes que se anticipan a la posibilidad de padecer cáncer, generando interferencias en el estado de ánimo y en las funciones diarias (Lerman et al., 1991b; Lerman y Schwartz, 1993; Lerman, Kash y Stefanek, 1994b).</p> <p>Según Ware & Sherbourne (1992), es la percepción sobre la condición del estado de salud física y mental a causa de sucesos vitales cómo posibles enfermedades, accidentes o tratamientos.</p>	<p>La definición de medida se basa en la puntuación que se obtuvo de cada una de las dimensiones del cuestionario SF-36 sobre el estado de salud adaptado por Salazar y Bernabé (2012).</p>	<p>Preocupación por el cáncer, conformada por los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6.</p> <p>Formado por los Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Salud física, que consta de cuatro dimensiones. - D. Función física, con los ítems 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j. - D. Rol físico, con los ítems 4a, 4b, 4c y 4d. - D. Dolor corporal, con los ítems 7 y 8. - D. Salud general, con los ítems 1, 2, 11a, 11b, 11c y 11d. ● Salud mental, que consta de cuatro dimensiones. - D. Vitalidad, con los ítems 9a, 9e, 9g y 9i. - D. Función Social, con los ítems 6 y 10. - D. Rol emocional, con los ítems 5a, 5b y 5c. - D. Bienestar emocional, con los ítems 9b, 9c, 9d, 9f y 9h. 	<p>Escalas de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preocupación por el cáncer. Ordinal ● Estado de salud. Ordinal. <p>Población Estuvo conformada por 518 personas de ambos sexos que sean usuarios del Centro Médico Especializado de la LPLCCT en el segundo trimestre del 2019.</p> <p>Muestra. Estuvo conformada por 518 personas de ambos sexos que sean usuarios del Centro Médico Especializado de la LPLCCT en el segundo trimestre del 2019.</p> <p>Diseño de investigación: Descriptiva – correlacional.</p> <p>Técnicas e instrumentos de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Preocupación por el cáncer (adaptada por Cabrera, 2008). - Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (adaptado por Salazar y Bernabé, 2012). <p>Técnicas de análisis de datos: Se aplicaron ambos instrumentos, se vació la información, se analizó estadísticamente, se generaron los cuadros estadísticos y se cuantificará la información. Luego, se obtuvo las propiedades psicométricas de la escala de preocupación por el cáncer y posteriormente, su relación con el estado de salud. Finalmente, se realizó la descripción y discusión de los resultados, que permitió formular las conclusiones y recomendaciones respectivas.</p>

ANEXO 02
DECLARACIÓN DE TESTIGO

“Año de lucha contra la corrupción y la impunidad”

Trujillo, __ de _____ del 2019

ACTA DEL TESTIGO

Yo, _____, a cargo del área de _____, identificado(a) con DNI N° _____ declaro que JHON CHRISTOPHER JONATHAN AVILA MORE y RASSELL AURORA PIÉROLA SALDAÑA, egresados de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, han explicado el contenido y desarrollo de la escala de preocupación por el cáncer y el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud. Asimismo, han recalcado a los usuarios que, si no desean participar de la evaluación, pueden abstenerse o incluso retirarse en el momento que les parezca oportuno. Para ello, también se ha resaltado que los resultados solamente se utilizarán para fines de investigación y que ninguna de las pruebas resultará perjudicial para ellos.

Habiendo leído y confirmado lo anterior, firmo el presente documento.

FIRMA

ANEXO 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER Y ESTADO DE SALUD EN USUARIOS DE UN CENTRO MÉDICO PRIVADO DE TRUJILLO, 2019.

Ud. está siendo invitado(a) a participar en una investigación sobre la “*Preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.*”. Esta investigación está a cargo de **JHON CHRISTOPHER JONATHAN AVILA MORE** y **RASSELL AURORA PIÉROLA SALDAÑA**, quienes son egresados de la carrera de Psicología.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación al ser un usuario que asiste al Centro Médico Especializado de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer de Trujillo; así mismo, se espera que en total acepten integrar este estudio un aproximado de 500 usuarios.

En tal sentido, al aceptar formar parte del estudio, Usted deberá contestar una corta ficha de tamizaje, además de dos instrumentos psicológicos acerca de las variables mencionadas. Cabe resaltar, que su participación es de gran ayuda, ya que permitirá determinar la relación entre Preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019.

Sus derechos son:

- Anonimato: no habrá manera de identificarlo(a) individualmente.
- Integridad: no causará daño (ni material, ni moral) a Usted.
- Participación voluntaria: puede aceptar o rechazar formar parte del estudio.

Habiendo leído y comprendido las condiciones previas:

¿Desea participar en la investigación? SI _____ NO _____

FIRMA

ANEXO 04
FICHA DE TAMIZAJE

Edad: _____

Sexo: F M

Fecha: _____

Lugar de procedencia _____

Por favor, responde las siguientes interrogantes de manera sincera, ya que esto nos servirá para obtener datos fiables en la presente investigación. De igual manera, te informamos que tu respuesta es confidencial y solamente se usará con fines de estudio e investigación.

Teniendo tu apoyo, marca con un círculo o una equis, sólo una de las alternativas:

• **Me siento preocupado(a) por:**

- a) Conflictos familiares
- b) Dificultades económicas.
- c) Desarrollar cáncer.
- d) Problemas psiquiátricos.

• **Alguna vez he tenido cáncer:**

- a) Sí, hace más de 5 años.
- b) Sí, desde hace 1 año.
- c) Sí, actualmente.
- d) No.

• **Alguna vez he tenido un diagnóstico psiquiátrico:**

- e) Sí, hace más de 5 años.
- f) Sí, desde hace 1 año.
- g) Sí, actualmente.
- h) No.

ANEXO 05
Escala de preocupación por el cáncer
 (Adaptada por Cabrera, 2008)

Instrucciones: Por favor encierre con un círculo el número que está debajo de la respuesta más adecuada para usted (marque sólo 1 respuesta).

1. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha pensado usted sobre sus probabilidades de desarrollar cáncer? Usted diría que...

Nunca o en raras ocasiones	Algunas veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	2	3	4

2. Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado su estado de ánimo? Usted diría que...

Nunca o en raras ocasiones	Algunas veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	2	3	4

3. Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado su capacidad para realizar sus actividades del “día a día”?

Nunca o en raras ocasiones	Algunas veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	2	3	4

4. ¿Hasta qué punto le preocupa a usted la posibilidad de desarrollar cáncer algún día? Usted diría que...

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4

5. ¿Con qué frecuencia se preocupa usted sobre la posibilidad de desarrollar cáncer?

Nunca o en rara vez	De vez en cuando	Frecuentemente	Constantemente
1	2	3	4

6. El estar preocupado por desarrollar cáncer ¿es un problema importante para usted?

No, en absoluto	Un poco	Sin duda es un problema	Sí, es un problema muy serio
1	2	3	4

ANEXO 06
Cuestionario SF-32 sobre el estado de salud
 (Adaptado por Salazar y Bernabé, 2012)

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto (marque sólo 1 respuesta).

1. En general, diría usted que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1	2	3	4	5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual ahora que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear jugar fútbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras.	1	2	3
d. Subir varios pisos por las escaleras.	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera.	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas.	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras).	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras).	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra).	1	2	3
j. Bañarse o vestirse.	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su **salud física**?

	SÍ	NO
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún **problema emocional** (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

	SÍ	NO
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

Nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

Ninguno	Muy poco	Poco	Moderado	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5	6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca
a. se ha sentido lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ha estado muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c. se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1	2	3	4	5

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano/a como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO 07

Distribución por procedencia.

Según la tabla 5, de los 518 usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, el 79.7% son procedentes de la ciudad de Trujillo, el 17.6% son procedentes de otras provincias del Perú y sólo el 2.7% son procedentes del extranjero.

Tabla 5

Distribución de frecuencias por procedencia de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Procedencia	N	%	% acumulado
Trujillo	413	79.7	79.7
Otras provincias	91	17.6	97.3
Provincias del extranjero	14	2.7	100
Total	518	100	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 08
Distribución por edad.

Según la tabla 6, de los 518 usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, el 37.6% de usuarios poseen una edad que oscila entre 51 y 54 años; mientras que, sólo el 3.1% de usuarios poseen una edad que oscila entre 30 y 35 años.

Tabla 6

Distribución de frecuencias por edad de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Edad	N	%	% acumulado
30-35	16	3.1	3.1
36-40	41	7.9	11
41-45	66	12.7	23.7
46-50	102	19.7	43.4
51-54	195	37.6	81
55-60	98	19	100
Total	518	100	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 09
Distribución por sexo.

Según la tabla 7, de los 518 usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, el 84% de usuarios poseen sexo femenino; mientras que, el 16% restante posee sexo masculino.

Tabla 7

Distribución de frecuencias por sexo de los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Sexo	N	%	% acumulado
Femenino	436	84	84
Masculino	82	16	100
Total	518	100	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 10

Distribución del nivel de preocupación por el cáncer.

Según la tabla 8, de los 518 usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, el 62.5% de usuarios poseen un nivel de preocupación por el cáncer promedio, el 23.6% de usuarios poseen un nivel de preocupación por el cáncer alto y el 13% restante de usuarios poseen un nivel de preocupación por el cáncer bajo.

Tabla 8

Distribución de frecuencias del nivel de preocupación por el cáncer en los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Variable	Nivel	N	%	% acumulado
Preocupación por el cáncer	Bajo	72	13.9	13.9
	Medio	324	62.5	76.4
	Alto	122	23.6	100
Total		518	100	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 11

Distribución por componentes del estado de salud.

Según la tabla 9, de los 518 usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, el 60.8% de usuarios perciben un estado de salud física bueno y el 39.2% perciben un estado de salud física malo; así mismo, el 57.5% perciben un estado de salud mental malo y el 42.5% perciben un estado de salud mental bueno.

Tabla 9

Distribución de frecuencias por componentes del estado de salud en los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Componentes	Estado	N	%
Salud Física	Bueno	315	60.8
	Malo	203	39.2
	Total	518	100
Salud mental	Bueno	220	42.5
	Malo	298	57.5
	Total	518	100

Fuente: Base de datos.

ANEXO 12

Distribución por dimensiones del estado de salud.

Según la tabla 10, de los 518 usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, el 78.4% y el 77% perciben un buen estado de dolor físico y de función social respectivamente; mientras que, la vitalidad con un 63.7%, el rol emocional con un 59.1% y el bienestar emocional con un 60.8%.

Tabla 10

Distribución de frecuencias por dimensiones del estado de salud en los usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Componentes	Estado	N	%
Función física	Bueno	305	58.9
	Malo	213	41.1
Rol físico	Bueno	296	57.1
	Malo	222	42.9
Dolor corporal	Bueno	406	78.4
	Malo	112	21.6
Salud general	Bueno	310	59.8
	Malo	208	40.2
Vitalidad	Bueno	188	36.3
	Malo	330	63.7
Función social	Bueno	399	77
	Malo	119	23
Rol emocional	Bueno	212	40.9
	Malo	306	59.1
Bienestar emocional	Bueno	203	39.2
	Malo	315	60.8

Fuente: Base de datos.

ANEXO 13

Validez de contenido de la escala de preocupación por el cáncer.

Según la tabla 11, la validez de contenido por criterio de doce expertos para la escala de preocupación por el cáncer, permite vislumbrar que el porcentaje de acuerdos en claridad varía entre 91% y 100%, respecto a la relevancia todos muestran un porcentaje de acuerdo del 100% y respecto a la coherencia el índice V de Aiken muestra valores que oscilan entre .94 y 1.

Tabla 11

Validez de contenido por criterio de expertos de los ítems de la escala de preocupación por el cáncer.

ítems	N	Claridad			Coherencia			Relevancia		
		%	IC 95%		V Aiken	IC 95%		%	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS
Itm1	12	1	97	1	1	.97	1	1	97	1
Itm2	12	91	88	93	.94	.91	.97	1	97	1
Itm3	12	1	97	1	1	.97	1	1	97	1
Itm4	12	1	97	1	.94	.91	.97	1	97	1
Itm5	12	1	97	1	1	.97	1	1	97	1
Itm6	12	1	97	1	1	.97	1	1	97	1

Fuente: Base de datos.

ANEXO 14

Correlación inter-item de la escala de preocupación por el cáncer.

En la tabla 12, se aprecia la matriz de correlaciones entre ítems las cuales oscilan entre .256 a .623.

Tabla 12

Matriz de correlaciones por ítems de la escala de preocupación por el cáncer en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

ítems	Itm1	Itm2	Itm3	Itm4	Itm5	Itm6
Itm1	1					
Itm2	.354	1				
Itm3	.458	.399	1			
Itm4	.512	.256	.623	1		
Itm5	.489	.322	.501	.523	1	
Itm6	.589	.397	.357	.487	.547	1

Fuente: Base de datos.

ANEXO 15

Estadísticos descriptivos de la escala de preocupación por el cáncer.

Según la tabla 13, el ítem cinco posee la mayor media con 2.97, el ítem seis tiene mayor dispersión con .92, los valores de asimetría y curtosis se encuentran dentro del límite esperado (-1,5 a +1,5) y los índices de correlación ítem-test muestran valores que oscilan entre .62 y .82.

Tabla 13

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación ítem-test de los ítems de la escala de preocupación por el cáncer en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Ítem-Test
					r_{ite}
Itm1	1.97	.75	.85	.93	.71
Itm2	1.77	.59	.12	-.46	.62
Itm3	1.66	.77	.98	.69	.82
Itm4	2.54	.76	.18	-.39	.69
Itm5	2.97	.81	.72	.84	.78
Itm6	2.94	.92	.23	-.68	.80

Fuente: Base de datos.

ANEXO 16

Valoración de la viabilidad del AFE en la escala de preocupación por el cáncer.

Según la tabla 14, se aprecian los índices de valoración previos a la realización del AFE, mostrando puntajes significativos en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 \geq X^2 .05$); es así que, se acepta H_1 , en la que la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad; de igual manera el índice de adecuación muestral resultó significativo ($KMO > .90$).

Tabla 14

Análisis de la Matriz de Correlaciones para valoración de la viabilidad de la realización de análisis Factorial Exploratorio de la escala de preocupación por el cáncer.

Índices	Resultados AFE
Determinante	.00000000000482
Test de esfericidad de Bartlett	
X ² Ji cuadrado	30.03
gl grados de libertad	8
P significancia	.000
Índice de Adecuación Muestral	
KMO Kaiser Meyer Olkin	.950

Fuente: Base de datos.

ANEXO 17

Extracción de factores de la escala de preocupación por el cáncer.

En la tabla 15, se aprecia 1 factor extraído que explican el 59,19% de la varianza total de la escala y comunalidades entre .401 y .539; del mismo modo, todos los ítems cuentan con saturaciones mayores a .40.

Tabla 15

Extracción de Factores por método de componentes principales y Normalización Varimax con Kaiser de la escala de preocupación por el cáncer.

Ítems	Componente	Comunalidades
Itm3	.894	.489
Itm5	.801	.539
Itm6	.746	.475
Itm1	.684	.514
Itm4	.512	.428
Itm2	.445	.401
Var. Exp. Por factor	59.19	
Var. Acumulada	59.19	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 18

Confiabilidad de la escala de preocupación por el cáncer.

Según la tabla 16, la escala de preocupación por el cáncer muestra una adecuada confiabilidad con un índice de .82.

Tabla 16

Estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach de la escala de preocupación por el cáncer en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Variable	Alfa de Cronbach	N de Ítems	N de usuarios
Preocupación por el cáncer	.82	6	518

Fuente: Base de datos.

ANEXO 19

Normas de la escala de preocupación por el cáncer.

En la tabla 17, se muestra las normas generales en percentiles para la escala de preocupación por el cáncer, donde el puntaje directo de 6-11 es considerado bajo, el puntaje directo de 12-18 es considerado promedio y el puntaje directo de 19-24 es considerado alto.

Tabla 17

Normas en percentiles de la escala de preocupación por el cáncer en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

NIVEL	PC	PD TOTAL	PC	NIVEL
Alto	99	24	99	Alto
	95	23	95	
	90	22	90	
	85	21	85	
	80	20	80	
	75	19	75	
Promedio	70	18	70	Promedio
	65	18	65	
	60	17	60	
	55	17	55	
	50	16	50	
	45	15	45	
	40	14	40	
	35	13	35	
Bajo	30	12	30	Bajo
	25	11	25	
	20	10	20	
	15	9	15	
	10	8	10	
	5	7	5	
	1	6	1	
	N	518	N	
	ME	.800	ME	
	DS	.895	DS	
	CV%	1.118	CV%	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 20

Prueba de normalidad de preocupación por el cáncer y estado de salud.

Según la tabla 18, tanto la variable preocupación por el cáncer como la variable estado de salud muestran una distribución asimétrica; razón por la cual se tiene que emplear la prueba no paramétrica de Spearman.

Tabla 18

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la escala de preocupación por el cáncer y estado de salud en usuarios de un Centro Médico Privado de Trujillo, 2019 (n=518).

Variables	Z de K-S	N	Sig.
Preocupación por el cáncer	.167	518	.000
Función física	.246	518	.000
Rol físico	.241	518	.000
Dolor corporal	.103	518	.000
Salud general	.268	518	.000
Vitalidad	.184	518	.000
Función social	.179	518	.000
Rol emocional	.201	518	.000
Bienestar emocional	.388	518	.000

Fuente: Base de datos.