



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LIMA

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

**Autora:**

Aguilar Zárate, Yenny Karla Loreng

**Asesora:**

Aguirre Morales, Marivel Teresa  
(ORCID: 0000-0002-0680-2616)

**Jurado:**

Figuroa Gonzales, Julio Lorenzo  
Hervias Guerra, Edmundo  
Del Rosario Pacherras, Orlando

**Lima - Perú**

**2023**

# PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LIMA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

5%

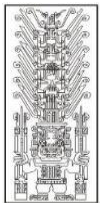
PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.scielo.org.co">www.scielo.org.co</a> Fuente de Internet	1%
2	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://www.dge.gob.pe">www.dge.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://renati.sunedu.gob.pe">renati.sunedu.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://www.conadisperu.gob.pe">www.conadisperu.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://vdocumento.com">vdocumento.com</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://bibliotecadigital.univalle.edu.co">bibliotecadigital.univalle.edu.co</a> Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LIMA**

Línea de investigación: Psicología de los Procesos básicos y Psicología  
Educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención  
en psicología clínica

**Autora:**

Aguilar Zárate, Yenny Karla Loreng

**Asesora:**

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Código ORCID: 0000-0002-0680-2616

**Jurado:**

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo

Hervias Guerra, Edmundo

Del Rosario Pacherres, Orlando

**Lima- Perú**

**2023**

## **Pensamientos**

“Hay sueños que al principio nos parecen imposibles, luego improbables y si nos comprometemos seriamente, se vuelven inevitables”.

Mahatma Gandhi

“La fe nos hace vivir, mostrándonos que la vida, aunque dependa de la razón, tiene en otra parte su manantial y su fuerza, en algo sobrenatural y maravilloso”.

Miguel de Unamuno

### **Dedicatoria**

Con mucho cariño y amor a mi madre que siempre confía en mí.

A mi padre.

A mis hermanos por su perseverancia.

A mi pareja por su apoyo incondicional.

### **Agradecimientos**

A mi madre le expreso estas palabras, de manera muy especial, con mucha gratitud y amor por todo el esfuerzo que realiza todos los días, por su gran fortaleza y lucha que es, para mí, un ejemplo a seguir en todas mis labores. También agradezco a mi padre porque me enseña a vivir la vida con alegría, entusiasmo, solidaridad y amor al prójimo. Asimismo, doy gracias a Dios por permitirme estar al lado de mis sobrinos. Ellos seguirán siendo mi motivación para seguir aprendiendo y ser una mejor persona. Además, agradezco a mis hermanos que siempre han sido un ejemplo por su valentía, esfuerzo, perseverancia, honestidad y ganas de salir adelante, los quiero mucho. Finalmente, le doy gracias a mi novio por su paciencia y honestidad y apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.

Mi total agradecimiento a mi alma máter, Universidad Nacional Federico Villarreal, que me ayudó a descubrir mi verdadera vocación, a revalorar mis habilidades y capacidades, así como a desestimar prejuicios de diversa índole.

Agradezco a cada uno de mis profesores que me impartieron una excelente cátedra en los diversos cursos en mi querida Facultad.

A mi amiga Ana María Silva y la Lic. Carmela Vera por ayudarme para el acceso de los pacientes de la institución de salud del distrito de la Victoria, y a todos los evaluados que me entregaron su tiempo de manera incondicional para realizar las entrevistas.

A mi asesora, Dra. Marivel Aguirre Morales, por darme su tiempo y la asesoría que fueron de gran ayuda para absolver todas mis dudas.

## Índice de contenidos

<b>Portada</b>	
<b>Pensamientos</b>	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de contenidos</b>	<b>v</b>
<b>Lista de Tablas</b>	<b>vii</b>
<b>Resumen</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract</b>	<b>x</b>
I. Introducción	1
1. 1.Descripción y formulación del Problema	3
1.1.1.Problema general	6
1.1.2.Problemas específicos	6
1.2. Antecedentes de investigación	7
1.2.1. Antecedentes Nacionales	7
1.2.2. Antecedentes Internacionales	12
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo General	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación	18
1. 5. Hipótesis	19
1.5.1. Hipótesis General	19
1.5.2. Hipótesis específicas	19
II. Marco teórico	21
2.1 Estrés	21
2.2. Afrontamiento al estrés	24
2.3 Cáncer	27
2.4. Factores psicosociales	30
III. Método	31

3. 1. Tipo de Investigación	31
3. 2. Ámbito temporal y espacial	31
3. 3. Variables	31
3.3.1. Estrés percibido	31
3.3.2. Estilos de afrontamiento	33
3. 4. Población y muestra	34
3.5. Instrumentos	35
3.5.1. Cuestionario sociodemográfico	35
3.5.2. Escala de Percepción Global del Estrés (EPGE)	36
3.5.3. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos	39
3. 6. Procedimientos	44
3. 7. Análisis de Datos	45
IV. Resultados	47
4.1. Análisis Descriptivos	47
4.1.1. Niveles de Estrés percibido	47
4.1.2. Análisis descriptivo de los Tipos de afrontamiento al estrés	50
4. 2. Análisis de diferencia de medias	53
V. Discusión de resultados	58
VI. Conclusiones	64
VII. Recomendaciones	65
VIII. Referencias	
IX. Anexos	



## Índice de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1.	Operacionalización de la variable estrés percibido	32
Tabla 2.	Baremos de la escala de estrés percibido según las dimensiones	33
Tabla 3.	Operacionalización de la variable afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos	34
Tabla 4.	Distribución de la muestra de pacientes oncológicos según variables sociodemográficas	35
Tabla 5.	Consistencia interna de la escala de estrés percibido para pacientes oncológicos	38
Tabla 6.	Estructura factorial de la escala de estrés percibido para pacientes oncológicos	38
Tabla 7.	Baremos de la Escala de estrés percibido para pacientes oncológicos	39
Tabla 8.	Tipos de afrontamiento	41
Tabla 9.	Baremos de la Escala de estrés percibido para pacientes oncológicos	42
Tabla 10.	Estructura factorial del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos	43
Tabla 11.	Coefficiente de correlación de las escalas de Pearson y las estrategias positivas o negativas de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos	44
Tabla 12.	Niveles de estrés percibido en pacientes oncológicos	47
Tabla 13.	Descriptivos de los niveles de estrés percibido de tipo eustrés y distrés en pacientes oncológicos	48
Tabla 14.	Porcentaje de estrés percibido según características sociodemográficas	49
Tabla 15.	Tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos	50
Tabla 16.	Estadísticos descriptivos de las dimensiones de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos	50
Tabla 17.	Porcentaje del tipo de afrontamiento según características demográficas	52
Tabla 18.	Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio	53
Tabla 19.	Comparación entre el estrés percibido y sus dimensiones según sexo	54
Tabla 20.	Comparación entre el estrés percibido y sus dimensiones según frecuencia de compañía	54

Tabla 21.	Comparación de afrontamiento al estrés según las características sociodemográficas.	55
Tabla 22.	Comparación entre afrontamiento al estrés y sus dimensiones según sexo	55
Tabla 23.	Comparación entre afrontamiento al estrés y sus dimensiones según frecuencia de compañía	56
Tabla 24.	Comparación de afrontamiento al estrés según las características sociodemográficas.	56
Tabla 25.	Prueba de Kruskal Wallis entre el Estrés percibido y los Tipos de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos	57

## Resumen

El presente estudio buscó describir los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento al estrés en un grupo de 41 pacientes oncológicos de ambos sexos de una institución de salud del distrito de La Victoria – Lima. El nivel de investigación fue descriptivo comparativo y diseño no experimental. Se utilizó la escala de estrés percibido (Cohen et al. 1983) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (Gonzales, 2004). En la investigación se encontró los niveles altos de estrés percibido con un 46.3% ( $\bar{X}=25.42$ ,  $\sigma=3.49$ ), eustrés resultó en un nivel medio con 78,1% ( $\bar{X}=17.97$ ,  $\sigma=3.05$ ), mientras que el distrés fue un nivel bajo con un de 39,0% ( $\bar{X}=7.0$ ,  $\sigma=1.63$ ). Por otro lado, el tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo fue el que predominó con un 48,8% ( $\bar{X}=1.6$ ,  $\sigma=0.5$ ) seguido del tipo de afrontamiento positivo con un 26,8% ( $\bar{X}=3.7$ ,  $\sigma=1.3$ ). Se concluye que hay diferencias significativas en las dimensiones ELA (.046), PRP (.013) y HD (.005) con la frecuencia de compañía; además, del estilo de afrontamiento APA (.011) y la percepción de salud. Finalmente, sí hay diferencias significativas entre las variables de estudio  $p\text{-valor}= .03$  ( $p < .05$ ).

*Palabras clave:* Estrés, afrontamiento al estrés, pacientes oncológicos.

### Abstract

The present study sought to describe the levels of perceived stress and coping responses to stress in a group of 41 cancer patients of both sexes from a health institution in the district of La Victoria - Lima. The research level was comparative descriptive and non-experimental design. The perceived stress scale (Cohen et al. 1983) and the stress coping questionnaire for cancer patients (Gonzales, 2004) were obtained. In the investigation, high levels of perceived stress were found with a 46.3% (M=25.42, D.E.=3.49). In addition, eustress resulted in a medium level with a 78.1% (M=17.97, S.D.=3.05), while distress obtained was a low level with a 39.0% (M=7.0, SD=1.63). On the other hand, the type of coping with stress that was preferably positive was the one that prevailed with a 48.8% (M=1.6, D.T.=0.5) followed by the type of positive coping with a 26.8% (M=3.7, D.T.= 1.3). It is concludes that there are sificant differences in the dimensions ELA (.046), PRP (.013) and HD (.005) with the frequency of companionship; in addition, the APA (.011) coping style and the perception health. Finally, there are significant differences between the study variables value=.03 (p<.05).

*Key words:* Stress, coping with stress, cancer patients.

## I. Introducción

A nivel global se observa que las cifras de pacientes diagnosticados con cáncer se encuentran en aumento, lo cual se evidencia en la información emitida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) que refiere al cáncer como la segunda causa de muerte a nivel mundial con alrededor de 10 millones de muertes en el 2020, por ello afirma que es una de las causas principales de muchas enfermedades y de fallecimientos. El cáncer es una de las enfermedades silenciosas, de curso insidioso y que genera una mayor tasa de mortalidad anualmente, por eso debemos estar atentos a todo mecanismo que ayude en el tratamiento de éste.

El Perú no es ajeno a dichas cifras las cuales se van incrementando, tal como lo refiere Ramos & Guerrero (2020) que afirman lo siguiente:

La agencia Internacional para la Investigación del Cáncer estima que la tasa estandarizada de incidencia de cáncer en el Perú sería de 192,6 casos nuevos por 100 000 habitantes lo que representa, el diagnóstico de 66 627 casos nuevos en una población de 32 551 811 habitantes para dicho año. Las neoplasias malignas constituyeron la segunda causa de mortalidad siendo superadas sólo por las enfermedades infecciosas y parasitarias. (p. 11)

Estas cifras deben alertarnos porque las enfermedades oncológicas son la segunda causa de fallecimientos. Además, se observa que la incidencia es mayor conforme pasan los años, lo cual es una situación alarmante y preocupante. Sin embargo, esta última aseveración parece que no encaja con las múltiples campañas preventivas que se vienen difundiendo en medio impreso, televisivo y en las redes sociales, ya que la cifra de pacientes con cáncer indefectiblemente viene devastando a un sinnúmero de familias.

Las campañas preventivas son un paliativo que ayudan a reducir las cifras de casos nuevos, pero no son la única alternativa frente al cuantioso número de pacientes oncológicos.

Los profesionales de salud que intervienen durante el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, no solo se deben abordar los casos de manera multidisciplinaria, sino de manera individual a cada paciente dando énfasis en la percepción de estrés durante el diagnóstico, tratamiento e incluso durante la metástasis del cáncer. Asimismo, es necesario tener claro cuáles son las dimensiones de afrontamiento más utilizadas y en las que más debemos intervenir para ayudar con la recuperación de los pacientes, lo que contribuirá a una adecuada prevención.

El estrés influye, en la mayoría de las veces, desfavorablemente, en diversas enfermedades como el cáncer. En tal sentido, el pronóstico de la enfermedad puede verse en desmedro debido a que si los niveles de estrés no se manejan adecuadamente podría producir, incluso la muerte en un corto tiempo. Frente a ello, los pacientes oncológicos ponen en marcha todas las herramientas con las que dispone para poder enfrentarlas, éstas son las denominadas estrategias de afrontamiento al estrés. La evolución de la enfermedad dependerá de la intervención tanto del estrés como de las estrategias de afrontamiento, elementos que se tienen que observar en todo paciente oncológico.

La investigación de los niveles de estrés y los estilos de afrontamiento es de vital importancia, ya que podría ser la línea de base durante la intervención de los pacientes de acuerdo con sus necesidades. En tal sentido, el presente estudio buscó determinar las características de los niveles de estrés y los estilos de afrontamiento al estrés de 41 pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer de una institución de salud del distrito de La victoria – Lima.

Esta investigación se distribuye en nueve capítulos, en el capítulo I se encuentra descrita la problemática de estudio junto con los objetivos e hipótesis formuladas, a su vez se presenta la justificación e importancia de este trabajo.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico de la variable de estudio, recopilando sus principales definiciones y teorías relacionadas. Asimismo, se puntualizan estudios anteriores tanto a nivel nacional como internacional referentes al tema de esta investigación.

En el capítulo III, se describe la metodología de investigación del estudio detallando el tipo de investigación, población y muestra, instrumento y los estadísticos seleccionados para el análisis de los datos.

En el capítulo IV, se establecen los resultados en función a los objetivos de investigación, tomando en consideración el análisis exploratorio de la variable a través de la prueba de bondad de ajuste K – S; el establecimiento de la confiabilidad y validez de constructo; descripción del cuestionario de estrés percibido y los estilos de afrontamiento al estrés.

Finalmente, los siguientes capítulos exponen la discusión de resultados respaldándolos con estudios previos; conclusiones y recomendaciones, esperando que este estudio contribuya a otras investigaciones.

### **1. 1. Descripción y formulación del Problema**

En el S.XVII se creó el término estrés y ha sido mencionado con mayor énfasis en algunas épocas más que en otras. Inclusive se volvió una tendencia en muchos campos científicos como de la salud, sociología, economía y del habla cotidiana durante la época de los cuarenta, cincuentas, sesentas y ochentas (Dewe & Cooper, 2004). Es por ello que el estrés es una de las terminologías con atemporalidad y de gran importancia sobre todo por su influencia sobre la salud; ya que, con el paso de los años, su influencia negativa sobre diversas enfermedades se ha manifestado de manera evidente.

El estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión, pudiendo ser excesiva o demasiado baja. La situación ideal se produce cuando podemos responder de manera apropiada a la presión y a sus exigencias, pero cuando la exigencia se mueve por

encima o por debajo del nivel de presión adecuado para cada persona, puede alterar el comportamiento emocional y ejercer efectos adversos en la actividad fisiológica. El cuerpo y la mente humana responde mediante un complejo repertorio de reacciones fisiológicas y conductuales de adaptación; sin embargo, los efectos del estrés sobre las enfermedades presentan un mecanismo que contribuye de forma directa sobre algún tipo de afección agravando, en muchos de los casos, su situación (Porth, 2015).

El cáncer no es ajeno a los efectos del estrés. Diversos estudios corroboran que el cáncer produce un suceso vital en las personas que lo viven, influenciada por aspectos psicosociales durante el curso de la enfermedad una vez que ha aparecido. De acuerdo con Thoits (1983), aquellas experiencias objetivas de un suceso vital como padecer cáncer, que amenaza o interrumpe las actividades rutinarias de las personas, conllevan un reajuste de sus pensamientos y comportamientos. Dichos sucesos pueden dividirse de forma positiva o negativa, siendo los sucesos negativos aquellos que frecuentemente se relacionan con la aparición de síntomas o eventos asociados a cronificar la enfermedad, reagudización de los síntomas o comorbilidades (Páez et al. 1993).

Inclusive, el mismo proceso de tratamiento, ya sea quimioterapia, radioterapia y de extirpación parcial o total de las células cancerígenas, inducen a ciertos niveles de estrés en los pacientes. De acuerdo con Smeltzer et al. (2017) al igual que otro tipo de enfermedades, el cáncer genera una serie de efectos de tipo emocional, conductual y social que interactúan entre sí y se van transformando a la par de la vivencia de la enfermedad, interviniendo en la creación de nuevas percepciones, estructuras, roles y definiciones de quien lo padece y de su familia.

Estas reacciones que se activan en los pacientes con cáncer, generalmente posteriores a cada proceso de tratamiento es lo que se investigará como la percepción de estrés que es muy característico a cada individuo. De acuerdo con Lazarus (1986) el estrés surge a partir de una



serie de fenómenos subjetivos que el individuo experimenta cuando las exigencias de un evento superan sus recursos de adaptación y ponen en peligro su bienestar personal.

Una vez que un evento es percibido como estresante se inicia el uso de estrategias de afrontamiento, que son definidas como el proceso de acciones o los recursos personales que tienen como objetivo afrontar demandas internas o externas. Para ello es indispensable la presencia de los factores mediadores y moderadores entre la mente y el cuerpo, además de la interacción social del individuo, los cuales contribuyen a la preservación de la salud o al deterioro de ésta (Ray, 2004).

Cuando estas reacciones se activan constantemente para lograr la homeostasis del organismo, puede llegar a un punto de saturación, el cual genera un desbalance bioquímico y posterior alteración y/o deterioro del funcionamiento de un sistema. Consecuentemente va alterando los demás sistemas humanos debido a las múltiples conexiones mente-cuerpo; así por ejemplo el sistema inmunológico incrementa la vulnerabilidad a enfermedades y, por otro lado, el sistema neurológico mediante la expulsión de noradrenalina y adrenalina, así como el sistema endocrino por medio de la estimulación de los glucocorticoides modificarán los ritmos circadianos.

El afrontamiento para Gonzáles (2004) se centra en el proceso del comportamiento cambiante de cada persona en respuesta a diversas situaciones que generan estrés, por tal motivo, el proceso de afrontamiento al cáncer requiere un esfuerzo integral de la persona, que lo hace vulnerable y dependiente a su entorno. Esto genera la necesidad de apoyo emocional para fortalecer la capacidad de resistir los síntomas, signos y cambios en la vida. Todo ello se experimenta, más aún, frente a la configuración del tratamiento, con una fuerte implicancia en la vida, la muerte, los lazos familiares y las emociones.

Es necesario que se valore los estilos de afrontamiento al estrés de los pacientes que inician tratamiento anticancerígeno. Esta información valiosa para el equipo multidisciplinario

es la herramienta que coadyuva en la mejora de la respuesta al tratamiento inmunosupresivo de los pacientes; además, con la respuesta específica del paciente se puede recomendar la preparación emocional previa, durante el proceso de tratamiento o incluso en la metástasis, para lograr un mejor tratamiento anticancerígeno.

Esta investigación busca poner mayor énfasis en la medición psicológica de la percepción de estrés y rescatar las estrategias de afrontamiento que predominan en los pacientes oncológicos. Con ello se pretende corroborar o contrastar la teoría y las dimensiones de estudio señaladas para apreciar si los datos encontrados fueron semejantes o diferentes con los pocos estudios obtenidos.

Finalmente, por todo lo expuesto, se plantean las siguientes interrogantes:

### ***1.1.1. Problema general***

¿Existen diferencias significativas entre el estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima?

### ***1.1.2. Problemas específicos***

- ¿Cuáles son los niveles de estrés percibido en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima?

- ¿Cuál es el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima?

- ¿Cuál es el estrés percibido en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima según sexo, edad, tipo de cáncer, tiempo de tratamiento, frecuencia de compañía, acompañante y percepción de salud?

- ¿Cuál es el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima según sexo, edad, tipo de cáncer, tiempo de tratamiento, frecuencia de compañía, acompañante y percepción de salud?

## **1.2. Antecedentes de investigación**

Se analizarán las variables de manera individual al no encontrarse investigaciones que no hayan trabajado con ambas.

### **1.2.1. Antecedentes Nacionales**

Ibarra (2022) realizó su investigación teniendo en cuenta dos objetivos; uno inferencial que buscó evidenciar si el apoyo social percibido fue una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos; así como, a nivel psicométrico el objetivo que tuvo fue adaptar y conocer las propiedades psicométricas del cuestionario MOS y CAEPO. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes oncológicos, 31 varones y 69 mujeres, cuyas edades oscilan entre los 18 a 85 años de edad, que asistieron a dos hospitales públicos de Lima Metropolitana. El enfoque que utilizó fue el cuantitativo, de tipo correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Utilizó los siguientes instrumentos, el cuestionario de apoyo social percibido (MOS), adaptado por Baca (2016) en Trujillo, Perú y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO), que fueron corroboradas las propiedades psicométricas por Diaz & Yaringaño (2010). En los resultados obtuvo que no existe relación significativa entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana; asimismo, en cuanto a los objetivos específicos inferenciales, como el estadio del cáncer, verificó las diferencias significativas en los pacientes en estadio III quienes perciben mayor apoyo social percibido que aquellos en estadio II. Con relación a las otras variables sociodemográficas, no identificó diferencias significativas en las variables de estudio. Con respecto a los objetivos psicométricos, acerca de la prueba del MOS, obtuvo una propuesta unifactorial a nivel de estructura interna, además de un coeficiente omega de .99, siendo altamente consistente. Por otro lado, en la prueba CAEPO, obtuvo dos factores como propuesta de estructura interna,

además de coeficientes omega significativos ( $\omega = .91-.97$ ). Finalmente, en las dos pruebas elaboró baremos percentilares.

Huaman & Lupaca (2019) investigaron la correlación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos internados en un hospital de Lima Metropolitana. Los instrumentos utilizados fueron, the medical outcomes study (MOS) de Sherbourne & Stewart (1991), adaptada en Perú por Baca (2016) como el cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) de Gonzales (2004). La muestra fue de 99 pacientes hospitalizados en el servicio de oncología, cuyas edades se encuentran entre los 18 a 70 años. Los resultados indicaron que existe una asociación altamente significativa entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés ( $X^2=44.854$ ;  $p < .01$ ). En referencia a las dimensiones de apoyo social, las tres dimensiones se asocian de manera altamente significativamente con el afrontamiento al estrés con el apoyo informativo ( $X^2=44.854$ ;  $p < .01$ ), con el apoyo emocional ( $X^2=35.114$ ;  $p < .01$ ) y apoyo instrumental ( $X^2=35.114$ ;  $p < .01$ ). Asimismo, encontraron que un nivel bajo de apoyo social en cualquiera de sus dimensiones se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente, un apoyo social moderado en cualquiera de sus dimensiones se asocia a un afrontamiento positivo y un elevado apoyo social en cualquiera de sus dimensiones se asocia a un afrontamiento no definido por parte del paciente.

Lancho (2018) realizó una investigación en 50 mujeres cuyas edades oscilan entre los 19 y 60 años ( $M=37.16$ ,  $DE=10.98$ ) diagnosticadas con displasia cervical, que recibieron tratamiento en un instituto especializado de Lima, el cual tuvo como objetivo describir la relación entre las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia percibida. Para lo cual recabó información con el cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE) de Carver et al. (1989) y la escala de autoeficacia de Baessler & Schwarzer (1996). Dentro de los resultados encontró una correlación positiva y altamente significativa entre la autoeficacia y las estrategias de

afrontamiento activo ( $r = .59, p < .001$ ), planificación ( $r = .59, p < .001$ ), reinterpretación positiva y crecimiento ( $r = .62, p < .001$ ) y uso del humor ( $r = .55, p < .001$ ); mientras que, encontró una correlación positiva y significativa entre la autoeficacia y la aceptación ( $r = .35, p < .05$ ). Además, en el caso de la edad de las participantes, esta variable correlacionó positiva y altamente significativa con las estrategias de afrontamiento activo ( $r = .338, p < .001$ ), reinterpretación positiva y crecimiento ( $r = .336, p < .001$ ), y acudir a la religión ( $r = .432, p < .001$ ). Finalmente, verificó la correlación positiva y altamente significativa entre la edad de las participantes y la autoeficacia percibida ( $r = .362, p < .001$ ).

La investigación de Bentin (2018) llevó a cabo su estudio en un grupo de 35 adultos mayores cuyas edades oscilaron entre los 60 y 75 años, diagnosticados con diabetes mellitus tipo II (DM2). El objetivo de la investigadora fue describir la relación entre el estrés percibido y la actividad física, para lo cual aplicó el cuestionario perceived stress scale (PSS-14) para medir el estrés percibido y la versión larga del international physical activity questionnaire (IPAQ) para medir la actividad física. En sus resultados mostró un nivel normal de estrés percibido y niveles de actividad física moderados y altos. Además, halló diferencias significativas entre la actividad física y las variables sociodemográficas de edad ( $\rho = -.49, p < 0.01$ ) y tiempo de diagnóstico ( $\rho = -.40, p < 0.05$ ). Las dimensiones del IPAQ evidenció una correlación directa entre la actividad física moderada y la cantidad de enfermedades que el individuo padece además de DM2 ( $\rho = .38, p < 0.05$ ); una correlación directa entre la actividad física vigorosa y el número de complicaciones médicas causadas por la diabetes ( $\rho = .42, p < 0.05$ ); y una correlación inversa entre la actividad física vigorosa y el tiempo de diagnóstico ( $\rho = -.44, p < 0.01$ ). Por último, obtuvo una correlación inversa entre el estrés percibido y la actividad física ( $\rho = -.35, p < 0.05$ ). Es preciso que se diseñe un cuestionario que mida la actividad física en relación con el tipo de población, de manera que dicho constructo se mida de manera más precisa.

Huamaní & Paredes (2018) realizaron el estudio cuyo objetivo fue encontrar la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes oncológicos de Lima Metropolitana, un estudio poco realizado en Perú. La muestra estuvo conformada por 200 participantes, 59 hombres y 141 mujeres, cuyas edades oscilaron entre 18 a 80 años, todos los participantes tienen vínculos con los pacientes oncológicos y los acompañan en sus consultas y tratamientos. Los instrumentos que utilizaron fueron la ficha de datos sociodemográfica de elaboración por parte de los investigadores, la escala de estrés percibido (EPP-14) y el inventario multidimensional Brief Cope (COPE 28). Con respecto a los resultados que obtuvieron las investigadoras se pueden apreciar correlaciones con el grado de instrucciones y las variables de estudio; por ejemplo, se observa una correlación negativa y significativa con el afrontamiento evitativo ( $r = -.17, p < .01$ ); así como, la correlación positiva y altamente significativa con el estrés positivo ( $r = .26, p < .001$ ) y una correlación negativa y débil con el estrés negativo ( $r = -.16, p < .05$ ). Por otro lado, la variable fase de la enfermedad se correlaciona positiva y significativa con el estrés negativo ( $r = .17, p < .01$ ). En referencia a las correlaciones entre las variables psicológicas observaron que existe una correlación positiva y significativa entre afrontamiento evitativo y las variables afrontamiento activo ( $r = .36, p < .01$ ) y estrés negativo ( $r = .40, p < .01$ ), así como, una correlación negativa y significativa entre afrontamiento evitativo y estrés positivo ( $r = -.25, p < .01$ ). Por otro lado, existe una correlación positiva y significativa entre estrés positivo y afrontamiento activo ( $r = .31, p < .01$ ) y, una correlación negativa y significativa entre estrés negativo y estrés positivo ( $r = -.29, p < .01$ ). Finalmente, solo encontraron diferencias significativas entre estrés negativo y sexo ( $U = 3296.5, Z = -2.32; p < .05$ ), siendo las mujeres quienes reportan más estrés negativo que los hombres. Por otro lado, hay diferencias significativas entre la variable estado civil y el afrontamiento activo con referencia a las personas casadas y convivientes [ $F(4, 195) = 2.69, p = .03$ ].

Lostanau et al. (2017) realizaron su estudio en 53 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama cuyo objetivo fue examinar la contribución que tienen el estrés traumático, el estrés percibido y el afrontamiento sobre los componentes físico y mental de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). Para lo cual utilizaron los instrumentos de salud SF-36, el inventario de estimación del afrontamiento COPE, la escala de estrés percibido EEP y la adaptación peruana de la escala de estrés traumático. Los resultados que encontraron fueron, en cuanto a la CVRS, niveles promedio en el componente físico y altos en el componente emocional; por otro lado, de acuerdo con el componente físico, observaron que la condición de migración, el tipo de tratamiento y el estrés traumático explicaron el 30% de la variabilidad de dicho componente (con una  $F_{(52)} = 6.976$ ,  $p < .001$ .); mientras que, el estrés traumático, el estrés percibido y el estilo de afrontamiento orientado a la emoción, explican el 43% de la variabilidad del componente mental. Finalmente, las estrategias de afrontamiento no fueron significativas dentro del modelo.

Díaz & Yaringaño (2010) estudiaron el Clima familiar y Afrontamiento al estrés en 287 pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Para la recolección de datos utilizaron la escala de clima social familiar – FES de Moos (1982) y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004), los resultados indicaron que la dimensión familiar desarrollo se ve afectada significativamente debido a disminución de actividades sociales por la dedicación al cuidado del paciente; además, de relación significativa entre un adecuado clima social familiar, el afrontamiento positivo, las relaciones, enfrentamiento, lucha activa, autocontrol y control emocional. Por otro lado, las mujeres tienden a usar estrategias activas cognitivas de reinterpretación positiva en mayor medida que los hombres, y las pacientes con cáncer de mama, usan estrategias Positivas de Afrontamiento al estrés en relación con otros tipos de cáncer, y los que padecen cáncer de

tiroides, linfoma no Hodking y cáncer de próstata muestran más sentimientos de incertidumbre con respecto a la evolución y futuro de su enfermedad.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

Gutiérrez & Negrín (2022) investigaron acerca del estrés extrínseco y crónico que generaba el confinamiento como medida duradera e incontrolable para contrarrestar la propagación de la COVID-19. Este estrés incide sobre los procesos cognitivos, especialmente en la memoria, por lo que el objetivo de los investigadores fue analizar la influencia del estrés percibido durante el aislamiento social obligatorio por COVID-19 sobre la memoria cotidiana y explorar el impacto emocional del confinamiento. La muestra fue de 128 jóvenes universitarios colombianos, quienes respondieron a la versión en castellano de la escala de estrés percibido (EEP-10) y al cuestionario de fallos de memoria de la vida diaria, de acuerdo con su experiencia en el último mes de confinamiento. Analizaron la influencia del estrés percibido global, distrés general y capacidad de afrontamiento en los fallos de memoria de la vida diaria mediante un análisis de varianza factorial. Evidenciaron un efecto significativo del estrés percibido en los fallos de memoria de la vida diaria  $F(3,124) = 7.98, p < .001, \eta_p^2 = 0.16$ , con una potencia estadística observada del 98 % y tamaño del efecto mediano. Asimismo, observan una interacción significativa entre el distrés general y la capacidad de afrontamiento en la memoria cotidiana, es decir, el promedio de los fallos de memoria de la vida diaria reportados por los participantes fue de  $M = 35.2 (DT = 18.5)$ .

Choi et al. (2022) realizaron una investigación cuyo objetivo fue estudiar los efectos individuales e interactivos de los niveles de cortisol sérico y los parámetros relacionados con el estrés, incluyendo el estrés percibido y los estresores de la vida, sobre el comportamiento suicida en pacientes deprimidos. Al inicio midieron los niveles de cortisol sérico y mediante los instrumentos recogieron los datos relacionados con el estrés por medio de la escala de estrés



percibido (PSS) y el número de eventos estresantes de la vida (SLE). La muestra fue de 1.094 pacientes con trastorno de depresión, de los cuales 884 fueron seguidos durante 1 año. Los comportamientos suicidas evaluados al inicio del estudio incluyeron intentos de suicidio y la severidad suicida inicial, mientras que aquellos en el seguimiento de 1 año aumentaron las tendencias suicidas, la gravedad e intentos de suicidio mortales/no mortales. Asociaciones individuales e interactivas de variables de exposición con los resultados suicidas se analizaron utilizando modelos de regresión logística después de ajustar las covariables relevantes. En referencia a los resultados, encontraron que niveles más altos de cortisol sérico se asociaron significativamente con resultados suicidas en el seguimiento de 1 año. Además, las puntuaciones más altas de PSS se asociaron significativamente con una mayor gravedad inicial, mientras que el número de SLEs no se asoció con ningún resultado suicida. Un efecto interactivo significativo del nivel de cortisol y la puntuación de PSS sobre los resultados suicidas en el seguimiento de 1 año. Se asociaron niveles más altos de cortisol y puntajes de PSS con mayor severidad suicida y más intentos de suicidio fatales/no fatales. Finalmente concluyeron que la combinación de niveles de cortisol sérico y puntajes de PSS puede ser útil para monitorear y predecir conductas suicidas en pacientes deprimidos.

Ramos et al. (2020) investigaron en una muestra de 65 pacientes con tratamiento de quimioterapia, 68.2% mujeres y 31.8% hombres, cuyas edades oscilan entre los 17 a 76 años, con diagnósticos de cáncer de mama (30.3%), de próstata (18.3%), colon (15.2%), pulmón (13.6%), cervical (12.1%) gástrico (9.1%) y cáncer de piel (1.5%). La muestra pertenece a la UMAE Hospital Especialidades N° 1 CMN Bajío de México, el objetivo del estudio fue identificar la relación entre el estrés, a nivel de cortisol y las estrategias de afrontamiento en dichos pacientes oncológicos. Para ello utilizaron el cuestionario de perfil de estrés de Nowack que identifica los estilos de afrontamiento, el cual consta de cuatro estrategias: valoración positiva, concentración en el problema, valoración negativa y minimización de la amenaza.

Los dos primeros están relacionados con los recursos protectores favorables, mientras que los dos últimos se refieren a comportamientos de alerta o riesgo para la salud. En cuanto a los resultados que encontraron los investigadores se puede apreciar que el 35,3% de los pacientes tienen niveles normales de cortisol y 64.5% presentan niveles altos; el estrés obtuvo un promedio de 13.9 (DE = 4.64). En referencia al nivel de cortisol y el tipo de tratamiento, observaron diferencias significativas ( $X^2 = 1,546$ ,  $p = .04$ ), por lo que, los pacientes con tratamiento mixto presentan niveles de cortisol más altos. Finalmente, concluyeron en la relevancia de reevaluar las estrategias centradas en el problema, para que se analicen las implicaciones más específicas de acuerdo con el contexto. Asimismo, los autores sugieren que se realice una intervención de enfermería incluyendo estrategias de afrontamiento afectivas.

Cesquera et al. (2017) realizaron la investigación que tuvo como objetivo identificar los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y el papel que ejerce el psicólogo frente a esta problemática, para la cual buscaron bibliográficamente artículos científicos preferiblemente de revistas indexadas en bases de datos (EBSCO, Science Direct, Google Académico) libros y algunas páginas web. Estos documentos fueron seleccionados según su pertinencia y la confiabilidad de las fuentes, tratando de escoger aquellos que fuesen más recientes. Cuando la búsqueda resultó ineficaz en español a causa de inexistencia de material sobre ciertas temáticas, se procedió a hallar referencias en inglés. En cuanto a los resultados, verificaron que dentro de los estilos de afrontamiento más utilizados fueron los activos y de evitación, a diferencia de estilos pasivos. Respecto al papel del psicólogo se logró identificar su importancia en cuanto a sus funciones de atención, promoción, prevención y tratamiento de las diferentes problemáticas que surgen durante el diagnóstico y desarrollo de la enfermedad.

Pérez et al. (2017) realizaron un estudio transversal de enfoque cuantitativo cuyo objetivo fue encontrar la relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los

factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. Mediante el muestreo no probabilístico a conveniencia evaluaron a un total de 82 pacientes con diagnóstico de cáncer. Los instrumentos que utilizaron fueron la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el cuestionario MOS para el apoyo social, así como los datos médicos y sociodemográficos a través de un cuestionario diseñado para este estudio. Para los resultados llevaron a cabo un análisis de correspondencias múltiples, lo cual se verifica mediante la fuerte relación entre las variables médicas, sociodemográficas y psicológicas. Se observaron que en el nivel alto están las variables reacción agresiva, expresión emocional abierta, evitación emocional, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, conformismo, búsqueda de apoyo profesional y espera, sobre los cuales no hay caracterización amplia de los pacientes; aunque es importante acotar que se relacionan con pacientes con diagnóstico de cáncer de ovarios. Por otro lado, para el nivel medio se encuentra que la mayoría de las variables se relacionan fuertemente con gran parte de las variables sociodemográficas, las cuales destacan las variables búsqueda de apoyo profesional, expresión emocional abierta y evitación cognitiva. Todas estas variables están asociadas a pacientes femeninas, solteras o separadas, entre 41 y 50 años, con diagnóstico de cáncer de mama con tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cirugía, y tiempos de diagnóstico entre 12-18 meses y 18-24 meses. Finalmente, el nivel bajo corresponde a evitación comportamental, evitación emocional, evitación cognitiva, religión, reevaluación positiva, reacción agresiva, búsqueda de apoyo social, refrenar el afrontamiento y espera se observaron únicamente en hombres con diagnóstico de cáncer del aparato digestivo y reproductivo que recibían tratamiento de radioterapia e, incluso, cirugía.

Herrera-Covarrubias et al. (2017) realizaron una revisión bibliográfica de tipo narrativa de artículos originales y las referentes al estrés y su relación en las diversas enfermedades como la obesidad, cáncer, depresión, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. El estrés físico y mental se experimenta de muchas formas a lo largo de nuestras vidas y en muchas situaciones;

pero hay mucho más por explorar en relación con la intervención del estrés sobre las enfermedades. La evidencia demuestra que el estrés interviene en la liberación de glucocorticoides y otras hormonas y que cuando es constante la alteración puede ocasionar una sobre actividad del eje Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal (HPA). Dicha hiperactividad del eje HPA contribuye con el incremento de peso, obesidad; además, con el incremento de la secreción de hormonas que intervienen en los procesos inflamatorios, los cuales han influenciado con el desarrollo de algunos tipos de cáncer, e incluso aumenta el riesgo de padecer de enfermedades cardiovasculares y la depresión. También, hay mucha evidencia que menciona sobre la exposición al estrés en etapas críticas del desarrollo, como los primeros años de vida o en la edad adulta, que alteran de manera indefectible la fisiología general, a nivel del sistema endocrino, emocional y comportamental que son trascendentales en nuestra salud. Asimismo, los autores detallan acerca de cómo los factores psicosociales desencadenantes de estrés generan efectos relevantes en el sistema endocrino e inmune, por lo que sugieren a través de la información recabada que el estrés crónico está vinculado en forma negativa a enfermedades cardiovasculares, obesidad, depresión y cáncer.

García-Conde et al. (2016) realizaron un estudio en 148 pacientes oncológicos que acuden a la Universidad de Psicología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO), los cuales fueron 122 mujeres y 26 hombres cuya edad promedio fue de 52,47 años (DT=12,73). Los objetivos de la investigación fueron: 1) realizar el análisis de la escala CAEPO por medio del análisis factorial exploratorio y confirmatorio; 2) analizar la consistencia interna de sus factores; 3) verificar la distribución de los factores; 4) comparar las medias de las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres. Los datos estadísticos sobre el número de factores por medio del criterio de Kaiser (autovalores mayores a 1) lo realizaron a los diez factores, pero lo descartaron, ya que a partir del factor cinco el número de indicadores fueron insuficientes con una varianza total de 63,71%. Utilizaron el criterio de

Scree Test lo que evidenció mejores resultados con cuatro factores. Después del análisis factorial exploratorio y confirmatorio la escala se redujo a 35 ítems con cuatro estrategias de afrontamiento denominadas: rumiación y preocupación ansiosa, evitación y negación, pasividad y resignación, y afrontamiento activo. Los factores de afrontamiento activo, rumiación y preocupación ansiosa, y pasividad y resignación mostraron valores de consistencia interna altos y una distribución que se ajustó a una curva normal. Mientras que el factor de evitación y preocupación ansiosa mostró una consistencia interna adecuada y no se ajustó a una curva normal. Finalmente, no encontraron diferencias significativas de afrontamiento entre hombres y mujeres, asimismo, los investigadores sugirieron reducir la escala a 35 ítems.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo General***

Determinar las diferencias significativas en los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

1. Analizar los aspectos psicométricos de la escala de percepción global del estrés (EPGE) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO).
2. Identificar los niveles de estrés percibido en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.
3. Identificar los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.
4. Describir las características de los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima, según sexo, edad, tipo de cáncer, tiempo de tratamiento, frecuencia de compañía, acompañante y percepción de salud.

#### **1.4. Justificación**

En la actualidad el cáncer es el primer o segundo contribuyente más común en la mortalidad prematura en la mayoría de países en el mundo. La mortalidad y la prevalencia es todavía elevada, sobre todo en países en vías de desarrollo, que no cuentan con adecuada inversión en políticas de salud preventiva en enfermedades endémicas y menos para el cáncer (Soerjomataram & Bray, 2021).

El cáncer altera el estado de salud de los pacientes lo cual está relacionado con el estrés. Los seres humanos responden al estrés, fisiológica y psicológicamente, mediante la puesta de marcha de un complejo repertorio de reacciones de adaptación. Entender adecuadamente los conceptos de estrés o estrés percibido, que se generan, tanto en los pacientes como en los familiares, nos ayuda en la comprensión de la elección adecuada de los estilos de afrontamiento frente al estrés; es por ello, que esta investigación contribuirá en los siguientes ámbitos:

Desde el punto de vista social, la información recolectada y analizada servirá a los profesionales de la salud, para que puedan realizar un plan de tratamiento específico considerando la influencia que el estrés percibido genera en cada paciente oncológico. Ello ayudará a crear estrategias que sumen esfuerzos de manera multidisciplinaria en favor de una intervención integral. Desde el diagnóstico y posterior tratamiento, teniendo en cuenta el estado de salud mental de cada paciente, lo cual ayudará al bienestar integral en su proceso de enfermedad oncológica. Este plan de tratamiento psicológico tomará en cuenta de forma significativa la dimensión física, afectiva y cognitiva del paciente.

Desde el punto de vista práctico, realizar evaluaciones de los niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer, en todo el proceso de enfermedad oncológica, ayudará a dar visibilidad este tema, que se ha dejado de lado en los últimos años. Estos dos constructos están directamente relacionados con los factores de protección o

indefensión valorados de manera específica por cada paciente oncológico y que, muchas veces no se evalúan y, solo se sobre entienden.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará una puesta en escena de estas variables investigadas, lo que permitirá, difundir la discusión por el estudio de esta población clínica debido a la reducida información acerca de estos temas tan relevantes. Es decir, servirá como marco de referencia para futuras investigaciones relacionadas al tema, puesto que en actualidad existen reducidos estudios en dicho tema.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación a través del análisis psicométrico realizado contribuirá a que otros investigadores puedan usar los instrumentos en pacientes que tengan las mismas características de la muestra en referencia.

## **1.5. Hipótesis**

### ***1.5.1. Hipótesis General***

Hi: Existen diferencias significativas entre el estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

Ho: No existe diferencias significativas entre el estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

### ***1.5.2. Hipótesis específicas***

H1: Existe adecuados aspectos psicométricos de la escala de percepción global del estrés y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

H2: Existe un alto nivel de estrés percibido en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H3: Existen mayor porcentaje del estilo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H4: Existen diferencias significativas según el sexo para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H5: Existen diferencias significativas según la edad para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H6: Existen diferencias significativas según el tipo de cáncer para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H7: Existen diferencias significativas según el tiempo de tratamiento para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H8: Existen diferencias significativas según la frecuencia de compañía para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H9: Existen diferencias significativas según el acompañante para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.

H10: Existen diferencias significativas según la percepción de salud para la variable estrés percibido y el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima.



## II. Marco teórico

### 2.1 Estrés

Porth (2015) define al estrés como un estado de tensión fisiológica originada por un cambio en el ambiente externo y que se percibe como un desafío, una amenaza o un daño al equilibrio dinámico de un individuo. El estrés es la influencia externa que actúa sobre una persona y, cuando es persistente dicha influencia, el cuerpo se va agotando. Por medio de la homeostasis el cuerpo trata de encontrar el equilibrio y busca energía del sistema nervioso; por ello, muchos investigadores relacionaron el sistema nervioso con el estrés. Lo cual tuvo relevancia en el siglo XVIII, debido a que los médicos mencionaron que más de la mitad de las enfermedades tenían orígenes a nivel del sistema nervioso. Finalmente, en el siglo XXI con otras investigaciones concluyeron que el estrés está relacionado a nivel del sistema hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal (HHS).

Esta definición nos sugiere que el ser humano puede pasar por situaciones que “sobrecargan” sus recursos fisiológicos, emocionales y conductuales, de tal manera que se dé una saturación que su sistema no pueda sobrellevar. Sin embargo, cada individuo tiene una respuesta específica a cada exigencia, la cual es personal y depende de ciertos factores externos o internos que se interrelacionan con las propias capacidades y posibilidades según la realidad de cada persona.

El estímulo que desencadena este estado es el factor de estrés. La configuración o naturaleza del factor de estrés es variable; es decir, un acontecimiento que puede producir estrés a un individuo, tal vez, no angustiaría a otra; una situación que produce estrés en un momento y lugar dados podría no generarlo en otro lugar y en otro momento. Todo individuo debe valorar y enfrentarse a situaciones versátiles. El objetivo será la adaptación o el ajuste, de forma que la persona se encuentre nuevamente en equilibrio y tenga la energía y la capacidad para satisfacer nuevas demandas (Smeltzer, 2017).

Selye es considerado por muchos como el “padre del concepto moderno del estrés”. Hans Selye partió de los estudios de Cannon y observó que sus pacientes mostraban ciertos patrones biológicos, los cuales no estaban relacionados con un mismo tipo de enfermedad, sino que era independiente del diagnóstico de cada paciente. Dicha observación hizo que Selye definiera el estrés basado en la respuesta que dan las personas durante situaciones estresantes mas no en el estímulo.

En la recopilación realizada por (Szabo & Somogyi, 2012) mencionan que Selye relaciona a un elemento que altera la homeostasis del organismo como desencadenante del estrés. Es así que, la respuesta no específica del organismo ante cualquier situación de sobrecarga, da como resultado al estrés. En sus primeros estudios, Selye consideró que la situación era la causa inherente al estrés, por lo que no encontraba diferencias en las respuestas emitidas tanto a estímulos agradables como desagradables.

### **La Teoría de Selye: el Síndrome General de Adaptación (SGA). (Selye 1960, 1973, 1982).**

El SGA es la forma en que un organismo se moviliza a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, que es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés, puede ser no solamente un estímulo físico, sino también psicológico, cognitivo o emocional. Se considera al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que se denomina SGA. Sin embargo, Selye fue enfático en mencionar que no se llamaría estrés si solo es causado por un solo agente, tienen que ser mínimamente dos tipos de agentes estresores (Szabo & Somogyi, 2012).

Sea cual sea la causa, el individuo responde con el mismo patrón de reacciones, es decir, la respuesta es inespecífica a la situación, pero específica en sus manifestaciones, para afrontar cualquier aumento de las demandas realizadas sobre él, el organismo responde de forma estereotipada, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo.

Selye realiza una teorización sobre las fases relacionadas con el SGA y de acuerdo con Melgosa (1997) este proceso ocurre de la siguiente manera:

**a. Fase de alarma (Shock).** Es inmediata a la percepción del estímulo estresante. El organismo está en presencia de un estímulo y se halla en estado de alerta y se coloca en situación de huida o ataque para restablecer el equilibrio interno. Constituye el aviso claro de la presencia repentina de agentes estresores a los que el organismo no se está adaptando. La caracterizan:

- Congelamiento o paralización: la persona no hace nada, esto se debe a que se da excitación de sustancia gris pericueductal del tallo cerebral.
- Activación cortical: debido a estimulación de la amígdala se produce liberación de la noradrenalina (NA) encefálica. Estado de conciencia hiperaguda en la que el individuo identifica su entorno detalladamente.
- Manifestaciones faciales o muecas que unidas al congelamiento inicial se denominan estado de shock.

No tiene lugar de manera rápida, sino paulatinamente. Esta fase tiene dos etapas: choque y contrachoque. En la etapa de choque las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que ha de ponerse en guardia, es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. Aparece taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La fase de contrachoque se caracteriza por la movilización de las defensas. Aparecen signos opuestos a los de la fase de choque e hiperactividad de la corteza suprarrenal. Muchas enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase de reacción de alarma (Sandín, 1995).

Esta respuesta de alarma, como respuesta a una situación de emergencia, a corto plazo es adaptativa; pero muchas situaciones implican una exposición prolongada al estrés que no requiere una acción física.

**b. Fase de resistencia.** Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, apartándose o adaptándose al estímulo estresante. En esta fase desaparecen la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma, se observan signos de anabolismo, mientras que en la de alarma se observan procesos catabólicos (Sandín, 1995).

Además, la resistencia al estrés produce cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones. Esta fase puede durar semanas, meses o años y, si es muy larga se le considera como estrés crónico. Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase.

**c. Fase de agotamiento.** Se produce solo si el estímulo estresante es continuo o se repite frecuentemente. El organismo agota sus recursos y pierde su capacidad de activación o adaptación. Sobrevienen entonces las enfermedades relacionadas con el estrés como son: insomnio, falta de concentración, abatimiento, fatiga, extenuación, patologías inmunológicas, patologías cardiovasculares, patologías metabólicas y endocrinas, depresión, problemas gastrointestinales, infartos cardiacos, infartos cerebrales, etc.

Nuestra fisiología intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si el organismo no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma y la vida del organismo estará amenazada.

## **2.2. Afrontamiento al estrés**

El afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, el afrontamiento es un conjunto de estilos de respuestas que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo (Sandín, 1995).

Asimismo, se puede conceptualizar como el conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio alterado en la transacción persona-ambiente.

Gonzales (2004) menciona que la actividad de afrontamiento no se debe identificar solo con el dominio sobre el entorno; ya que, puede haber factores estresantes en las que el individuo puede seleccionar las estrategias conductuales o emocionales, que le servirán para hacer frente y manejar dicha situación. Sin embargo, en otro tipo de factores de estresantes, el individuo no logrará manejarlas y en este caso el afrontamiento más adecuado y eficaz podrá consistir en tomar la decisión de no hacer nada o tratar de evitar, huir o minimizar la situación estresante.

### ***Teoría de Afrontamiento al estrés***

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento. El autor del CAEPO hace mención dentro de su marco conceptual la teoría de Lazarus y Folkman de 1984, el cual propone tres estrategias de afrontamiento denominadas: estrategias centradas en el problema, estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema y la emoción; así como diversas teorías.

Gonzales (2004) utiliza otras conceptualizaciones que lo llevan a plantear su teoría en siete estrategias de afrontamiento:

**a. *Enfrentamiento y lucha activa (ELA)*.** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil, pero al mismo tiempo ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos de los que dispone. Esto conlleva una visión optimista respecto a las posibilidades de lucha y al pronóstico. El sujeto tanto a nivel conductual como cognitivo adopta un papel activo y colaborador en todo lo referente a su enfermedad.

**b. *Autocontrol y control emocional (ACE)*.** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil, de forma muy semejante a la anterior, aunque las conductas y sobre todo los pensamientos se dirigen a hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce enfermedad y lo que ésta conlleva.

**c. *Búsqueda de apoyo social (BAS)*.** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto considera importante para lograr ese resultado positivo el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a él. También se produce una búsqueda moderada de información como un apoyo o medio que le ayudará a conocer mejor su enfermedad, sus síntomas, su proceso y así podrá controlarla mejor.

**d. *Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)*.** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y muy amenazante, al mismo tiempo que tiene incertidumbre respecto a la evolución y el futuro de su enfermedad. Esto hace que se manifieste ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación y, respecto al pronóstico y al resultado final.

**e. *Pasividad y resignación pasiva (PRP)*.** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y amenazante. Considera que tiene muy poca posibilidad para superarla, tiene una visión pesimista y, en cierto modo fatalista, respecto a su futuro y a la evolución y pronóstico de la enfermedad.

**f. *Huida y distanciamiento (HD)*.** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación de manera inadecuada, intentando escapar o eludir la realidad de su situación. Existe un determinismo respecto a que el destino marca fatalmente lo que le va a ocurrir. Esto le lleva a pensar en su falta de control para manejar los acontecimientos de su enfermedad y a no utilizar conductas o pensamientos que afronten la realidad. Como

consecuencia el desequilibrio emocional no se afronta y se tenderá a elevar los niveles de ansiedad.

**g. Negación (N).** Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad, lo cual en un principio no va a favorecer la lucha y el enfrentamiento a la situación.

### **2.3 Cáncer**

Según la OMS (2022) menciona que el término cáncer es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, también se habla de tumores o neoplasias malignas; cuya característica definitoria es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Las neoplasias generan un crecimiento celular descontrolado lo cual sobrepasa a las células normales, dificultando que el cuerpo funcione de la manera que debería. Para muchas personas, el cáncer puede tratarse muy eficazmente; de hecho, ahora más que nunca hay un mayor número de personas que tienen una vida plena después de haber recibido su tratamiento contra el cáncer.

El cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas. En el 2018, causó 1,3 millones de muertes, y 3.7 millones de nuevos casos. Se estima que el número de casos de cáncer aumentará un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030, debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe. Alrededor del 30% de los casos de cáncer pueden curarse si se detectan temprano y se tratan adecuadamente. Todos los pacientes de cáncer pueden beneficiarse del tratamiento paliativo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.).

## **Tipos de cáncer**

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (2019) podemos mencionar los siguientes tipos de cáncer:

**a. Cáncer de pulmón.** Las células neoplásicas en este órgano “surgen de una sola célula epitelial transformada en las vías aéreas traqueobronquiales. La causa más frecuente son los carcinógenos inhalados” (Smeltzer et al., 2017, p. 164). El humo del cigarro causa la mayoría de los cánceres de pulmón en fumadores y no fumadores. Es uno de los cánceres más agresivos y afecta sobre todo a los varones, aunque su incidencia se ha elevado en las mujeres debido a la costumbre más extendida de fumar cigarrillos. La mayoría de los tumores de pulmón se detectan con una radiografía de tórax. En la actualidad, ya existen pruebas como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) que permiten detectar lesiones menores de un centímetro.

**b. Cáncer colorrectal.** Cuando las células cancerígenas se ubican a nivel del colon y del recto, hacemos referencia al cáncer colorrectal. Desde la transformación de una primera célula normal hasta la aparición de un cáncer detectable es necesario que transcurra un número elevado de años, ya que, es un proceso que conlleva múltiples alteraciones en los genes, es por eso que la incidencia aumenta con la edad, es más diagnosticado a los 66 años (NHI, 2023).

De acuerdo con Smeltzer et al., hay más incidencia del cáncer de colon de más del doble que la del cáncer rectal. Puede comenzar como un pólipo benigno existente años antes en la mucosa del colon o del recto, que con el paso de los años puede volver maligno, que invade y destruye los tejidos normales y se empieza a extender a estructuras circundantes. Algunas pueden migrar a otras partes lejanas del tumor primario y diseminarse a otras partes del cuerpo como el hígado, peritoneo y pulmones (2017).

**c. Cáncer gástrico.** Según Ramos & Guerrero (2020) el cáncer de estómago fue la causa de muertes más frecuente de las neoplasias malignas cuando se consideran a ambos sexos, con un total de 3437 pacientes murieron a causa de este tipo de cáncer, lo cual representa el 13.3%



del total y la tasa de mortalidad para ambos sexos fue de 12.1 por 100 mil habitantes. La dieta parece ser un factor muy significativo, además, de las inflamaciones crónicas del estómago y las infecciones con la bacteria *Helicobacter pylori* que es la causante de gastritis y úlcera y, al parecer ser la causa principal de esta enfermedad.

Casciato (2013) refiere que, de acuerdo con el pronóstico grave, anteriormente se tenían en cuenta tres signos: afectación de la serosa, afectación ganglionar y presencia de tumor en la línea de resección. Los estudios han demostrado que, si no se observan ninguno de los tres signos, la tasa de supervivencia a los 5 años es del 60% y, si se observan todos, la tasa de supervivencia a los 5 años es inferior al 5%.

**d. Cáncer de mama.** De acuerdo con la localización del cáncer, el de mama fue el más frecuente representando el 10% del total de casos. Según el sexo, en las mujeres los cánceres más frecuentes fueron los de mama con 18.3%, el de cuello uterino con 9.6% y de estómago con 6.5%. El autoexamen ha demostrado la mejor probabilidad de un diagnóstico precoz y puede reducir la mortalidad relacionada con el melanoma en un 63%. En más de la mitad de los casos de melanoma, los pacientes pueden ser los primeros en identificar la lesión. En el Perú la mamografía que es otro de los exámenes de descarte de cáncer de mama se lleva a cabo en las instituciones de salud del MINSA a mujeres entre los 50 y 65 años, y comprende los exámenes de mama unilateral, bilateral y tamizaje, estos exámenes se han ido incrementando con el paso de los años (Ramos & Guerrero, 2020).

**e. Cáncer de cuello uterino.** Es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el Perú y el que más mortalidad causa entre las mujeres. Su aparición suele estar asociada al inicio temprano de la actividad sexual y a las conductas sexuales de riesgo. Se puede diagnosticar precozmente con un Papanicolau, examen que detecta lesiones en el cuello del útero. Las mujeres a partir de los 21 años deben hacerse la prueba cada tres años (Aranguren et al., 2017).

La detección sistemática es la estrategia más importante de salud pública para reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad posterior. Las pruebas de detección como la citología convencional, conocida como la prueba de Papanicolaou se utilizan para identificar pre-cánceres, que pueden tratarse para prevenir la aparición de cáncer invasivo o permitir que la enfermedad se identifique en una etapa más temprana, permitiendo un tratamiento más efectivo.

#### **2.4. Factores psicosociales**

La eficacia de los tratamientos de cáncer se mide no solo en términos del período de remisión de la enfermedad y del tiempo de supervivencia, sino también en términos de la calidad de vida del paciente, su funcionamiento social y familiar y el grado de ausencia de malestar físico y psicológico. Todo ello depende a su vez de una adecuada adaptación psicosocial al fenómeno oncológico.

Los factores que afectan al impacto psicológico del cáncer, es decir, que influyen sobre las valoraciones y configuran estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, de acuerdo con Parle et al. (2001) se pueden dividir en tres grandes grupos:

*a. Variables relativas al Contexto Sociocultural.* Se asocian al malestar psicológico, por ejemplo, la menor edad, pobre apoyo social, dificultades familiares, problemas relacionales, hijos menores de 21 años, dificultades económicas y presencia de otros sucesos vitales estresantes.

*b. Variables psicológicas.* Las variables psicológicas se pueden agrupar en tres grandes áreas: preocupaciones/miedos, cambios en el estilo de vida y malestar psicológico.

*c. Variables Médicas.* La localización del cáncer, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico o las oportunidades de rehabilitación, ciertamente influyen en las valoraciones, afrontamientos y resultados subsecuentes.

### **III. Método**

#### **3. 1. Tipo de Investigación**

En la presente investigación se utilizó el enfoque de tipo cuantitativo y de diseño no experimental, es decir, se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural con la finalidad de analizarlos posteriormente (Sampieri et al., 2006).

El tipo de estudio es descriptivo comparativo. Según, Hernández et al. (2014, p. 92) refieren que “la investigación descriptiva tiene el propósito de describir propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. El estudio buscó describir las variables de estrés percibido y estilos de afrontamiento, sin manipulación alguna, y posteriormente describirlas variables con las variables sociodemográficas.

La obtención de datos de la muestra es no probabilística, los cuales fueron seleccionados mediante el método de muestreo por conveniencia, por tratarse de pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados durante el tratamiento de quimioterapia.

#### **3. 2. Ámbito temporal y espacial**

La investigación se realizó en una Institución de salud ubicada en el distrito de La Victoria – Lima. Los pacientes fueron evaluados de manera individual durante los meses de agosto a octubre del 2019.

#### **3. 3. Variables**

A continuación, se muestran las variables de estudio y sus definiciones conceptuales.

##### **3.3.1. Estrés percibido**

Cohen et al. (1983) lo definen como la tendencia a valorar como amenazantes o difíciles de afrontar las demandas infringidas por el entorno en interacción continua con la persona.

**Operacionalización de la variable estrés percibido:** Se define como las puntuaciones alcanzadas en la escala de percepción global del estrés (EPGE) adaptada por Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio en el 2018.

En la Tabla 1, se observa las dimensiones e ítems de la escala de estrés percibido.

Tabla 1

*Operacionalización de la variable estrés percibido*

Variable	Dimensión	Ítems	Tipo de respuesta
Estrés percibido	Eustrés	4, 5, 6, 7, 9, 10, 13	Escala Likert: 0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = De vez en cuando 3 = A menudo 4 = Siempre
	Distrés	1, 2, 3, 8, 11, 12	

En la Tabla 2, se observa los baremos de los niveles de estrés percibido de acuerdo con lo descrito Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio (2018). De acuerdo con las dimensiones de la Escala de percepción global del estrés (EPGE).

Tabla 2

*Baremos de la escala de estrés percibido según las dimensiones*

Dimensión	Percentil	Puntuación	Clasificación
Eustrés	P75	23 a 28	Alto
	P50	10 a 22	Medio
	P25	0 a 9	Bajo
Distrés	P75	13 a 24	Alto
	P50	10 a 12	Medio
	P25	0 a 9	Bajo

Fuente: Guzmán-Yacaman y Reyes-Bossio (2018)

### 3.3.2. Estilos de afrontamiento

González (2004) lo define como la manera en que el paciente oncológico en función de la evaluación del diagnóstico y la valoración de las posibilidades de control que pueden tener sobre el evento, podrán en funcionamiento estrategias para dar respuesta a las demandas percibidas.

**Operacionalización de la variable afrontamiento al estrés:** Se define como las puntuaciones alcanzadas en el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos de González (2004) cuyas propiedades psicométricas fueron corroboradas por Díaz & Yaringaño en el 2010.

En la Tabla 3, se observa las dimensiones e ítems del Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

Tabla 3

*Operacionalización de la variable afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*

Variable	Dimensiones	Ítems	Tipo de respuesta
Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos	Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)	1, 2, 13, 16, 17, 21,24, 31, 39	Escala Likert: 0 = Nunca 1 = Algunas veces 2 = Muchas veces 3 = Casi siempre
	Autocontrol y Control Emocional (ACE)	3, 7, 12, 19, 25, 28, 40	
	Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	5, 10, 15, 33	
	Ansiedad y Preocupación ansiosa (APA)	4, 6, 14, 22, 26, 32	
	Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)	11, 23, 34, 35, 37	
	Huída y Distanciamiento (HD)	8, 9, 18, 29, 30, 38	
	Negación (N)	20, 27, 36	

### 3. 4. Población y muestra

La población evaluada corresponde a pacientes oncológicos de una Institución de salud estatal de La Victoria - Lima que se encuentran hospitalizados en el periodo octubre a noviembre del 2019. El tipo de muestra es no probabilística, los cuales serán seleccionados mediante el método de muestreo de sujeto Tipo por conveniencia, por tratarse de pacientes oncológicos que están hospitalizados. Se recabó un total de 41 casos, cuyas edades oscilan entre los 30 y 74 años, pertenecientes a ambos géneros, los cuales se encuentran recibiendo tratamiento de quimioterapia.

Criterios de inclusión:

- Aceptación voluntaria para la evaluación de la presente investigación.
- Que sean pacientes oncológicos, intervenidos quirúrgicamente después de las 72 horas (3 días) como mínimo y evaluadas antes de las 120 horas (5 días) como máximo.
- Que sean pacientes que tenga una edad mínima de 30 años y una edad máxima de 83 años.

Criterios de exclusión:

- Que no sean pacientes oncológicos.
- Que no tengan impedimento de hablar o conversar debido al tratamiento hospitalario.
- Que no sean pacientes menores de 30 años, ni mayores de 83 años.
- Que no sean pacientes con psicopatologías.
- Que no sean pacientes analfabetos.

La Tabla 4, se presenta la distribución de la muestra según variables sociodemográficas. En la Tabla 4 se observa que la cantidad de mujeres excede en 12,2 % al número de pacientes oncológicos varones; además que los pacientes entre 41 y 60 años corresponden al 61%; además, el 70,7% de la muestra tiene pareja de los cuales solo el 48,8% lo (a) acompaña para el tratamiento. El tipo de cáncer al estómago y mama son los de mayor porcentaje con un 22,0% y 19,5%, respectivamente.

Tabla 4

*Distribución de la muestra de pacientes oncológicos según variables sociodemográficas.*

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	18	43,9 %
Mujer	23	56,1 %
Edad		
30 – 40 Adultez joven	4	9,8 %
41 – 50 Adultez intermedia	10	24,4 %
51 – 60 Adultez tardía	15	36,6 %
61 – 80 Ancianidad	12	29,2 %
Tipos de Cáncer		
Cáncer mama	8	19,5%
Cáncer de estómago	9	22,0%
Cáncer de colon	6	14,6%
Cáncer ginecológico	5	12,2%
Cáncer de páncreas	3	7,3%
Cáncer abdominal	3	7,3%
Otros	7	17,1%
Tiempo de tratamiento		
1 a 6 meses	20	48,8%
7 meses a 1 año	7	17,1%
Más de 1 año	12	29,3
Más de 3 años	2	4,9%
Frecuencia de Compañía		
Siempre	24	58,5%
A veces	17	41,5%
Acompañante		
Pareja	20	48,8%
Hijo (a)	8	19,5%
Hermano (a)	7	17,1%
Mamá	5	12,2%
Otros	1	2,4%
Percepción de Salud		
Muy buena	5	12,2%
Buena	16	39,0%
Regular	19	46,3%
Mala	1	2,4%

### 3.5. Instrumentos

#### 3.5.1. Cuestionario sociodemográfico

Consta de 15 ítems, los cuales indagan sobre los datos personales como: sexo, edad, nivel de instrucción, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en Lima (en caso de no haber

nacido en dicha ciudad), estado civil, si actualmente se encuentra trabajando, de ser así el tiempo en horas promedio de trabajo a la semana y con quién vive. Además, de los datos sobre salud como: si en el último año ha presentado algún tipo de enfermedad física, tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, tiempo de tratamiento, acompañamiento de familiares en el proceso de tratamiento, quién lo acompaña y evaluación de su estado de salud, el cual se muestra en el anexo B.

### **3.5.2. Escala de Percepción Global del Estrés (EPGE)**

Esta prueba se le denomina escala de estrés percibido, la cual fue elaborada por Cohen et al. en 1983 y evalúa el grado en el que ciertas situaciones que se perciben como estresantes puedan generar la aparición de sentimientos y pensamientos que afectan la vida de cada individuo, durante el último mes. Su aplicación puede ser de forma individual o colectiva, con un tiempo que varía entre los 15 a 20 minutos. La validación consistió en la aplicación a tres tipos de muestras, dos de estudiantes universitarios y una de participantes de un programa comunitario para dejar de fumar, con lo que obtuvieron un alfa de Cronbach de  $\alpha=.84$ ,  $\alpha=.85$  y  $\alpha=.86$  para cada una de las muestras, lo cual es significativo.

Esta escala está orientada para una población de 13 años en adelante. Dicha escala consta de 14 ítems, de los cuales los reactivos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 corresponden a la dimensión positiva o de eustrés y los reactivos 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 a la dimensión negativa o de distrés. El puntaje global se obtiene por medio de la suma entre la reversión de los puntajes de los ítems positivos y los puntajes de los ítems negativos (Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio; 2018). La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 56, lo que nos hace referencia a que mayores puntuaciones de la escala significa un mayor nivel de estrés percibido.

Para el presente estudio se utilizará la adaptación de la escala de percepción global de estrés (EPGE-13) llevada a cabo por Guzmán-Yacaman y Reyes-Bossio en el 2018, los cuales tuvieron una muestra de 332 estudiantes universitarios de una universidad de Lima. Esta escala



consta de 13 ítems, debido a que los investigadores, durante la adaptación encontraron que la escala sin el ítem 12 presentó mejor el modelo de dos factores correlacionados.

Un factor en relación al estrés negativo con 6 ítems (1, 2, 3, 8, 11 y 12) y un factor de estrés positivo con 7 ítems (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13). El primer factor denominado “Expresión de Estrés” o eustrés evalúa la percepción de pérdida de control en el manejo del estrés; mientras que, el segundo factor, “Control del Estrés” o distrés, hace referencia a la percepción de satisfacción o éxito en el manejo del estrés. La escala utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 (Nunca) a 4 (Siempre).

En cuanto a la consistencia interna de alfa de Cronbach de los ítems que componen el factor de eustrés fue de  $\alpha=.799$ , mientras que para el factor de distrés fue de  $\alpha=.770$ . Debido a que el EPGE no tiene un puntaje de corte dividieron los puntajes totales de cada dimensión en los siguientes percentiles: el P25 para un “nivel bajo”, que va de 0 a 9 puntos en el distrés y de 0 a 9 puntos en el eustrés; el P50 para un “nivel moderado”, que va desde 10 a 12 puntos para el distrés y de 10 a 22 para el eustrés; y un P75 para un “nivel alto” que va de 13 hasta 24 como distrés y de 23 a 28 puntos como eustrés.

La fiabilidad global de la escala de percepción global de estrés (EPGE-13) y de sus factores se calculó a través del índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach para una muestra de 41 pacientes oncológicos.

En la Tabla 5 se muestra la consistencia interna global del cuestionario (13 ítems) de la muestra de estudio que resultó .855 lo que indica una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. En el coeficiente Omega de McDonal'd resultó .861. Asimismo, se observa que los puntajes de fiabilidad de los factores son aceptables.

La escala de manera general se caracterizó por obtener puntuaciones muy consistentes, tanto en Alpha como en Omega. Con respecto a la consistencia de los factores, se obtuvieron

índices Alpha de .776 en el factor de eustrés y .808 en el factor del distrés, los cuales presentan una elevada fiabilidad muy importante para la investigación.

Tabla 5

*Consistencia interna de la escala de estrés percibido para pacientes oncológicos*

	Ítems	$\alpha$	$\omega$
General	13	.855	.861
Eustrés	7	.776	.788
Distrés	6	.808	.821

$\alpha$  = Alpha de Cronbach,  $\omega$  = Omega de McDonal'd

La validez del instrumento se midió por medio de la Validez de Constructo. El valor del Kaiser- Meyer - Olkin fue de .690 y la prueba de esfericidad de Bartlett 221.814 con grado de libertad 78 y significancia .000. Asimismo, se verificó la validez de constructo mediante el análisis factorial empleando como métodos mínimos cuadrados no ponderados y rotación Varimax, el cual resultó satisfactorio al explicar los dos factores que explica 43,8 % de la varianza total observándose en la Tabla 6 que los ítems pueden presentar cargas importantes dentro de cada factor correspondiente.

Tabla 6

*Estructura factorial de la escala de estrés percibido para pacientes oncológicos*

Ítem	Eustrés	Distrés
Ítem 1		0.398
Ítem 2		0.418
Ítem 3		0.824
Ítem 4	0.391	
Ítem 5	0.728	
Ítem 6	0.735	
Ítem 7	0.618	
Ítem 8		0.505
Ítem 9	0.454	
Ítem 10	0.674	
Ítem 11		0.619
Ítem 12	0,501	
Ítem 13		0.578
Autovalor	3,45	2,24
%V.E	26,55	17,25
%V.E.A	26,55	43,79

En la Tabla 7 se muestra los baremos utilizados en la presente investigación para los niveles de estrés percibido.

Tabla 7

*Baremos de la escala de estrés percibido para pacientes oncológicos*

Percentil	Puntuación	Clasificación
P75	20 a 32	Alto
P50	14 a 19	Medio
P25	1 a 13	Bajo
N	41	
$\bar{X}$	19,8	
Mdn	19	
D.E.	6,2	

N = Muestra, Mdn = Mediana

### **3.5.3. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos**

Este cuestionario fue diseñado por González en el 2004 el cual recoge la información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas - cogniciones) que utilizan los pacientes cuando se encuentran en una situación de estrés producida por el diagnóstico de su enfermedad, así como las terapias u otras situaciones sociales y familiares que giran en torno a la enfermedad. Consta de 40 ítems que permiten medir siete dimensiones del constructo: dimensión enfrentamiento y lucha activa (ELA) con 9 ítems, la dimensión autocontrol y control emocional (ACE) con 7 ítems, la dimensión búsqueda de apoyo social (BAS) con 4 ítems, la dimensión ansiedad y preocupación ansiosa (APA) con 6 ítems, la dimensión pasividad y resignación pasiva (PRP) con 5 ítems, la dimensión huida y distanciamiento (HD) con 6 ítems y la dimensión negación (N) con 3 ítems, calificado mediante una escala tipo Likert de 4 preguntas.

González en el 2004 analizó la confiabilidad de la escala por medio del método de consistencia interna de alfa de Cronbach de las 7 dimensiones, las cuales fueron las siguientes:

ELA con un  $\alpha=.916$ , ACE con un  $\alpha=.900$ , BAS con un  $\alpha=.889$ , APA con un  $\alpha=.912$ , PRP con un  $\alpha=.883$ , HD con un  $\alpha=.905$  y N con un  $\alpha=.784$ . Asimismo, en la validez de constructo obtuvo los valores de las saturaciones factoriales situadas entre 0,64 y 0,87, por lo que son muy satisfactorios y permiten afirmar la estructura factorial del cuestionario CAEPO y la validez de las escalas.

El mismo autor, González (2004) reportó la evidencia de la consistencia interna en un grupo de 36 pacientes oncológicos, de los cuales pudo recabar los siguientes resultados: ELA con un  $\alpha=.657$ , ACE con un  $\alpha=.846$ , BAS con un  $\alpha=.731$ , APA con un  $\alpha=.874$ , PRP con un  $\alpha=.936$ , HD con un  $\alpha=.805$  y N con un  $\alpha=.735$ .

En la investigación de García-Conde (2014) realizó la exploración de la fiabilidad de acuerdo a las siete dimensiones, las cuales resultaron las siguientes: ELA con un  $\alpha=.824$ , ACE con un  $\alpha=.783$ , BAS con un  $\alpha=.567$ , APA con un  $\alpha=.736$ , PRP con un  $\alpha=.564$ , HD con un  $\alpha=.506$  y la dimensión de N con un  $\alpha=.208$ , las cuales corroboraron los resultados obtenidos por el autor.

En otro estudio, García-Conde et al. (2016) realizaron el análisis psicométrico de CAEPO por lo que redujeron 5 ítems y forzaron la solución a cuatro factores conforme al criterio de Cattell, por lo que se explicó el 43,47% de la varianza total. Después de la rotación ortogonal por el método varimax, definieron un primer factor con 17 ítems, ocho ítems de ELA (ítems: 1, 2, 13, 16, 17, 21, 24 y 39), seis ítems de ACE (ítems: 3, 7, 12, 19, 28 y 40), y tres ítems de BAS (ítems: 5, 10 y 33). Por el contenido se le denominó “Afrontamiento Activo”, la fiabilidad fue alta de  $\alpha = .90$ ). El segundo factor lo conformaron siete ítems de APA (ítems: 4, 14, 22 y 32), uno de BAS (ítem: 15), uno de N (ítem: 36) y uno de HD (ítem: 29). Por el contenido lo denominaron “Rumiación y Preocupación Ansiosa”, la fiabilidad fue alta ( $\alpha = .77$ ). El tercer factor está conformado por seis ítems, cuatro ítems de HD (ítems: 8, 9, 18 y 38) y dos de N (ítems: 20 y 27). Por su contenido lo denominaron “Evitación y Negación”, con un

$\alpha = 0,69$ . El cuarto factor está conformado por los cinco ítems originales de PRP (ítems: 11, 23, 34, 35 y 37). Por su contenido se le denominó “Pasividad y resignación” la fiabilidad fue alta ( $\alpha=.75$ ).

Asimismo, Huaman & Lupaca (2019) exploraron las propiedades psicométricas en población clínica de 99 pacientes oncológicos de un hospital de Lima y evidenció lo siguiente: ELA con un  $\alpha=.664$ , ACE con un  $\alpha=.767$ , BAS con un  $\alpha=.727$ , APA con un  $\alpha=.701$ , PRP con un  $\alpha=.658$ , HD con un  $\alpha=.612$  y la dimensión de N con un  $\alpha=.429$ , además de un Afrontamiento global con un  $\alpha=.853$ . Asimismo, mide los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson ( $r$ ) entre cada una de las dimensiones los cuales resultan significativos.

Por otro lado, las propiedades psicométricas fueron corroboradas en el estudio peruano de Díaz & Yaringaño (2010). La fiabilidad por medio de los coeficientes de consistencia interna de las escalas Alfa de Cronbach; presentando coeficientes de consistencia que van desde 0,427 hasta 0,683. La Validez de constructo mediante el análisis factoriales exploratorios por medio de componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser, lo cual determinó 7 factores o dimensiones en el CAEPO. Los valores de las saturaciones factoriales se sitúan entre 0,64 y 0,87.

La puntuación de los tipos de afrontamiento se presenta en la Tabla 8 de acuerdo con la elaboración de Gonzales (2004) la cual se refiere que la puntuación global de afrontamiento puede tener signo positivo o negativo, y la magnitud de ese valor puede oscilar entre  $-9$  y  $+9$ .

Tabla 8

Tipos de afrontamiento

Tipos de afrontamiento	Rango
Positivo	+ 3 a + 9
Preferentemente positivo	+ 1 a + 2
No definido	0
Preferentemente negativo	- 1 a - 2
Negativo	- 9 a - 3

Fuente: Gonzales (2004)

La fiabilidad global del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos y de sus factores se calculó a través del índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach para una muestra de 41 pacientes oncológicos. En la Tabla 9, se muestra la consistencia interna global del cuestionario (40 ítems) de la muestra de estudio que resultó .732 lo que indica una elevada fiabilidad, ya que supera el punto de corte igual a .70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. En el coeficiente de Omega de McDonal'd se obtuvo un valor de .787. Asimismo, se observa que algunos puntajes de fiabilidad son deficientes tales como el BAS con un  $\omega = .491$  y el N con un  $\omega = .019$ .

Tabla 9

*Consistencia interna del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*

Factores	Ítems	$\alpha$	$\omega$
Total	40	.732	.787
Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	9	.736	.790
Autocontrol y control emocional (ACE)	7	.771	.793
Búsqueda de apoyo social (BAS)	4	.418	.491
Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)	6	.682	.687
Pasividad y resignación pasiva (PRP)	5	.429	.509
Huída y distanciamiento (HD)	6	.609	.628
Negación (N)	3	-.257	.019

La medida Kaiser- Meyer -Olkin fue de .511 y la prueba de esfericidad de Bartlett 1115.054 con grado de libertad 780 y significancia .000. Asimismo, se verificó la validez de constructo mediante el análisis factorial empleando como métodos mínimos cuadrados no ponderados y rotación Varimax, el cual resultó satisfactorio al explicar los siete factores que explica 52,63 % de la varianza total, observándose en la Tabla 10 que los ítems pueden presentar cargas importantes dentro de cada factor correspondiente a excepción de 8 ítems; 3, 13, 22, 23, 26, 30, 33 y 36 menores a 0.3, con bajas cargas factoriales; .288, .209, -.204, -.257, .278, .277, -.247 y .210, respectivamente.

Tabla 10

*Estructura factorial del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*

Ítem	ELA	ACE	BAS	APA	PRP	HD	N
Ítem 1	0.378						
Ítem 2	0.301						
Ítem 3		0.288					
Ítem 4				0.216			
Ítem 5			-0.327				
Ítem 6				0.556			
Ítem 7		0.677					
Ítem 8						0.350	
Ítem 9						0.372	
Ítem 10			0.790				
Ítem 11					-0.330		
Ítem 12		0.327					
Ítem 13	0.209						
Ítem 14				0.302			
Ítem 15			0.488				
Ítem 16	0.495						
Ítem 17	0.682						
Ítem 18						0.657	
Ítem 19		0.445					
Ítem 20							0.396
Ítem 21	0.475						
Ítem 22				-0.204			
Ítem 23					-0.257		
Ítem 24	0.364						
Ítem 25		0.697					
Ítem 26				0.278			
Ítem 27							0.409
Ítem 28		0.563					
Ítem 29						0.655	
Ítem 30						0.277	
Ítem 31	0.484						
Ítem 32				0.752			
Ítem 33			-0.247				
Ítem 34					-0.546		
Ítem 35					0.550		
Ítem 36							0.468
Ítem 37					0.210		
Ítem 38						0.628	
Ítem 39	0.512						
Ítem 40		0.309					
Autovalor	4,58	3,74	3,04	2,96	2,29	2,27	2,18
%V.E	11,44	9,53	7,60	7,39	5,72	5,67	5,44
%V.E.A	11,44	20,79	28,40	35,79	41,51	47,18	52,63

Asimismo, se calculó la validez discriminativa por medio de las correlaciones entre las diferentes escalas y los modos de afrontamiento. En la Tabla 11 se observa que los factores de enfrentamiento y lucha activa (ELA), autocontrol y control emocional (ACE), búsqueda y apoyo social (BAS), correlacionan de manera directa y significativa con el modo de afrontamiento positivo al estrés y en el caso de las escalas ansiedad y preocupación ansiosa (APA), pasividad y resignación pasiva (PRP), huida y distanciamiento (HD) y negación (N), se observa que correlacionan de manera directa y significativa con el modo de afrontamiento negativo al estrés, resultados que coinciden con la propuesta del cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO). Cabe mencionar que negación (N) es el único factor que tiene una correlación baja y no es significativa.

Tabla 11

*Coefficiente de correlación de las escalas de Pearson y las estrategias positivas o negativas de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*

Factores	Estrategias positivas	Estrategias negativas
ELA	.902**	.046**
ACE	*.875***	-.076**
BAS	.502 **	.004**
APA	-.336**	.696**
PRP	.061**	.614**
HD	.276**	.797**
N	-.069**	.300*

\*\* P<0,01

### 3. 6. Procedimientos

El primer procedimiento fue revisar los instrumentos aplicados a la muestra seleccionada. La investigación se inició en julio del 2019 y el proceso de recolección de datos fue en los meses de octubre y noviembre del 2019 en una institución de salud estatal de La Victoria - Lima. Ambos cuestionarios se tomaron en un mismo momento y de manera individual, con un promedio de 40 a 50 minutos de duración por cada paciente oncológico.



El proceso de entrevista incluyó la explicación del tema de investigación, se indicó si el paciente estaba de acuerdo en participar en la misma haciéndole mención que al final se le entregará el resultado en forma verbal de ambos cuestionarios. Asimismo, se procedió con la lectura del consentimiento informado cuyo tenor es sobre la confidencialidad de la información y los derechos de los pacientes serán plenamente respetados, el cual se muestra en el anexo A.

Finalmente, se les comunicó que la información de cada participante será procesada a través de códigos, por lo cual no se mostrarán ninguna información que los identifique. Durante el proceso de entrevista se tomó en cuenta las pausas de los pacientes, avanzando al ritmo de ellos, iniciando con el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos y seguido de la escala de estrés percibido. Asimismo, en la devolución de los resultados se le brindó acompañamiento y soporte emocional a cada uno de los pacientes de acuerdo a cada caso.

### **3. 7. Análisis de Datos**

Después de haber recabado la información se procedió a la construcción de la base de datos y corrección de los 41 pares de cuestionarios, los mismo que se utilizaron en el análisis estadístico respectivo. El análisis estadístico se efectuó con el programa estadístico SPSS versión 24,0 para Windows para llevar a cabo los análisis psicométricos de los instrumentos, la confiabilidad y la validez.

Por otro lado, el análisis y descripción de la distribución de la muestra en función a las variables de estudio, estrés percibido y afrontamiento al estrés, a través de la estimación de tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos (medias, porcentajes, desviación estándar, entre otros). Asimismo, el análisis de la hipótesis planteada se efectuó por medio de la normalidad de Shapiro-Wilk por tratarse de una muestra menor a 50.

Para el análisis de la diferencia se utilizó pruebas paramétricas para la variable estrés percibido según sexo y frecuencia de compañía ( $t$  de Student), mientras que el ANOVA de un

factor en las demás características sociodemográficas. En los estadísticos no paramétricos para los análisis de las variables afrontamiento al estrés como sexo y frecuencia de compañía se utilizó el estadístico U de Mann Whitney; mientras que para las demás características sociodemográficas se utilizó Kruskal Wallis. Finalmente, para el análisis de la diferencia de medias de ambas variables se utilizó Kruskal Wallis.

## IV. Resultados

Teniendo en cuenta los objetivos descritos en el desarrollo del presente estudio, se procedió a la ejecución del análisis de datos, desde los cuales fue posible visualizar las tendencias, frecuencias y porcentajes de los niveles de estrés percibido y afrontamiento al estrés de los pacientes oncológicos, que participaron en el estudio.

### 4.1. Análisis Descriptivos

#### 4.1.1. Niveles de Estrés percibido

En la Tabla 12 se muestra la distribución de frecuencia en los niveles de Estrés percibido. Podemos observar que hay predominancia de nivel alto, el cual alcanzó un 46.3% de la muestra total de pacientes oncológicos.

Esto quiere decir que en la muestra obtenida de pacientes oncológicos se pueden apreciar altos niveles de estrés percibido, siendo esta cifra correspondiente a un total de 19 pacientes oncológicos.

Tabla 12

*Niveles de estrés percibido en pacientes oncológicos*

Niveles	$\bar{X}$	DE	f	%
Bajo	10.86	1.21	7	17,1
Medio	16.93	1.75	15	36,6
Alto	25.42	3.49	19	46,3
Total	41	100	41	100

*f* = frecuencia, % = porcentaje, *DE* = Desviación estándar

La Tabla 13 se muestra la distribución los estadísticos descriptivos de los niveles de Estrés percibido de acuerdo con el tipo de estrés. Podemos observar que hay predominancia del nivel medio de eustrés, el cual alcanzó un 78,1%, con una media de 17.97 y D.E. de 3.05, de la muestra total de pacientes oncológicos.

Mientras que el distrés tuvo una predominancia en el nivel bajo con un 39%, con una media de 7.00 y una D.E. de 1.63, de la muestra total de pacientes oncológicos.

Tabla 13

*Descriptivos de los niveles de estrés percibido de tipo eustrés y distrés en pacientes oncológicos*

Estrés percibido	Niveles	$\bar{X}$	DE	%
Eustrés	Bajo	-	-	-
	Medio	17.97	3.05	78,1
	Alto	23.78	0.76	21,9
	Total			100
Distrés	Bajo	7.00	1.63	39,0
	Medio	11.00	0.82	24,0
	Alto	15.47	1.92	37,0
	Total			100

En la Tabla 14 podemos apreciar que el estrés percibido en la mayoría de las mujeres de la muestra es más baja que en los varones, los cuales tienen una percepción de estrés con una relación opuesta. Asimismo, podemos apreciar niveles altos en las dos etapas de vida extremas, la adultez temprana y la ancianidad, que acumulan un 75% y 41.67%, respectivamente; con respecto a los casos de cáncer gástrico y cáncer ginecológico se observa con niveles de estrés percibido altos, mientras que las pacientes con cáncer de mama tienen un estrés percibido bajo. En relación con el tiempo de tratamiento, se observa que los pacientes cuyo tiempo de tratamiento es de 1 a 6 meses, poseen niveles altos y bajos de estrés percibido; es decir, este grupo de pacientes oncológicos se encuentran afectados por los cambios que vienen realizando en sus hábitos y rutinas diarias, en relación con los demás. Los pacientes que tienen una frecuencia de compañía “a veces” tienen mayores porcentajes altos de niveles de estrés percibido, mientras que los pacientes cuya compañía es “siempre” el nivel de estrés percibido es bajo. Por otro lado, los pacientes oncológicos que son acompañados por la pareja o la madre tienen un nivel alto de estrés percibido. Finalmente, los pacientes oncológicos que

tienen una percepción de salud regular, presentan niveles altos y bajos de estrés percibido; es decir, este grupo de la muestra se encuentran movilizados anímica y conductualmente.

Tabla 14

*Porcentaje de estrés percibido según características demográficas*

Características sociodemográficas	Bajo	Medio	Alto
<b>Sexo</b>			
Mujer	47,83	21,74	30,43
Hombre	27,78	27,78	44,44
<b>Edad</b>			
30 – 40 Adultez joven	0	25,00	75,00
41 – 50 Adultez intermedia	60,00	20,00	20,00
51 – 60 Adultez tardía	46,67	20,00	33,33
61 – 80 Ancianidad	25,00	33,33	41,67
<b>Tipos de Cáncer</b>			
Cáncer mama	50,00	12,50	37,50
Cáncer de estómago	22,22	22,22	55,56
Cáncer de colon	50,00	33,33	16,67
Cáncer ginecológico	20,00	20,00	60,00
Cáncer de páncreas	100,00	0	0
Cáncer abdominal	33,33	33,33	33,34
Otros	28,57	42,86	28,57
<b>Tiempo de tratamiento</b>			
1 a 6 meses	40,00	40,00	20,00
7 meses a 1 año	42,86	28,57	28,57
Más de 1 año	25,00	33,33	41,67
Más de 3 años	100,00	0	0
<b>Frecuencia de Compañía</b>			
Siempre	41,66	29,17	29,17
A veces	35,29	17,65	47,06
<b>Acompañante</b>			
Pareja	25,00	30,00	45,00
Hijo (a)	50,00	25,00	25,00
Hermano (a)	57,14	28,57	14,29
Mamá	40,00	0	60,00
Otros	100,00	0	0
<b>Percepción de Salud</b>			
Muy buena	60,00	20,00	20,00
Buena	37,50	37,50	25,00
Regular	36,84	15,79	47,37
Mala	0	0	100,00

#### 4.1.2. Análisis descriptivo de los Tipos de afrontamiento al estrés

En la Tabla 15 se muestra la distribución de frecuencia de los tipos de afrontamiento. Podemos observar que hay predominancia del afrontamiento positivo y del preferentemente positivo, el cual alcanzó un 26.8% y 48.8%, respectivamente de la muestra total de pacientes oncológicos pertenecientes a la muestra de estudio. La Tabla 15 podemos apreciar los tipos de afrontamiento observados en la muestra de investigación.

Tabla 15

*Tipos de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*

Afrontamiento	$\bar{X}$	DE	f	%
Positivo	3.7	1.3	11	26,8
Preferentemente positivo	1.6	0.5	20	48,8
No definido			3	7,3
Preferentemente negativo	-1.3	0.6	3	7,3
Negativo	-3.5	0.6	4	9,8
Total			41	100

La Tabla 16 muestra los estadísticos descriptivos de las dimensiones de Afrontamiento al estrés. Podemos observar que, de las escalas positivas, la dimensión BAS tiene una  $DE=2.52$  y  $CU=-.792$ , lo cual indica que la distribución de datos no es dispersa. Mientras que, de las escalas negativas, la dimensión PRP tiene una  $DE=3.18$  y  $CU=-.464$ , lo cual indica que la distribución de datos no es dispersa.

Tabla 16

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*

Dimensiones	$\bar{X}$	Mdn	DE	CU
ELA	22.3	24	4.03	-.030
ACE	16.4	17	4.03	.437
BAS	7.9	8	2.52	-.792
APA	6.9	7	3.79	.361
PRP	7.8	7	3.18	-.464
HD	9.4	9	3.91	-.552
N	3.0	3	1.59	1.561

CU = curtosis

En la Tabla 17 podemos apreciar que en ambos sexos hubo un mayor porcentaje de la muestra que tienen un afrontamiento preferentemente positivo; de los cuales, los varones tienen un porcentaje de 55.56%. En relación a la edad se puede observar que el adulto joven tiene un afrontamiento negativo con un 50%, mientras que en la ancianidad predomina el preferentemente positivo con un 58.33%. El tipo de afrontamiento preferentemente positivo es el que más predomina en la muestra de estudio según el tipo de cáncer. Por otro lado, en relación con el tiempo de tratamiento, se evidencia que el tipo de afrontamiento preferentemente positivo y positivo, mayoritario y más frecuente se encuentra en aquellos pacientes de 1 a 6 meses de tratamiento. Con respecto a la frecuencia de compañía “a veces” presenta un tipo de afrontamiento preferentemente positivo con un 58.33% y un afrontamiento positivo con un porcentaje de 41.18%. Asimismo, podemos apreciar el tipo de afrontamiento preferentemente positivo y positivo es el más utilizado por los pacientes oncológicos de la muestra quienes se encuentran acompañados por su pareja presentan un porcentaje de 45%, los que son acompañados por el hijo tienen un porcentaje de 50%, los que se encuentran acompañados por el hermano con un 71.43% y por la mamá de 40%. Finalmente, en la muestra el tipo de afrontamiento preferentemente positivo es el que mayor porcentaje con 56,25 % y 57,89 % tanto en aquellos pacientes que perciben su salud buena y regular, respectivamente.

Tabla 17

*Porcentaje de tipo de afrontamiento según características demográficas*

Características sociodemográficas	Negativo	Preferentemente Negativo	No definido	Preferentemente Positivo	Positivo
<b>Sexo</b>					
Mujer	8,70	13,04	4,35	43,48	30,43
Hombre	11,11	0	11,11	55,56	22,22
<b>Edad</b>					
30 – 40 Adultez joven	50,00	0	0	25,00	25,00
41 – 50 Adultez intermedia	10,00	0	0	40,00	50,00
51 – 60 Adultez tardía	6,67	6,67	13,33	53,33	20,00
61 – 80 Ancianidad	0	16,67	8,33	58,33	16,67
<b>Tipos de Cáncer</b>					
Cáncer mama	12,50	0	12,50	50,00	25,00
Cáncer de estómago	22,22	11,11	22,22	33,33	11,11
Cáncer de colon	0	16,67	0	66,67	16,67
Cáncer ginecológico	20,00	0	0	20,00	60,00
Cáncer de páncreas	0	0	0	33,33	66,67
Cáncer abdominal	0	0	0	66,67	33,33
Otros	0	14,29	0	71,43	14,29
<b>Tiempo de tratamiento</b>					
1 a 6 meses	10,00	5,00	10,00	40,00	35,00
7 meses a 1 año	28,57	14,29	0	57,14	0
Más de 1 año	0	8,33	8,33	66,67	16,67
Más de 3 años	0	0	0	0	100,00
<b>Frecuencia de Compañía</b>					
Siempre	17,65	5,88	0	35,29	41,18
A veces	4,17	8,33	12,50	58,33	16,67
<b>Acompañante</b>					
Pareja	10,00	5,00	5,00	45,00	35,00
Hijo (a)	0	25,00	12,50	50,00	12,50
Hermano (a)	0	0	0	71,43	28,57
Mamá	40,00	0	0	40,00	20,00
Otros	0	0	100,00	0	0
<b>Percepción de Salud</b>					
Muy buena	0	0	0	0	100,00
Buena	0	12,50	6,25	56,25	25,00
Regular	15,79	5,26	10,53	57,89	10,53
Mala	100,00	0	0	0	0



#### 4. 2. Análisis de diferencia de medias

En la Tabla 18 se evidencia los resultados de la prueba de bondad de ajuste Shapiro-Wilk (*S-W*) utilizada en casos en los que la muestra sea menor a 50 participantes. Ambas dimensiones de Estrés percibido presentan una distribución normal ( $p>0.05$ ), junto con las dimensiones BAS, APA, PRP y HD pertenecientes al Afrontamiento al estrés. Mientras que las otras dimensiones de ésta, no presentan una distribución normal ( $p<0.05$ ).

Tabla 18

*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio*

Instrumentos	Variables	$\bar{X}$	DE	S-W	P-valor
Escala de percepción global de estrés (EPGE-13)	Eustrés	19.24	3.64	0.957	.126
	Distrés	11.07	4.04	0.974	.453
Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)	Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	22.39	4.03	0.898	.001
	Autocontrol y control emocional (ACE)	16.39	4.04	0.891	.001
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	7.95	2.52	0.952	.085
	Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)	6.85	3.79	0.967	.270
	Pasividad y resignación pasiva (PRP)	7.76	3.18	0.950	.073
	Huida y distanciamiento (HD)	9.39	3.91	0.982	.763
	Negación (N)	3.02	1.59	0.933	.018

$\bar{X}$  = media, DE = Desviación estándar, S-W = Shapiro Wilk, P-valor = Valor de probabilidad

La Tabla 19 presenta los resultados de la comparación de medias entre las puntuaciones de estrés percibido y sus dos dimensiones en hombres y mujeres, análisis realizado a través del estadístico t de Student para muestras independientes, obteniéndose valores p mayores a 0.05, lo que evidencia que no existen diferencias significativas según sexo. Es decir, el sexo no ayuda

a predecir la percepción de estrés ni los niveles de estrés entre la muestra de pacientes oncológicos.

Tabla 19

*Comparación entre el estrés percibido y sus dimensiones según sexo*

Estrés percibido	Hombre (n = 18)		Mujer (n = 23)		<i>t</i>	<i>P-valor</i>
	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>		
Eustrés	19.22	3.32	19.26	3.95	0.033	.974
Distrés	12.00	4.49	10.34	3.59	-1.311	.197
Nivel de Percepción Global de Estrés	20.78	6.25	19.09	6.26	-0.859	.395

*t* = *t* de Student

En la Tabla 20 se presenta la comparación de medias entre las puntuaciones de estrés percibido y sus dos dimensiones de acuerdo a la frecuencia de compañía. Los valores *p* mayores a 0.05 evidencia que no existen diferencias significativas según frecuencia de compañía.

Tabla 20

*Comparación entre el estrés percibido y sus dimensiones según frecuencia de compañía*

Estrés percibido	A veces (n = 17)		Siempre (n = 24)		<i>t</i>	<i>P-valor</i>
	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>		
Eustrés	18.53	4.00	19.75	3.35	-1.306	.296
Distrés	12.00	4.32	10.42	3.79	1.245	.221
Nivel de Percepción Global de Estrés	21.47	6.65	18.67	5.78	1.438	.158

La Tabla 21 muestra la comparación de medias de la percepción de estrés y sus niveles de acuerdo a las características sociodemográficas. No se encontraron asociaciones significativas, es decir, que las características sociodemográficas no fueron predictoras de la percepción de estrés.

Tabla 21

*Comparación de afrontamiento al estrés según las características sociodemográficas.*

Características sociodemográficas	Eustrés		Distrés		Estrés percibido	
	<i>F</i>	<i>P-valor</i>	<i>F</i>	<i>P-valor</i>	<i>F</i>	<i>P-valor</i>
Edad	0.779	.546	1.175	.338	1.014	.413
Tipo de cáncer	1.376	.253	0.901	.506	1.614	.173
Tiempo de tratamiento	0.171	.915	2.013	.129	1.076	.371
Acompañante	0.883	.484	1.138	.354	0.939	.452
Percepción de Salud	1.026	.392	1.889	.148	2.170	.108

*F* = ANOVA de un factor

La Tabla 22 presenta los resultados de la comparación de medias entre las puntuaciones de afrontamiento al estrés y sus dimensiones en hombres y mujeres, análisis realizado a través del estadístico U de Mann Whitney para muestras independientes. Se evidencia que no existen diferencias significativas según sexo.

Tabla 22

*Comparación entre afrontamiento al estrés y sus dimensiones según sexo*

Afrontamiento al estrés	Hombre (n = 18)	Mujer (n = 23)	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P-valor</i>
	Rango promedio	Rango promedio			
ELA	19.67	22.04	183.000	-0.634	.526
ACE	18.53	22.93	162.500	-1.174	.240
BAS	23.78	18.83	157.000	-1.329	.184
APA	22.83	19.75	174.000	-0.871	.384
PRP	22.15	19.53	180.500	-0.701	.484
HD	22.03	20.20	188.500	-0.487	.626
N	18.78	22.74	183.000	-1.082	.279

*U*= U de Mann Whitney, *Z*= puntaje estándar

En la Tabla 23 se presenta la comparación de medias entre las puntuaciones de afrontamiento al estrés y sus dimensiones de acuerdo a la frecuencia de compañía. Los valores  $p < .05$  tales como ELA ( $p=.046$ ), PRP ( $p=.013$ ) y HD ( $p=.005$ ) evidencian que existen diferencias significativas según frecuencia de compañía. Eso quiere decir que los estilos de afrontamiento ELA, PRP y HD son variables predictoras de la frecuencia de compañía.

Tabla 23

*Comparación entre afrontamiento al estrés y sus dimensiones según frecuencia de compañía*

Afrontamiento al estrés	A veces (n = 17)	Siempre (n = 24)	U	Z	P-valor
	Rango promedio	Rango promedio			
ELA	16.59	24.13	129.000	-1.489	.046
ACE	17.71	23.33	148.000	-1.489	.137
BAS	19.91	21.77	185.500	-0.495	.620
APA	19.26	22.23	174.500	-0.785	.433
PRP	15.53	24.88	111.000	-2.477	.013
HD	14.82	25.38	99.000	-2.787	.005
N	21.35	20.75	198.000	-0.163	.870

La Tabla 24 muestra la comparación de medias del afrontamiento al estrés y sus niveles de acuerdo a las características sociodemográficas, por medio del estadístico Kruskal Wallis, debido a que dichas variables son no paramétricas. Se encontró diferencia significativa en la dimensión APA ( $p=.011$ ) el cual es  $p < .05$ .

Tabla 24

*Comparación de afrontamiento al estrés según las características sociodemográficas*

Dimensiones	Estadístico	Edad	Tipo de cáncer	Tiempo de tratamiento	Acompañante	Percepción de salud
ELA	$X^2$	5.882	3.809	3.849	4.577	6.043
	P-valor	.208	.703	.278	.334	.110
ACE	$X^2$	8.658	2.545	3.610	2.835	4.819
	P-valor	.070	.863	.307	.586	.186
BAS	$X^2$	1.682	1.317	6.258	3.632	3.067
	P-valor	.794	.971	.100	.458	.381
APA	$X^2$	6.709	7.914	4.382	2.655	11.225
	P-valor	.152	.244	.223	.617	.011
PRP	$X^2$	5.274	5.343	3.569	.394	0.814
	P-valor	.260	.501	.312	.983	.846
HD	$X^2$	3.378	6.101	1.670	4.730	4.721
	P-valor	.497	.412	.644	.316	.193
N	$X^2$	4.610	5.053	2.702	7.432	3.213
	P-valor	.330	.537	.440	.115	.360

$X^2$ = chi-cuadrado de Pearson

En la Tabla 25 se muestra la prueba de comparación entre el estrés percibido y los tipos de afrontamiento al estrés. Con una probabilidad de error de 3% el estrés percibido es distinto al tipo de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos; es decir, que hay diferencias significativas entre dichas variables por lo que el estrés percibido explica a los tipos de afrontamiento al estrés.

Tabla 25

*Prueba de Kruskal Wallis entre el Estrés percibido y los Tipos de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*

	Valor
Chi – cuadrado de Pearson	10.732
gl	4
Significación asintótica	.030

## V. Discusión de resultados

El objetivo de la investigación fue determinar las diferencias significativas en los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima. Para ello, se hallaron las propiedades psicométricas de la Escala de Percepción Global del Estrés (EPGE) adaptada por Guzmán-Yacaman y Reyes-Bossio y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) diseñado por González, para que después se puedan identificar los niveles de estrés percibido y los niveles de afrontamiento al estrés. Con ello se buscó describir las características de los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima. Se realizará el análisis de los hallazgos encontrados.

En referencia al primer objetivo específico, la confiabilidad de los instrumentos se halló a través del Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) y el Omega de McDonald ( $\omega$ ). Para el EPGE-13 se obtuvo un valor  $\alpha=.855$  y el  $\omega=.861$  y, en las dimensiones se halló un  $\alpha=.776$  en el factor de eustrés y un  $\alpha=.808$  en el factor de distrés. Los resultados de la escala general son semejantes a los encontrados por Becerra (2013) donde se obtuvo un  $\alpha=.84$  y, con respecto a las dimensiones fueron semejantes a los encontrados por Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio (2018) que el factor de eustrés fue de  $\alpha=.799$ , mientras que para el factor de distrés fue de  $\alpha=.770$ . De esta manera, el instrumento muestra una elevada consistencia interna, lo que permite afirmar que es confiable.

En el caso del segundo instrumento, CAEPO, se obtuvo valores de consistencia de acuerdo a sus dimensiones ELA con un  $\alpha=.736$ , ACE con un  $\alpha=.771$ , BAS con un  $\alpha=.418$ , APA con un  $\alpha=.682$ , PRP con un  $\alpha=.429$ , HD con un  $\alpha=.609$  y la dimensión de N con un  $\alpha=-.257$ . Los resultados fueron similares a lo obtenido por González (2004) que evaluó a 36 pacientes oncológicos de los cuales obtuvo los siguientes resultados ELA con un  $\alpha=.657$ , ACE con un  $\alpha=.846$ , BAS con un  $\alpha=.731$ , APA con un  $\alpha=.874$ , PRP con un  $\alpha=.936$ , HD con un  $\alpha=.805$  y N

con un  $\alpha=.735$ . Al realizar la comparación podemos observar una consistencia deficiente en la dimensión BAS, PRP y N, siendo este último el más bajo y negativo. De acuerdo con García-Conde (2014) obtuvo puntajes similares en una muestra de 250 pacientes oncológicos de Valencia, ELA con un  $\alpha=.824$ , ACE con un  $\alpha=.783$ , BAS con un  $\alpha=.567$ , APA con un  $\alpha=.736$ , PRP con un  $\alpha=.564$ , HD con un  $\alpha=.506$  y la dimensión de N con un  $\alpha=.208$ . Estos índices de fiabilidad nos indican que los análisis de las estrategias de afrontamiento de BAS, PRP y N deben ser tomados con cautela por haber resultado valores bajos. De esta forma, el instrumento muestra una adecuada consistencia interna, solo en cuatro de los siete factores, lo cual podría deberse a la poca cantidad de personas evaluadas.

En lo referente al segundo objetivo específico, la validez de constructo de los instrumentos de acuerdo con la muestra de estudio, resultó que en el caso del primer instrumento se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio realizado a los 13 reactivos de la EPGE-13 presentando un valor del KMO de .690 y la prueba de esfericidad de Bartlett 221.814 con grado de libertad 78 y significancia .000.; por lo que resultó satisfactorio al explicar los dos factores que explica 43,8 % de la varianza.

En cuanto al segundo instrumento CAEPO se llevó a cabo la validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio de los reactivos obteniendo un valor de KMO de .511 y la prueba de esfericidad de Bartlett 1115.054 con grado de libertad 780 y significancia .000. Asimismo, se verificó la validez de constructo mediante el análisis factorial empleando como métodos mínimos cuadrados no ponderados y rotación Varimax, el cual resultó satisfactorio al explicar los siete factores que explica 52,63 % de la varianza total. Se incluyó la prueba de validez discriminativa por medio de las correlaciones entre las diferentes escalas y los modos de afrontamiento; por lo que ELA, ACE y BAS correlacionan de manera directa y significativa con el modo de Afrontamiento Positivo al Estrés. Mientras que APA, PRP, HD y N correlacionan de manera directa y significativa con el modo de Afrontamiento Negativo al

Estrés, tal como lo mencionó Gonzáles (2004). Además, se realizó la Validez de contenido por medio del Coeficiente de Validez de Contenido de Hernandez-Nieto (CVC) por lo que se obtuvo puntajes  $>.80$ , lo cual indica Adecuada validez de contenido del instrumento CAEPO.

En relación a las características del estrés percibido en los pacientes oncológicos de una institución de salud de Lima, el tercer objetivo específico fue describir los niveles de estrés percibido en la muestra. Los resultados obtenidos evidencian que el nivel es alto del estrés percibido con un porcentaje de 46.3% de la muestra ( $\bar{X}=25.42$ ,  $DE=3.49$ ). Lo cual no contradice a la literatura, ya que las personas con diagnósticos oncológicos tienden a ser más sensibles a sufrir estrés por el hecho de tener cáncer por lo que sus niveles séricos de cortisol aumentan (Choi et al., 2022 y Herrera-Covarrubias et al., 2017). Lo mismo que corrobora Gutiérrez y Negrín (2022) en su investigación de estrés percibido (EEP-10) durante el aislamiento social por COVID-19, con una puntuación global de estrés percibido ( $\bar{X}=21.5$ ,  $DE=5.6$ ), el 28,1% refiere un nivel de estrés bajo; el 32,8%, un nivel de estrés medio; el 27,3%, un nivel alto, y el 11,7%, un nivel de estrés muy alto. Por lo anteriormente dicho, podemos decir que los niveles de estrés se elevan en diversos tipos de enfermedades, tal como sucede en la muestra de estudio con los pacientes oncológicos, no solo porque su vida está atravesando un riesgo inminente de pérdida, sino porque cada paciente observa lo que a su alrededor dejaría (hijos, esposos, madres, padres, etc.).

Por otro lado, se tienen los resultados relacionados con el nivel del control de estrés, tenemos al eustrés y al distrés, obteniendo un nivel medio de eustrés con un porcentaje de 78,1% ( $\bar{X}=17.97$ ,  $DE=3.05$ ) lo cual hace referencia al éxito de control en el manejo del estrés. Dicho resultado contradice lo encontrado por Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio (2018), ya que evidenciaron un nivel alto en el estrés positivo con un 18.1% ( $n=60$ ), esta diferencia se puede deber al tipo de población, ya que los investigadores Guzmán-Yacaman y Reyes-Bossio



tuvieron una muestra no clínica de estudiantes oscilan entre los 16 y 25 años, lo cual indicaría un mejor manejo de estrés a diferencia de los pacientes clínicos.

Asimismo, se obtuvo un nivel bajo de distrés con un porcentaje de 39,0% ( $\bar{X}=7.0$ , D.E.=1.63) el cual hace referencia que algunos pacientes han perdido el manejo de estrés por lo que Gutiérrez & Negrín (2022) han obtenido resultados similares a los encontrados en esta investigación, reportando un nivel bajo predominante en el factor distrés con un porcentaje de 31,3% ( $\bar{X}=14.9$ , D.T.=4.4) en comparación con los otros niveles de distrés. Esto puede deberse a que la muestra a pesar de ser conformada por jóvenes cuya edad promedio fue 19.4, la afectación mórbida podría deberse a la exposición del confinamiento durante la COVID-19, que generó incertidumbre y pánico debido a los continuos fallecimientos, lo mismo que se estaría generando para la muestra de pacientes oncológicos.

En referente con el cuarto objetivo específico se pretendió describir el comportamiento de las estrategias de afrontamiento en la muestra de pacientes oncológicos. En los resultados obtenidos se encontró que el tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo fue el que predominó con un 48,8% ( $\bar{X}=1.6$ ,  $DE=0.5$ ) seguido del tipo de afrontamiento positivo con un 26,8% ( $\bar{X}=3.7$ ,  $DE=1.3$ ) lo que significa que a nivel cognitivo los pacientes adoptan un papel activo y colaborador de lucha contra la enfermedad. Estos resultados son parecidos a los obtenidos por Huaman & Lupaca (2019) cuyos resultados predominantes fueron en relación al tipo de afrontamiento positivo con un 46,5%. Ello indica que, en la muestra han tenido una mejor predisposición hacia no perder el control y manejo del estrés, a pesar lo difícil que suele ser la enfermedad oncológica.

El quinto objetivo específico pretendió describir el comportamiento del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en relación con las características sociodemográficas de los participantes. Los resultados obtenidos evidencian que las mujeres tienen un nivel bajo de estrés percibido en comparación con los hombres, lo cual es corroborado con la investigación

de Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio (2018), ya que las mujeres muestran un eustrés de 28,3% y los hombres de 71,7%. Lo descrito en el comportamiento de la muestra de pacientes oncológicos contradice lo encontrado por la investigación de Huamani & Paredes (2018), ya que las investigadoras encontraron diferencias significativas tanto en estrés positivo como el estrés negativo y sexo, siendo las mujeres quienes reportan más estrés negativo que los hombres. Lo encontrado en la muestra de estudio contradice lo comúnmente afirmado acerca de que las mujeres presentan mayores niveles de estrés en comparación con los varones, este comportamiento puede deberse a que la mayoría de la población de mujeres son trabajadoras independientes y han podido manejar diferentes niveles de estrés en sus centros de trabajo. Asimismo, no se han encontrado diferencias significativas en la asociación de la percepción de estrés y las variables sociodemográficas.

Además, con respecto al tipo de afrontamiento al estrés y las características sociodemográficas, en referencia al sexo, ambos tienen mayores porcentajes del tipo de afrontamiento preferentemente positivo. También se encontraron que existen diferencias significativas en el afrontamiento al estrés ELA ( $p=.046$ ), PRP ( $p=.013$ ) y HD ( $p=.005$ ) y la frecuencia de compañía, lo cual se explica mejor con la dimensión ELA y los valores obtenidos en los descriptivos estadísticos. La frecuencia de compañía nos ayuda a predecir el afrontamiento al estrés entre los factores mencionados en la muestra de pacientes oncológicos. Por otro lado, también se encontró diferencias significativas entre el afrontamiento APA ( $p=.011$ ) y la percepción de salud. Dicha información no se puede corroborar, ya que no se encontraron investigaciones relacionadas con dichos factores del CAEPO.

Finalmente, se realizó el análisis de la prueba de Kruskal Wallis entre el estrés percibido y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos resultando, con una probabilidad de error de 3%, que el estrés percibido es distinto al tipo de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos; es decir, el estrés percibido explica a los tipos de afrontamiento al estrés, por lo

que sí hay diferencias significativas. Esto quiere decir, que se pueden realizar análisis de tipo correlacional entre dichas variables, pero con una variable independiente como los datos sociodemográficos, denominado modelo de ecuaciones estructurales. Dicha información es corroborada por las investigaciones de Ibarra (2022) quien pudo correlacionar dichas variables en su investigación, así como Huamani & Paredes (2018) y Juárez et al. (2016).

## VI. Conclusiones

1. Los instrumentos utilizados demostraron confiabilidad y validez para el análisis de estrés percibido y tipos de afrontamiento al estrés.
2. La muestra evidencia un nivel de estrés percibido alto con un porcentaje de 46.3% de la muestra ( $\bar{X}=25.42$ ,  $DE=3.49$ ).
3. El eustrés o estrés positivo que se obtuvo en la muestra evidenció un nivel medio con un porcentaje de 78,1% ( $\bar{X}=17.97$ , D.E.=3.05) lo cual hace referencia a la pérdida de control en el manejo del estrés. En cuanto al distrés o estrés negativo que se obtuvo en la muestra fue un nivel bajo con un porcentaje de 39,0% ( $\bar{X}=7.0$ ,  $DE=1.63$ ).
4. El tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo fue el que predominó con un 48,8% ( $\bar{X}=1.6$ ,  $DE=0.5$ ) seguido del tipo de afrontamiento positivo con un 26,8% ( $\bar{X}=3.7$ ,  $DE=1.3$ ).
5. Las mujeres tienen un nivel bajo de estrés percibido en comparación con los hombres. En cuanto al estrés y las características sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas. El tipo de afrontamiento al estrés y las características sociodemográficas, en referencia al sexo, ambos tienen mayores porcentajes del tipo de afrontamiento preferentemente positivo.
6. Existen diferencias significativas entre el estilo de afrontamiento al estrés ELA ( $p=.046$ ), PRP ( $p=.013$ ) y HD ( $p=.005$ ) con la frecuencia de compañía; por lo que, estos tres estilos de afrontamiento y la frecuencia de compañía nos ayudan a explicar adecuadamente en la muestra de pacientes oncológicos; además, se encontró diferencias significativas entre el afrontamiento APA ( $p=.011$ ) y la percepción de salud. Sin embargo, dichos resultados no pueden ser corroborados porque no hay investigaciones previas que hayan realizado dichos análisis.

## VII. Recomendaciones

1. Es factible la realización de investigaciones sobre el estrés percibido y afrontamiento al estrés en muestras de mayor cantidad de pacientes, con características similares a las abordadas en el estudio.
2. Es importante la evaluación del estrés percibido en las instituciones de salud cuya especialidad sea del tratamiento de pacientes oncológicos, debido a que ayudaría durante la intervención especializada e individual de cada caso.
3. El cuestionario de afrontamiento al estrés, CAEPO, no es muy utilizado en nuestro país a pesar de que es un cuestionario psicológico específico para pacientes con diagnóstico oncológico. Es necesario más estudios y con muestras más grandes.
4. El paciente oncológico tiene un proceso variado de afectaciones psicológicas en el que el estrés es uno de los factores que aumenta o disminuye el pronóstico de la enfermedad, por ese motivo es importante, que se desarrolle programas de intervención en los que se tengan en cuenta los niveles de estrés percibido por los pacientes oncológicos, de esa manera se lograrán mejores resultados en el programa de intervención.
5. El estilo de afrontamiento es un indicador unido al estrés percibido que brinda las características en las que cada paciente promueve sus factores protectores. Es importante que se tome en cuenta este constructo desde el diagnóstico de cáncer como en todo el proceso de tratamiento; además, de que se realicen evaluaciones periódicas, cada 06 meses de tratamiento.
6. Es importante el trabajo multidisciplinario de apoyo de los profesionales que intervienen en los casos de diagnóstico y tratamiento de cáncer, así como el brindar soporte a la familia, mediante la evaluación de percepción de estrés y los tipos de afrontamiento, ya que, ellos llevan un proceso similar de asimilación y acomodación a este proceso nuevo.

## VIII. Referencias

- Aranguren, L.V., Burbano, J.H., González, J.D., Mojica, A.M., Plazas, D.J., & Prieto, B. M. (2017). Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2), 129 – 143. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt>
- Bentin, J. (2018). *Estrés Percibido y Actividad Física en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de tesis – PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/12693>
- Cabrera, Y., López, E.J., López, E. & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Casciato, D. (2013). *Comunicación con los enfermos de cáncer y sus familias. Manual de oncología clínica*. (7.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer Health
- Choi, W., Kang, H-J., Kim, J-W., Kim, H-K., Kang, H-C., Lee, J-Y., Kim, S-W., Stewart, R. & Kim, J-M. (2022). Associations of serum cortisol levels, stress perception, and stressful events with suicidal behaviors in patients with depressive disorders. [Asociaciones de niveles séricos de cortisol, percepción de estrés y eventos estresantes con conductas suicidas en pacientes con trastornos depresivos]. *Journal of Affect Disorders*, 297, 602–609. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.054>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. [Una medida global de estrés percibido]. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cruzado, Juan. (2013). *Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Editorial Pirámide

- Dewe, P., & Cooper, C. L. (2004). *Stress: A Brief History*. [Estrés: Una breve historia]. Blackwell.
- Díaz, G., & Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(1), 69-86. [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v13\\_n1/pdf/a04.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n1/pdf/a04.pdf)
- Dornelles, C., Santos da Silva, P., Brinckmann, C., Goldim, J., & Ashton-Polla, P. (2015). Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(1), 90-7. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0185.2529>
- Durá, E., & Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de Investigación e intervención profesional. *Revista de Psicología, Saúde & Doenças*, 1(1), 27-43. <https://www.sp-ps.pt/site/jr/1>
- García-Conde, A., (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos*. [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. Repositorio de tesis - UV. <http://hdl.handle.net/10550/37194>
- García-Conde, A., Miaja, M., Romero, R., Ibañez, E., & Soriano, J. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Revista Interdisciplinar Psicooncología*, 13(2-3), 271-284. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54436>
- González, M. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)*. TEA ediciones
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. [Estructura Factorial de la escala de estrés percibido (PSS) en una muestra de México]. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1138741600006466>

- Granados, G., & Gonzales, N. (2016). *Asociación entre tipos caracterológicos de personalidad y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de un hospital de Chiclayo, agosto 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Juan Mejía]. Repositorio - UMB Institucional. [www.repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/77](http://www.repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/77)
- Guzmán-Yacaman, J., & Reyes-Bossio, M. (2018). Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología de la Universidad de Ciencias Aplicadas (UPC)*, 36(2), 719-750. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201802.012>
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill Co.
- Herrera-Covarrubias, D., Coria-Avila, G., Muñoz-Zavaleta, D., Graillet-Mora, O., Aranda-Abreu, G., Rojas-Durán, F., Hernández, M., & Nafissa, I. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista Electrónica Eneurobiología*, 8(17). <https://eneurobiologia.uv.mx/index.php/eneurobiologia/article/view/2523>
- Huamán, L.E. & Lupaca, D.E. (2019). *Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de tesis - UPEU. [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1722/Laura\\_Tesis\\_Licenciatura\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1722/Laura_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Huamán, J., & Paredes, A. (2018). *Estrés y estrategias de afrontamiento: Estudio en familiares de pacientes con cáncer en la ciudad de Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio de tesis - UPC. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/625147>
- Ibarra, N. (2022). *El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana*. [Tesis



de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de tesis - URP.  
[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4618/M-PSIC-T030\\_45742036\\_M%20%20%20IBARRA%20SANTOS%20NORMA%20ELEANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4618/M-PSIC-T030_45742036_M%20%20%20IBARRA%20SANTOS%20NORMA%20ELEANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). *Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2000 – 2019 (ambos sexos)*. Ministerios de Salud. INEN - Portal Transparencia estándar. <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>

Instituto Nacional del Cáncer (Julio, 2019). *Tipos de cáncer*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos>

Instituto Nacional del Cáncer (Mayo, 2023). *Cancer Stat Facts: Colorectal Cancer*. [Datos estadísticos sobre el cáncer: cáncer colorrectal]. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, End Results Program. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>

Jaureguizar, J., & Espina, A. (2012). Un programa de intervención en la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. *Revista de Enfermedad Física Crónica y Familia*. [www.centrodepsicoterapia.es/pdf/7enfermedad%20cronica%20y%20familia.pdf](http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/7enfermedad%20cronica%20y%20familia.pdf)

Juárez, D., Landeo, R., Gonzales, M., & Jaime, L. (2016). Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 103-112. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.6>.

- Gutiérrez Ruiz, K. & Negrín Pérez, I. (2022). Estrés Percibido durante el Aislamiento Social por COVID-19 y su Impacto Cognitivo en Jóvenes Universitarios. *Anuario De Psicología*, 52(2) <https://doi.org/10.1344/ANPSIC2022.52/2.34153>
- Klinger, J. C., Herrera, J.A., Díaz, M. L., Jhann, A. A., Ávila, G. I., & Tobar, C. I. (2005). La Psiconeuroinmunología en el proceso de salud enfermedad. *Revista Colomb Med*, 36(2), 120-129. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/342/346>
- Lancho, M. (2018). *Afrontamiento y autoeficacia en mujeres con displasia cervical en Lima*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de tesis – PUCP. [www.tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/11996](http://www.tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/11996)
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martinez Roca
- Livia, J. & Ortiz, M. (2014). *Construcción de pruebas psicométricas: Aplicación a las ciencias sociales y de la salud*. Editorial Universitaria
- López, D. (2001). *Epidemiología del Siglo XX I-Estrés. Cómo entenderlo, entenderse y Vencerlo*. Grupo Editorial Lumen
- Lostanau, V., Torrejón, C., & Cassaretto, M. (2017). Stress, Coping And Health-Related Quality Of Life In Breast Cancer Women. [Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama]. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90. <https://doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>
- Melgosa, J. (1997). *¡Sin estrés!*. Safeliz S.A.
- Ministerio de Salud Argentina. (2014). *Manual de Enfermería Oncológica*. Instituto Nacional del Cáncer. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-enfermeria-oncologica>
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la Célula: Impacto del Estrés en Psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista Liberabit*, 15(2), 143-152.

[http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE\\_15\\_2\\_de-la-mente-a-la-celula-impacto-del-estres-en-psiconeuroinmunoendocrinologia.pdf](http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_15_2_de-la-mente-a-la-celula-impacto-del-estres-en-psiconeuroinmunoendocrinologia.pdf)

Moysén, A., Garay, J., Gurrola, M., Esteban, J., & Balcázar, P. (2012). Acontecimientos Productores de Estrés y Manejo en Pacientes con Cáncer. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 63-70.

<https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/220/479>

Nelson, D., & Cox, M. (2006). *Lehninger. Principios de Bioquímica*. Ediciones Omega, S.A.

Organización Mundial de la Salud. (2 de febrero de 2022). *Cáncer*. [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer)

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Programa cáncer*. [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es)

Pereira, M. (2009). Una Revisión Teórica sobre el Estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito Educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i2.511>

Pérez, P., Gonzales, A., Mieles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. <https://doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase>

Pillaca, H. (2013). *Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de tesis - UNMSM. [www.ybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3441/Pillaca\\_gh.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.ybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3441/Pillaca_gh.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Pearson Educación, S.A

- Porth, C. (2015). *Estrés y Adaptación. Fundamentos de fisiopatología. Alteraciones de la salud. Conceptos básicos*. (4.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer Health.
- Puente, A. (2014). *Psicología Contemporánea básica y aplicada*. Editorial Pirámide
- Ramos, W. & Guerrero, N. (2020). *Análisis de la Situación del cáncer en el Perú, 2018*. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud (octubre, 2020). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5158.pdf>
- Ramos, V., Caudillo, L., De la Roca, J., Hernández, M., Barbosa, G., & García, M. (2020). Relación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global*, 19(60), 196-219. <https://doi.org/10.6018/eglobal.410951>
- Ray O. (2004). The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: a new paradigm for understanding health and treating illness. [La revolucionaria ciencia de la salud de la psiconeuroinmunología: un nuevo paradigma para comprender la salud y tratar la enfermedad]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 35–51. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.004>
- Revilla, L. (2022). *Importancia de los registros de cáncer para la prevención y control de este problema de salud*. (Boletín Epidemiológico del Perú S.E 04-2022). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20214\\_16\\_203924.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20214_16_203924.pdf)
- Rodríguez, J., Guerrero, L., Esperón, R., Linchenat, A., Silveira, J., Díaz, I., Aguilar, F., Bosque, O., & Montero, J. (2009). Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. *Revista Cubana*, 48(1). <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=68778>

- Rojas, D., & Fernández, L. (2015). ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias Clínicas de la metáfora bélica en oncología. *Revista médica de Chile*, 143(3), 352-357.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300010>
- Rozman, C., & Cardellach, F. (2020). Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. (19.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Perú*, 30(1).  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-671706>
- Sánchez, M., Figueroa, C., Cacho, B., & Robles, R. (2016). Relación entre síntomas autonómicos con niveles de ansiedad y depresión en mujeres con Cáncer de mama. *Revista En-claves del Pensamiento*, 10(19), 145-162.  
<https://www.enclavesdelpensamiento.mx/index.php/enclaves/article/view/228>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.  
<http://aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%EF%BF%BDol&id=65>
- Schneider, J., Pizzinato, A., & Calderón, M. (2015). Mujeres con Cáncer de mama: Apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología de Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur*, 33(2), 439-467.  
[www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13051](http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13051)
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2017). *Brunner y Suddarth: Enfermería medicoquirúrgica*. (12.<sup>a</sup> ed. actualizada). Wolters Kluwer Health.
- Sociedad Española de Oncología Médica (2006). *Libro Blanco de la Oncología Médica en España*. Dispublic, S. L.  
[https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/planif\\_oncologica\\_espana/libroblanco.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/planif_oncologica_espana/libroblanco.pdf)
- Soerjomataram, I. & Bray, F. (2021). Planning for tomorrow: global cancer incidence and the roles of prevention 2020-2070. [Planificación para el mañana: incidencia global del

cáncer y el papel de la prevención 2020-2070]. *Nat Rev Clin Oncol*, 18(10), 663-672.

<https://doi.org/10.1038/s41571-021-00514-z>

Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. [El legado de Hans Selye y los orígenes de la investigación sobre el estrés: una retrospectiva 75 años después de su histórica breve "Carta" al editor de Nature. Estrés] *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 15(5), 472–478.  
<https://doi.org/10.3109/10253890.2012.710919>

## IX. Anexos

### Anexo A

#### **Consentimiento Informado para participantes de investigación**

Usted está siendo invitado a participar en una investigación sobre temas asociados al campo de la psicología de la salud. Esta investigación es realizada por la Bach. Yenny Aguilar, bajo la supervisión del Dr. Julio Inga, profesor del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y pruebas relacionadas con los temas arriba mencionados. Los derechos con los que cuenta incluyen:

**Anonimato:** todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificarlo individualmente.

**Integridad:** ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial.

**Participación voluntaria:** tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído y de lo explicado de forma verbal:

¿Desea participar en la investigación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Ficha de datos

#### I. Datos personales

1. Sexo: Hombre  Mujer  2. Edad: \_\_\_\_\_ 3. Instrucción: \_\_\_\_\_
4. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ En caso de nacer en provincia, tiempo de residencia en Lima en años: \_\_\_\_\_
5. Estado civil (marque una opción):
- a. Soltero(a)
  - b. Casado(a).....
  - c. Divorciado(a)
  - d. Conviviente
6. ¿Usted trabaja actualmente? SI NO Si su respuesta es SI, indique el número de horas promedio por semana que trabaja: \_\_\_\_\_ y el tipo de actividad u oficio que realiza:  
\_\_\_\_\_
7. ¿Con quién (es) vive? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### II. Datos sobre salud

1. En su caso, ¿ha presentado en el ÚLTIMO AÑO algún tipo de enfermedad física y/o mental?  
SI NO  Si su  puesta es SI, marque cuál:
- Dolores de espalda y cabeza
  - Molestias estomacales
  - Tensión en el cuello y/o espalda
  - Migraña
  - Enfermedades respiratorias
  - Hipertensión
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Insomnio
  -



- Tumores/Quistes

- Otros (indique cuál): \_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo de cáncer tiene? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es el estadio de la enfermedad?

Estadio 0

Estadio I

Estadio II

No sabe

4. ¿Cuál es el tiempo de tratamiento que viene llevando?

1 a 6 meses

7 meses a 1 año

más de 1 año

más de 3 años

5. Cuando acude al hospital, es acompañado por algún familiar: (marca UNA de las siguientes opciones acerca de la FRECUENCIA)

Nunca

A veces

Siempre

1 vez a la semana

1 vez al mes

6. ¿Quién le acompaña al hospital con más frecuencia? (marca UNA de las siguientes opciones)

Pareja

Hermana(o)

Mamá

Hija(o)

Otros

8. En general, diría que su salud es: (marca UNA de las siguientes opciones)

- Excelente

- Muy Buena

- Buena

- Regular

- Mala

## Anexo C

### **Ficha Técnica de la Escala de estrés percibido**

Nombre	: Escala de Percepción Global del Estrés (EPGE)
Autores	: Cohen, Kamarck y Mermelstein
Procedencia	: Estados Unidos
Año	: 1983
Adaptación	: Guzmán-Yacamán y Reyes-Bossio (2018)
Aplicación	: Individual y colectiva
Población	: 13 años en adelante
Nº de ítems	: 13 ítems
Finalidad	: Evaluación del grado en el que ciertas situaciones que se perciben como estresantes puedan generar la aparición de sentimientos y pensamientos que afectan la vida de cada individuo, durante el último mes.
Materiales	: Manual, protocolo de aplicación, lapicero y plantilla de corrección.
Ámbito de aplicación	: Clínico y educativo

## Anexo D

### **Ficha Técnica del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos**

Nombre	: Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)
Autor	: González, M.
Procedencia	: Madrid
Año	: 2004
Adaptación	: Diaz & Yaringaño (2010)
Aplicación	: Individual
Población	: Adultos que padezcan cáncer u otra enfermedad orgánica con diferentes grados de gravedad o cronicidad.
Nº de ítems	: 40 ítems
Finalidad	: Evaluación de afrontamiento al estrés mediante siete dimensiones o escalas.
Materiales	: Manual y ejemplar autocorregible
Ámbito de aplicación	: Clínico

Anexo E

Validez de contenido - Adecuación léxica

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	M <sub>x</sub>	CVC <sub>i</sub>	P <sub>ci</sub>	CVC <sub>i</sub>
Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver televisión u otras cosas.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Estoy dispuesto a plantarle cara a esa situación, aunque este preocupado o nervioso.	16	20	16	16	3,40	,85	,0039	,8461
Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	16	20	16	20	3,60	,90	,0039	,8961
Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	16	20	20	20	3,80	,95	,0039	,9461
He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	16	20	20	20	3,80	,95	,0039	,9461
Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familiar, amigos, etc.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en mi vida.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	16	20	16	20	3,60	,90	,0039	,8961
Intento compartir mis emociones con algunas personas.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	16	20	20	16	3,60	,90	,0039	,8961
Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Procuro controlar mis emociones.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Intento mostrarme sereno y animado.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso constantemente lo que sería de mi vida si no hubiera enfermado.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	16	20	20	20	3,80	,95	,0039	,9461
Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961
Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	20	20	20	20	4,00	1,00	,0039	,9961

