

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Psicología Clínica y de la
Salud

El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de
enfrentamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

Autor: Bach. Ibarra Santos Norma

Asesor: Mg. Okumura Clark Álvaro

LIMA-PERÚ

2022

PÁGINA DEL JURADO

Dr. Pando Fernandez, Liliana

Presidente

Dr. Díaz Gervasi, Giovani Martin

Jurado

Mg. Sánchez Carreño, Katherine Lissette

Jurado

DEDICATORIA

A Dios, por darme la fortaleza día a día e inspirarme en las actividades que me proponga.

A mis padres y hermanas que estuvieron en todo momento motivándome para seguir mejorando a nivel personal y profesional.

A los profesionales de salud y pacientes del Hospital Cayetano Heredia del departamento de ADI - oncológica, quiénes me han brindado todo el apoyo para llevar a cabo la investigación.

AGRADECIMIENTO

A cada uno de los pacientes oncológicos de Lima Metropolitana y familiares, quienes de forma voluntaria decidieron participar en la investigación.

A la Dra. Nadia y Psi. Antonio Ranjel, por todo su apoyo incondicional en este proceso de investigación, sus palabras de aliento y su predisposición.

A la Dra. Liliana Pando Fernández, por su disposición y gestión para el término de la investigación.

Al Mg. Alvaro Okumura Clark quien, me ha brindado toda la asesoría en este proceso; asimismo, por su paciencia y motivación de forma constante.

Finalmente, a mis amistades que me brindaron sus aportes a nivel profesional y experiencias para continuar con la investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PAGINA DEL JURADO.....	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO.....	4
INDICE.....	5
LISTADO DE TABLAS.....	8
LISTADO DE FIGURAS.....	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problema específicos	16
1.3 Importancias y justificación del estudio	16
1.4 Delimitación del estudio.....	18
1.5 Objetivos de la investigación.....	18
1.5.1 Objetivos psicométricos	18
1.5.1.1 Objetivo general	18
1.5.1.2 Objetivo específicos	19
1.5.2 Objetivos inferenciales	19
1.5.2.1 Objetivos general.....	19
1.5.2.2 Objetivos específicos.....	19
2. MARCO TEORICO.....	20
2.1 Marco histórico.....	20
2.1.1 Cáncer.....	20
2.1.2 Apoyo social percibido.....	21
2.1.3 Afrontamiento al estrés.....	22
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema.....	23
2.2.1 Nacionales	23
2.2.2 Internacionales.....	26

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.....	29
2.3.1 Cáncer.....	29
2.3.1.1 Definición.....	29
2.3.1.2 Tipos de cáncer.....	30
2.3.1.3 Causas del Cáncer.....	31
2.3.1.4 Aspectos psicológicos en el cáncer.....	33
2.3.1.5 Intervención psicológica en el cáncer.....	35
2.3.1.6 Reacciones más habituales ante la noticia del diagnóstico Cáncer.....	36
2.3.1.7 Psicooncología.....	37
2.3.2 Apoyo social.....	37
2.3.2.1 Definición.....	38
2.3.2.2 Niveles de apoyo social.....	40
2.3.2.3 Tipos de apoyo social.....	41
2.3.2.4 Modelos teóricos.....	44
2.3.3 Afrontamiento al estrés.....	44
2.3.3.1 Definición.....	45
2.3.3.2 Tipos de afrontamiento.....	47
2.3.3.3 Modelos teóricos de afrontamiento al cáncer.....	50
2.3.3.4 Apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en el contexto oncológico.....	51
2.4 Fundamentos teóricos que sustenta el estudio.....	51
2.4.1 Apoyo social Percibido.....	52
2.4.2 Afrontamiento al estrés.....	52
2.5 Definiciones de términos básicos.....	52
2.5.1 Afrontamiento al estrés.....	52
2.5.2 Apoyo social.....	54
2.5.3 Edad.....	54
2.5.4 Sexo.....	54
2.5.5 Tipos de cáncer.....	54
2.6 Hipótesis.....	55
2.6.1 Hipótesis general.....	55
2.6.2 Hipótesis específicas.....	55
2.7 Variables.....	56

3. MARCO METODOLÓGICO	57
3.1 Tipo, método y diseño de la investigación	57
3.2 Población y muestra.....	57
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.3.1 Ficha Sociodemográfica	62
3.3.2 Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)	63
3.3.3 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO).....	64
3.4 Descripción de procedimientos de análisis.....	66
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
4.1 Resultados.....	67
4.1.1 Análisis psicométricos.....	67
4.1.1.1 Cuestionario MOS	67
4.1.1.1.1 Evidencias de validez vinculadas con la estructura interna.....	67
4.1.1.1.2 Evidencias de confiabilidad mediante coeficiente de consistencia interna Omega	68
4.1.1.1.3 Baremos percentilares.....	69
4.1.1.2 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO).....	70
4.1.1.1.2 Evidencias de confiabilidad mediante coeficiente de consistencia interna Omega	72
4.1.1.1.3 Baremos percentilares.....	73
4.1.2 Análisis inferenciales	75
4.1.2.1 Estadísticos descriptivos del apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento	75
4.1.2.2 Diferencias en función a variables sociodemográficas.....	76
4.1.2.3 Relaciones entre variables	80
4.2 Análisis y Discusión de resultados	80
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
5.1 Conclusiones.....	87
5.2 Recomendaciones	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS.....	98

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas según sexo.....	59
Tabla 2. Características sociodemográficas según edad.....	59
Tabla 3. Características sociodemográficas según distrito.....	60
Tabla 4. Características sociodemográficas según estado civil.....	60
Tabla 5. Características sociodemográficas según grado de instrucción.....	60
Tabla 6. Características sociodemográficas según tipo de cáncer.....	61
Tabla 7. Características sociodemográficas según tiempo de la enfermedad.....	62
Tabla 8. Características sociodemográficas según estadio de cáncer.....	62
Tabla 9. Características sociodemográficas según presencia de enfermedad crónica.....	62
Tabla 10. Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS).....	68
Tabla 11. Baremos percentiles del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.....	69
Tabla 12. Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAEPO).....	71
Tabla 13. Distribución de los ítems del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAEPO).....	72
Tabla 14. Baremos percentiles del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAEPO) en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.....	73
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al estrés.....	75
Tabla 16. Prueba de normalidad de las dimensiones de Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al estrés.....	76
Tabla 17. Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según grupos etarios.....	76
Tabla 18. Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según estado civil.....	77

Tabla 19. Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según estadio del cáncer.....	78
Tabla 20. Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según estadio del cáncer.....	78
Tabla 21. Diferencias de Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al estrés según sexo.....	79
Tabla 22. Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según tipos de cáncer.....	79
Tabla 23. Relaciones entre Apoyo social percibido y Estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.....	80

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Estructura del Convoy.....	51
Figura 2. El modelo de Convoy.....	51
Figura 3: Una esquematización teórica del estrés, el afrontamiento y la adaptación. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company.....	52

RESUMEN

La actual investigación tiene por objetivo a nivel inferencial, comprobar si el apoyo social percibido es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. Asimismo, a nivel psicométrico tiene como objetivo adaptar y conocer las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS y CAEPO, en una muestra de 100 pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. El enfoque utilizado es de naturaleza cuantitativa, de alcance correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal, donde se utilizaron como instrumentos el Cuestionario de apoyo social percibido (MOS), construido por Sherbourne y Stewart (1991) y adaptado por Baca (2016) en Trujillo, Perú y el Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO), elaborado por González (2004) y las propiedades psicométricas fueron corroboradas por Diaz y Yaringaño (2010). Los resultados indican que no existe relación significativa entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana; sin embargo, en relación con los objetivos específicos inferenciales, de acuerdo con estadio del cáncer, se identificaron diferencias significativas, siendo los pacientes en estadio III quienes perciben mayor apoyo social percibido que aquellos en estadio II. En función a las otras variables sociodemográficas, no se identificaron diferencias significativas en ambas variables del presente estudio. De acuerdo con los objetivos psicométricos, en relación con la prueba del MOS, se obtuvo una propuesta unifactorial a nivel de estructura interna, además de un coeficiente omega de .99, siendo altamente consistente. Correspondiente a la prueba CAEPO, se obtuvieron dos factores como propuesta de estructura interna, además de coeficientes omega significativos ($\omega = .91-.97$). Finalmente, para ambas pruebas se elaboraron baremos percentilares.

Palabras clave:

Apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento frente al estrés, pacientes oncológicos, propiedades psicométricas, análisis predictivo.

ABSTRACT

The present research aims at the inferential level, to determine if perceived social support is a predictor variable of coping strategies in the face of stress in cancer patients in Metropolitan Lima. Likewise, a psychometric level aims to adapt and know the psychometric properties of the MOS and CAEPO Questionnaire, in a sample of 100 cancer patients from Metropolitan Lima. The approach used is quantitative in nature, correlational in scope, with a non-experimental cross-sectional design, where the Perceived Social Support Questionnaire (MOS), developed by Sherbourne and Stewart (1991) and adapted by Baca (2016), were used as instruments.) in Trujillo, Peru and the Questionnaire for coping with stress in cancer patients (CAEPO), prepared by González (2004) and the psychometric properties were corroborated by Díaz and Yaringaño (2010). The results indicate that there is no significant relationship between perceived social support and stress coping strategies in cancer patients in Metropolitan Lima; However, in relation to the specific inferential objectives, according to the stage of the cancer, significant differences were identified, being patients in stage III who perceived greater perceived social support than those in stage II. Based on the other sociodemographic variables, no significant differences were identified in both variables of the present study. In accordance with the psychometric objectives, in relation to the MOS test, a unifactorial proposal was obtained at the level of internal structure, in addition to an omega coefficient of .99, being highly consistent. Corresponding to the CAEPO test, two factors were obtained as an internal structure proposal, in addition to significant omega coefficients ($\omega = .91-.97$). Finally, for both tests, percentile scales were developed.

Keywords:

Perceived social support, coping strategies against stress, cancer patients, psychometric properties, predictive analysis.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Una de las situaciones más críticas y complejas para los psicólogos es el proporcionar un acompañamiento durante el proceso de sufrimiento y malestar de los pacientes con algún tipo de cáncer e, intentar proveerles de estrategias para mejorar su calidad de vida. Debido a ello, se proponen equipos de diversas profesiones de ciencias de la salud que tienen como objetivo colaborar con los pacientes mientras reciben el difícil mensaje de presentar un tumor “maligno”, lo cual, como consecuencia, generará un impacto inminente en su vida.

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018), muestra que el cáncer determina las 10 principales causas de muerte en el mundo. Se identifica casi 8,2 millones de muertes en el 2012 y, en el 2015, 8,8 millones de defunciones. En el 2012, casi del 70% de las muertes por cáncer se presentan en países con una entrada de economía baja o intermedia. Aproximadamente un tercio de las muertes por cáncer se deben a componentes de riesgo como el consumo excesivo de alcohol, tabaco, inactividad física, etc.

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ([INEN], 2019), atendió a 66 mil nuevos casos de cáncer, siendo esta enfermedad más común en mujeres que hombres. En ese mismo año, el médico oncólogo Eduardo Payet Meza, jefe institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), estimó que en los últimos años de las 150 mil personas que tienen cáncer en Perú, el 60% es del sexo femenino que por lo general tienen cáncer de cuello uterino y de mama. El 40% restante son del sexo masculino con dificultades de cáncer de próstata y pulmón. Sin embargo, se identifica que el cáncer al estómago es la primordial causa de muerte en ambos sexos.

Asimismo, INEN (2019), brinda atención alrededor de 12,500 casos de cáncer al año. El 50% de los pacientes residen en varias regiones del Perú y, la mayor cantidad de estos pacientes vienen de las zonas rurales, lo cual presentan dificultades para recibir atención médica inmediata. Durante el 2018, se internaron 10,309 personas y se efectuaron 6,345 cirugías a menores; del mismo modo, se emplearon 44,893 procedimientos de quimioterapia a un total de 63,000 pacientes y 81,337 radioterapias a 4,295 pacientes.

Al presentarse esta enfermedad oncológica, el apoyo social percibido juega un papel importante en el proceso de adaptación a la enfermedad, está definido como un concepto multidimensional y, trata de mantener la cercanía de personas que brindan la confianza de expresar amor, aprecio y cuidado; a involucrarse a un entorno social que nos transmita confianza y comunicación (Barrón, 1996). Así también, el autor menciona que un aspecto importante es su postura imparcial entre varias estrategias y el bienestar psicológico. Por su parte, Barra (2004) indica que el apoyo social beneficia la imagen más positiva de su medio, e incentiva los mejores recursos personales y sociales de una persona. En definitiva, se ha evaluado la influencia que existe del apoyo social sobre la salud a corto o largo plazo de las personas (Jorge, 1991).

Frente a esta situación de enfermedad, otra variable que cobra relevancia es, los estilos de afrontamiento. En ese sentido, se definen a las estrategias de afrontamiento como el conjunto de técnicas y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales encaminados a resolver el problema, además de reducir o eliminar la respuesta emocional frente a la situación (Muller & Spitz, 2003). De acuerdo con Cano (2005), los pacientes con cáncer están inmersos a cambios a nivel emocional, conductual y social, lo que los lleva a un giro total, con relación a cambios en sus ámbitos familiares y sociales. Tener una enfermedad te involucra a situaciones muy cambiantes en todos los ámbitos de tu vida, lo cual te obliga a adaptarte y aprender a convivir con la enfermedad (Fernández & Bastos, 2011).

De esta manera, Orjuela et al. (2017) exponen que la estrategia que maneje cada individuo para confrontar los estresores que influirá en el sistema inmunológico, postulando existente una viable incidencia del estrés psicológico en la génesis del cáncer gracias a la eliminación de la destreza del sistema inmunitario para protegerse de las células neoplásicas.

En otras palabras, en el contexto oncológico, la percepción de apoyo social beneficia estrategias activas de afrontamiento ante la enfermedad, buscándose como consecuencia, el reducir el sentimiento de desesperanza, las actitudes fatalistas y la resignación (Costa, 2014).

Bajo esa premisa, se identifica que hay relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento al estrés, de forma descriptiva se identifica que un grado bajo de apoyo social es asociado a un afrontamiento negativo del paciente y, (b) un apoyo social moderado se asocia a un afrontamiento de estilo positivo (Huamán & Lupaca, 2019). Otros autores proponen que el apoyo social se relaciona de manera positiva y significativa con estrategias de afrontamiento como reinterpretación positiva, planificación, acudir a la religión y uso del humor, mientras que se asocia de manera inversa con la negación, en pacientes mujeres con cáncer de mama. (González, 2018).

Por otro lado, si bien es cierto que existen ya investigaciones previas que describen las relaciones estadísticas entre ambas variables de estudio a nivel peruano, hasta el momento, no existe una propuesta clara en lo que se refiere a la influencia que puede tener una variable sobre la otra en pacientes oncológicos en Lima Metropolitana.

De acuerdo con lo descrito, se identifica la importancia de continuar investigando en estos contextos, ya que se proponen alternativas que brindan un aporte en el proceso del cáncer, siendo además una población particularmente vulnerable y generadora de los altos índices de mortalidad anualmente. En ese sentido se busca conocer, como el apoyo social percibido puede predecir mecanismos de afronte durante la enfermedad del cáncer. Ante ello, la pregunta de investigación sería la siguiente:

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿El apoyo social percibido es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los niveles del apoyo social percibido y de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?

- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana según la edad, estado civil, estadio del cáncer, sexo y tipo de cáncer?
- ¿Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?
- ¿El apoyo informacional es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?
- ¿El apoyo emocional es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?
- ¿El apoyo instrumental es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?

1.3 Importancia y justificación de la investigación

Uno de los problemas de salud más críticos de nuestro siglo, lo constituye sin lugar a duda el cáncer, por su súbito descubrimiento a quien lo padece y en un porcentaje alto la mortalidad que ocasiona dicha enfermedad. Es cierto que cuando hay una detección a tiempo, se pueden lograr mejorías; sin embargo, en la actualidad el cáncer se ha convertido en una dificultad de salud pública altamente prioritario.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Perú (2019), estima el cáncer como una dificultad de salud pública, más que nada por las altas tasas de muertes y discapacidad que trae consigo el cáncer. De los más de 66 mil casos que se perciben cada año, fallecen aproximadamente 33 mil de ellos. El cáncer es la primordial causa de discapacidad en todo el mundo, llegando a problematizar la vida familiar, social, estudiantil y laboral.

En este estudio se tendrán en cuenta dos variables importantes que podrían influir en el mejoramiento del paciente oncológico. El apoyo social hace referencia a una interacción en la que se proporciona a otras personas asistencia y apoyo tanto emocional (caracterizado por el ofrecimiento de sentimientos de amor y empatía) como instrumental (por medio del cual se facilitan diferentes bienes y servicios) (Vollmann, Renner, & Weber, 2007). Sin embargo, cuando la red de apoyo social no logra cubrir las necesidades del paciente, puede resultar en el desarrollo de deterioro tanto físico como psicológico, acompañado de sentimientos de impotencia, soledad, pocas estrategias de afrontamiento, etc. (Imran, Ahmad, & Ghazala, 2009).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría (Lipowski, 1970)

El afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer significan factores psicológicos importantes que brindan soporte a nivel personal, social, familiar y emocional de las personas; asimismo, generan un mejor bienestar y calidad de vida (Nisa y Rizvi 2016).

Debido a su alta relevancia clínica y el impacto emocional que ocasiona en los pacientes que padecen la enfermedad, se considera importante estudiar el apoyo social percibido como variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. Además, el estudio permitiría indagar sobre los tipos de apoyo social que refuerzan las estrategias de afrontamiento en los pacientes. En tal sentido, mediante el presente estudio se justifica y se hace importante en la medida que se desea brindar información relevante y un gran aporte a futuras investigaciones tanto de forma teórica como metodológica.

Del mismo modo, desde el punto de vista práctico, los resultados de la predicción de una variable sobre otra ayudarán a fomentar, por parte de clínicas, hospitales y entidades de la salud orientadas al campo oncológico, un mejor entendimiento y abordaje en pacientes con cáncer. Asimismo, como sustento para implementar programas de intervención y charlas preventivas que contribuyan al desarrollo de habilidades de afrontamiento en pacientes

diagnosticados, considerando como variable necesaria el apoyo social percibido. Como se indicó en el presente estudio líneas arriba, algunos de los pacientes muestran ciertas dificultades de impacto emocional para el afrontamiento y adaptación a la enfermedad, y es debido a ello, que la percepción de un soporte externo es fundamental.

Adicionalmente, el estudio permitiría conocer el apoyo social percibido como variable predictora sobre las estrategias del afrontamiento frente al estrés, lo cual, para la realidad de Lima, Perú sería un gran aporte, al existir poca investigación donde se propongan regresiones lineales tomando en cuenta las variables mencionadas en una muestra de pacientes oncológicos. Ello implicaría un aporte innovador para este campo de estudio.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, el presente estudio obtendrá las propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y normas) de los instrumentos a emplear.

1.4 Delimitación de la investigación

La presente investigación tiene como eje principal el estudio de la variable apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés. Con relación a la primera, obedece a la teoría desarrollada principalmente por Kahn y Antonucci (2013), mientras que las estrategias de afrontamiento al estrés fueron desarrolladas por los autores Lazarus y Folkman (1984).

En cuanto a la ejecución de la investigación, esta se realizó durante el mes de septiembre y octubre del 2020, en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana que se encuentran en el rango de edad de 18 a más.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivos psicométricos

1.1.1.1. Objetivo general

Adaptar y conocer las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS y CAEPO en una muestra de pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

1.1.1.2. Objetivos específicos

- a) Obtener evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del Cuestionario MOS y CAEPO a través del análisis factorial exploratorio.
- b) Obtener evidencias de confiabilidad de las puntuaciones del Cuestionario MOS y CAEPO usando un método de consistencia interna Omega.
- c) Elaborar baremos del Cuestionario MOS y CAEPO para pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

1.5.2 Objetivos inferenciales

1.5.2.1. Objetivo general

Determinar si el apoyo social percibido es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

1.5.2.2. Objetivos específicos

- a) Describir los niveles de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.
- b) Identificar las diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana en función a las variables edad, estado civil, estadio del cáncer, sexo y tipo de cáncer
- c) Identificar las relaciones existentes entre las dimensiones de apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.
- d) Identificar si el apoyo informacional es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.
- e) Identificar si el apoyo emocional es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.
- f) Identificar si el apoyo instrumental es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco histórico

2.1.1 Cáncer:

Graña (2015) refiere, que el cáncer se marca en documentos históricos muy antiguos, entre ellos papiros egipcios del año 1600 A.C., los cuales hacen descripción de la enfermedad. Asimismo, indica que el origen de la palabra Cáncer (Karkinos) se le adjudica a Hipócrates (460-370 A.C.), Carcinos (Karkívoc, habitualmente denominado por su nombre en latín, Cáncer, o simplemente como el Cangrejo). Graña (2015), revela que Hipócrates profesaba que el cuerpo tenía 4 humores fluidos corporales en equilibrio, a saber: la sangre, la flema, la bilis amarilla, y propuso que el desequilibrio de dichos humores podría ocasionar enfermedades, entre ellas el cáncer.

Por su parte, Estape (2018) señala que en 1971 el doctor Howard, crea en la ciudad inglesa de Middlesex, el primer servicio de oncología de un Hospital que permitía atención a pacientes con cáncer; asimismo, indica que el cáncer es un mal tan pretérito que como consecuencia hay variadas reseñas históricas, entre las que se enfatiza la descripción en el documento sanitario más antiguo, el papiro de Ebers (alrededor de 3.000 A.C.), de un cáncer de mama.

Adicionalmente, Salaverry (2013) menciona, que la paleopatología plantea alguna evidencia de lesiones compatibles con el cáncer en humanos desde hace 150 000 años, lo cual era una enfermedad poco recurrente, que se habría avanzado a efecto de los cambios medioambientales a partir el siglo XVIII. Salaverry (2013), ostenta que aún existen debates sobre si las lesiones óseas prehistóricas son realmente resultados del cáncer o pertenecen a otras causas.

Asimismo, numerosos cambios han acontecido con el cáncer desde los tiempos hipocráticos, cuando se especulaba que era ocasionado por, el desequilibrio de la bilis negra, hoy en la actualidad, se estima más de doscientas enfermedades que alcanzan a brotar en cualquier órgano o tejido y cuyo inicio se da por variaciones genéticas (Rubiano, 2015).

Gonzales (2012) describe que el cáncer, consiste en el incremento descontrolado y excedido de células que no mueren en su respectivo tiempo, uniéndose células nuevas y antiguas que incitan un conglomerado tisular llamado tumor. Éstos se van almacenando en una o varias partes del organismo, y como consecuencia se origina la disfuncionalidad de áreas específicas generando síntomas a nivel físico y emocional.

2.1.2 Apoyo social percibido

El concepto de red de apoyo social aparece con John Barnes (1954). Los primeros conocimientos sobre el apoyo social fueron iniciados por el psiquiatra británico John Bowlby (1969), a través de su teoría del desapego.

Diaz (2019), plantea en su trabajo una serie de autores que fueron promotores de la gran importancia del apoyo social. Por ejemplo, en 1974, Cassel realizó una profunda revisión sobre los beneficios psicológicos del apoyo social, estipulando que el término apoyo social cobra mucha importancia para el individuo. En ese mismo año, Caplan, reconoció por primera vez los indicadores de apoyo social. Otro pionero de la investigación sobre apoyo social es Cobb, quién propuso en el año 1976, que los beneficios del apoyo social resultan de la información que ofrecen a los individuos con relación a que son queridos, considerados y valorados como parte de un grupo social.

En este sentido, el apoyo social se relaciona con la red de apoyo entre las que se halla la familia, amigos, vecinos, que crean una reciprocidad de afecto positivo, un sentido de vinculación social, beneficio emocional y asistencia directa (Frey, 1989).

Por otro lado, muchas ilustraciones han identificado que el apoyo social puede ser un iniciador de la salud, y la recuperación de la salud se asocia con un declive en los niveles de mortalidad. El lazo entre apoyo social y resultados de salud física y psicológica es muy latente en la literatura científica (Buendía, 1991).

Asimismo, House (1981), menciona que la relación entre ausencia de apoyo social y salud era tan dominante como el de otros componentes de riesgo bien distinguidos: fumar, obesidad y poca actividad física.

La familia y las redes amicales constituyen el más importante vínculo de apoyo para el individuo, pues son atribuidas como pilares de las leyes e instituciones, las cuales son idóneas de brindar apoyo en medio de cambios, y el individuo capaz de proporcionar sus propios recursos de sí mismo y para otros. (Ardila, 2009).

Por último, una supuesto más reciente es la de Aranda y Pando (2013), quienes lo conceptualizan como “las interrelaciones que se dan entre las personas son conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar a alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejos, aceptarse, satisfacerse e informarse.”

2.1.3 Afrontamiento al estrés:

Soriano (2002), menciona que el interés por el afrontamiento ante el estrés y ante la enfermedad se desplegó sobre la década de los 60 y 70, recalando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y hacia la enfermedad.

Dentro de esta línea conceptual, las investigaciones sobre el afrontamiento ante el estrés lo definen como actividades cognitivas y motoras que una persona enferma utiliza para salvar su organismo e integridad física a fin de recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante cualquier limitación (Lipowski, 1970); asimismo, afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier situación conflictiva observado para obtener alivio, recompensa o equilibrio (Weissman & Worden, 1977)

Para Fernández (1997), los estilos de afrontamiento se describen como inclinaciones personales para confrontar las situaciones, y son los responsables de las distinciones individuales de utilizar una a varias técnicas de afronte, así como de su permanencia temporal y situacional.

En este sentido, muchos autores planteaban diversas definiciones de afrontamiento; sin embargo, el máximo desarrollo se ha producido a partir del trabajo de Lazarus y Folkman (1986) que utilizan el término afrontamiento como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Rodríguez (1995) ostenta que por lo general de las indagaciones del afrontamiento es determinado como una serie de respuestas que se extienden ante un suceso estresor con el objetivo de aminorar las consecuencias. Aldwin (2000), por su parte, indica que el afrontamiento es el uso de destrezas para dar frente a problemáticas en la actualidad.

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema

2.2.1 Nacionales

Díaz (2019), hizo una indagación que tuvo por objetivo establecer el grado de apoyo social que perciben los pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Lima. El diseño de investigación fue no experimental – transversal, de tipo descriptivo y con enfoque cuantitativo. La población estuvo dada por 50 pacientes con cáncer. El instrumento usado fue el Cuestionario de Apoyo Social MOS. Los resultados de la investigación probaron que los pacientes oncológicos adoptan nivel medio el apoyo emocional (58%), presentando la misma prevalencia en sus relaciones de ocio y distracción (64%). Asimismo, se encontró que la dimensión de la ayuda material se recepcionaba en un 68%; y el apoyo afectivo, en 58%, siendo ambas categorizadas en un nivel alto. A nivel general, el apoyo social percibido por los pacientes oncológicos se daba en un promedio del 54%, principalmente de personas que les brindan compañía, soporte material y afectivo a lo largo de su procedimiento.

Huamán y Lupaca (2019), realizaron una exploración que tuvo como fin aprender la interacción entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados del área de oncología en un hospital de Lima Metropolitana. Los instrumentos a utilizar fueron el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) adaptada en Perú por Baca (2016) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) elaborado

por Gonzales (2004). La muestra fue de 99 pacientes oncológicos entre los 18 a 70 años. Los resultados indicaron existente un grado de significancia entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés ($X^2=44.854$; $p < .01$) De igual manera con las áreas de apoyo social, donde el afrontamiento al estrés se relaciona de forma significativa con el apoyo informacional ($X^2=44.854$; $p < .01$), apoyo emocional ($X^2=35.114$; $p < .01$) y apoyo instrumental ($X^2=35.114$; $p < .01$). Se corrobora que existe relación altamente significativa entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés en los pacientes hospitalizados del servicio de oncología.

Gonzales (2018), intenta averiguar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido en la etapa de diagnóstico de pacientes con cáncer. La población estaba establecida por 56 mujeres con cáncer de mama, las edades oscilaban entre 27 y 80 años en un hospital en Lima Metropolitana. Se administró el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) y el cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria. Para la investigación se desarrollaron los análisis descriptivos y frecuencias para las variables sociodemográficas. Los resultados concluyen relaciones significativas y directas entre las dimensiones de apoyo emocional, informacional y técnicas de planificación ($r=.36$, $p < .01$), reinterpretación positiva ($r=.43$, $p < .001$). Con respecto al apoyo afectivo, se evidencian correlaciones significativas y positivas con planificación ($r=.39$, $p < .001$) y aceptación ($r=.33$, $p < .01$). Posteriormente, el apoyo instrumental muestra una relación inversa con la negación ($r=-.31$, $p < .05$). Con relación a los objetivos específicos, al examinar las técnicas de afrontamiento con las variables sociodemográficas, se halló una correlación directa entre esta variable y la estrategia acudir a la religión ($r = .36$, $p < .01$); adicionalmente, al examinar los otros tipos de apoyo social percibido con la variable edad, se determinó una correlación directa entre el apoyo instrumental y esta variable ($r = .32$, $p < .05$).

Espinoza y Ramos (2014) han realizado un análisis para relacionar el cansancio, el apoyo social y el afrontamiento en los pacientes oncológicos del HNCASE en Arequipa. La muestra estuvo dada por 70 pacientes oncológicos. Se aplicó el cuestionario The Fatigue Symptom Inventory (MFSI-SF) para detectar la fatiga en los pacientes con cáncer; el cuestionario MOS de Apoyo Social y un cuestionario para evidenciar el afrontamiento en

los pacientes con cáncer (Modelo Callista Roy). Los resultados arrojan un alto nivel de significancia estadística ($p < .001$), para la correlación de las variables fatiga y el afrontamiento, de igual manera se observó un alto nivel de significancia estadística ($p < .001$). Finalmente, para identificar la relación apoyo social, afrontamiento y fatiga se halló niveles altos de significancia estadística ($p < .001$).

Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam (2013), analizaron una investigación que tuvo como fin establecer los estilos de afrontamiento en las pacientes con cáncer de cuello uterino. La investigación fue descriptiva de corte transversal. La población fue de 150 pacientes en el hospital nacional de enfermedades neoplásicas (INEN). Para recabar datos se usó un inventario validado de 30 preguntas afines a estilos de afrontamiento: problema, emoción, adicionales. El cuestionario se indujo a un ensayo piloto, alcanzando la confiabilidad de $\alpha = 0,73$. Los datos fueron recabados a través de la entrevista. En los resultados se halló que el estilo positivo más utilizado, estuvo enfocado a la emoción, en el que un 87% optaron por la opción “siempre” en la alternativa “busco la ayuda de Dios”; mientras que el 73,3% estuvo orientado al problema “a menudo” en la alternativa “elaboró un plan de acción”. Además, se evidenció que un 65% estaba enfocado al estilo adicional: “me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente”. Por otro lado, las técnicas de afrontamiento adicionales negativos más empleados fueron «a veces» el reducir el esfuerzo encaminado para solucionar el problema con un 79%; asimismo, el ítem relacionado a la emoción “siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar”, con el 70%; y finalmente el 53.3% estuvo orientado al problema «a menudo»: me exijo esperar un momento propicio para intentar algo. Se concluyó que los estilos de afrontamiento más usados por las pacientes estuvieron dados por los estilos positivos y orientados a la emoción.

2.2.2 Internacionales

Pérez, Gonzales, Mielles y Uribe (2017), estudian las prevalencias del apoyo social y las estrategias de afrontamiento en una muestra de 82 pacientes con cáncer de las instituciones de salud en Colombia en función a variables sociodemográficas. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el cuestionario

MOS para Apoyo Social. Los datos médicos y sociodemográficos fueron recolectados por un cuestionario diseñado, Se encontró en el instrumento de apoyo social percibido que 63 de los participantes (76.8%) consiguieron un puntaje intermedio para apoyo emocional/informacional y solo 19 (23.2%) alcanzaron un nivel alto. Para el apoyo instrumental, la mayor cantidad de los pacientes ($n = 55$) marcaron un nivel intermedio. Para la subescala de interacción social positiva, 52 (63.4%) pacientes registraron un puntaje medio, 23 (28%) bajo y 7 (8.5%) alto. Finalmente, para apoyo afectivo, 59 (72%) participantes marcaron un nivel alto y 23 (28%) medio; no se detectaron casos para un puntaje bajo de dicha variable. Se corrobora en la investigación que las variables sociodemográficas y clínicas están relacionadas con la percepción del apoyo social y las estrategias de afrontamiento en paciente con cáncer.

Yilmaz, Bal, Beji y Arvas (2015) analizaron un estudio con el fin de establecer si las estrategias de afrontamiento están vinculadas con el apoyo social en mujeres con cáncer ginecológico en un hospital de Estambul - Turquía, en una muestra de 221 participantes. Los datos fueron recabados por medio de una ficha sociodemográficas y clínicas, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, y la Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés (SWCS) de Lazarus y Folkman. Los resultados muestran que al notarse mayor apoyo social percibido, se identifica un incremento en la aplicación de estrategias para afrontar el estrés ($r = .264$, $p < .05$). Se establece que existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y apoyo social.

Ticona, Santos y Siquera (2015), plantean un estudio con el objetivo de verificar diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en 100 pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia de la unidad ambulatoria de quimioterapia del AC Camargo Cáncer Center, Brasil. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (COPE). Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa que fue observada en la percepción de estrés de ambos sexos ($p = .029$), con niveles altos para el sexo femenino. Por otra parte, se plantea que el sexo masculino presenta niveles medios, más altos en las estrategias de afrontamiento que las de sexo femenino, se encuentra que no existe relación estadísticamente significativa ($p = .57$). Asimismo, se evidenció influencia positiva al estrés

percibido en pacientes involucrados con otras enfermedades ($\beta = 3,50$, $p < .001$), género femenino ($\beta = 3,15$, $p = .04$), viudos ($\beta = 9,19$, $p < .001$), que aplican técnicas de afrontamiento ($\beta = 0,70$, $p < .001$), aceptación de responsabilidad ($\beta = 0,45$, $p = 0,01$) y estadio del tumor III ($\beta = 4,03$, $p = 0,05$).

Zabalegui, Cabrera, Navarro y Cebria (2013) ejecutaron una tesis para examinar la relación entre los datos sociodemográficos y clínicos, apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer avanzado. Se evaluó a 132 pacientes entre edades de 18 y 83 años en procedimientos de quimioterapia, fueron seleccionados de dos hospitales de Nueva York (Bellevue Hospital) y un hospital privado (New York University Medical Center). Las herramientas psicológicas fueron: la ficha sociodemográfica, Inventario de Recursos Personales-85 (PRQ85) de Weinert y Brandt, (1987) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento para Pacientes con Cáncer (WOC-CA) diseñado por Lazarus y Folkman, en 1997. Finalmente, se concluye que la percepción de la salud tiene relación positiva con el apoyo social percibido ($r = .28$, $p < .001$), el apoyo social percibido está vinculado significativamente con la estrategia de centralizarse en lo positivo ($r = .25$, $p < .01$) e indagación de apoyo social ($r = .21$, $p < .001$).

Gómez y Lagoueyte (2012), aplicaron una investigación para entender el apoyo social como técnicas de afrontamiento en las femeninas diagnosticadas con cáncer de cérvix, realizada en zona metropolitana del Valle de Aburrá (Colombia). Se realizó una encuesta y entrevista a 14 mujeres con diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix. El estudio de los datos se hizo manualmente, continuando un procedimiento para evidenciar las circunstancias en que las pacientes se encontraban. Como resultado, se pudo mostrar que el apoyo social, ofrecido por miembros de la salud, familia, vecinos y amigos, surgió como una técnica de afrontamiento resaltante durante el proceso de la enfermedad. Finalizaron que la investigación fundamental para los pacientes con cáncer debería darse por personal de salud en relación al buen trato; asimismo, indican que se debería integrar a la familia en los cuidados e implicarla en la enseñanza que se da al paciente, como una base fundamental en el afrontamiento del cáncer de cérvix.

Santana, Zanin, y Maniglia (2008) evaluaron las estrategias de enfrentamiento, red y apoyo social de pacientes con cáncer de cabeza y cuello atendidos en un hospital del interior paulista. Los 22 pacientes respondieron a un Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario de Hábitos de Vida, Ficha Clínica, Escala Modos de Enfrentamiento (EMEP) y Medidas de Red y Apoyo Social. Los resultados muestran relaciones entre apoyo emocional y afrontamiento orientado en información ($r=.785$, $p<.01$), también entre afrontamiento orientado en el problema y la práctica religiosa ($r= .579$, $p<.05$), adicionalmente se evidencia que el apoyo social tiene correlación positiva con la estrategia de enfrentamiento en la exploración por soporte social ($r = .572$, $p<.01$).

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1. Cáncer

2.3.1.1 Definición

Se le estima una patología genética; quiere decir, que es ocasionada por cambios en los genes que registran la forma que las células trabajan, en relación con sus patrones de aumento y separación. Las cargas genéticas que conducen a la aparición del cáncer; por un lado, tienen la posibilidad de ser heredadas de los padres, de esta forma además tienen la posibilidad de surgir como la consecuencia de errores sucedidos en la separación celular, según cambios hormonales, mutaciones relacionadas con el metabolismo, inconvenientes inmunitarios, o debido al mal ADN ocasionado por una secuencia de exposiciones del medio ambiente. En general, las células cancerígenas poseen una grande carga genética que las células habituales, resultado de las mutaciones del ADN. (American Cancer Society [ACS], 2012)

Hay 2 tipos de cáncer, el primero son los de tipo benignos (no canceroso), fáciles de extirpar, no se dispersan en el organismo, poseen buen pronóstico y principalmente no vuelven a incrementarse. Por otro lado, el tipo maligno (cancerosos) se determinan por el esparcimiento de estas células a varias partes del organismo (metástasis), comprometiendo zonas dificultosamente tratables y generando poca posibilidad de ser extirpados del todo debido a que tiene la posibilidad de volver a crecer luego de un tiempo. Generalmente, el tipo canceroso tiende a tener mal pronóstico (Zevallos, 2008).

El cáncer es definido por la Real Academia Española ([RAE], 2001), como una enfermedad neoplásica con transformación de las células, el término permite hacer referencia a un tumor maligno.

Cruzado (2010), menciona que el cáncer no es una enfermedad única, ya que bajo esa denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos y que tienen como característica común la existencia de una proliferación anormal de células, a través dos mecanismos: por invasión y metástasis. La metástasis se produce cuando las células

cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo.

Conforme con la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018) conceptualiza al cáncer como una expresión genérica que elige un extenso conjunto de patologías que tienen la posibilidad de perjudicar a cualquier parte del organismo; además se refiere de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una peculiaridad determinante del cáncer es la multiplicación inmediata de células anómalas que se alargan más allá de sus parámetros comunes y tienen la posibilidad de irrumpir piezas adyacentes corporal o expandirse a otros órganos, un proceso que se llama «metástasis».

Dentro de las últimas definiciones actuales del cáncer, Estape (2018) define el cáncer como una enfermedad básicamente producida por la proliferación de células, que se multiplican cuando no es necesario que lo hagan.

2.3.1.2 Tipos de cáncer

Cruzado (2010) manifiesta que en los varones el tipo de cáncer más recurrente es el de próstata y en damas es el de mama. Referente a la mortalidad por cáncer, en damas se hallan el cáncer de mama en primer lugar, el cáncer del pulmón y de los ginecológicos. En relación con los varones, el cáncer de pulmón es el primero, seguido el de próstata, el colorrectal y el de páncreas.

Por su parte, Rubiano (2010) refiere que lo más notorio en la epidemiología del cáncer es la gran disparidad que existe entre países desarrollados y países pobres, que llevan en general a estos últimos a tener unas tasas mayores en mortalidad que en muchos casos doblan a las de los países desarrollados. Asimismo, expone los cánceres más prevalentes que son de seno, colon y recto, estómago, próstata, hígado y cérvix.

Los cánceres más recurrentes en el Perú, en varones son el cáncer de próstata (24.7%), estómago (10%) y colorrectal (7.3%). En damas prevalecen el cáncer de mama (19.5%), cérvix (11.4%) y estómago (7.4%) (IARC, 2018).

2.3.1.3 Causas del Cáncer

La OMS (2018), indica que el cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. El envejecimiento también es un componente esencial en la aparición del cáncer. La frecuencia de esta patología se incrementa mucho con la edad mayormente ya que se van almacenando componentes de riesgo de algunos tipos de cáncer.

Asimismo, la OMS (2018) en sus estadísticas señala que el tabaquismo es el primordial elemento de riesgo y causa alrededor del 22% de las muertes por cáncer. Las infecciones oncogénicas, algunas son causadas por virus de las hepatitis o por papilomavirus humanos, originan el 25% de los casos de cáncer en los países con ingresos menores e intermedios.

Por otro lado, Cruzado (2010) menciona que el código europeo contra el cáncer interpreta que el 70% de los tumores malignos se evitarían si los individuos establecieran adecuados hábitos vida saludable, dentro de los cuales señala los factores de riesgo más importantes como el tabaco, consumo de alcohol, exposición a sustancias tóxicas, riesgos ocupacionales, infecciones y alteraciones genéticas.

2.3.1.4 Aspectos psicológicos en el cáncer

Sosa, et al. (2005), refieren la importancia de la psicología en el proceso del cáncer, en el cual el paciente se puede ver involucrado en la desesperanza, la pérdida de sentido fundamental, en la sensación de futilidad y división, y en un temor al vacío. No es insólito pensar que el paciente se alarme por la muerte, que perciba la enfermedad como una limitación o que tenga sentimientos de culpa.

Al costado de ello, la patología oncológica y sus procedimientos, a pesar de los avances técnicos y farmacológicos en general, sigue mostrando una secuencia de indicios físicos relevantes, como el dolor, la carencia de energía, mareos, vómitos, complejidad para tragar, entumecimiento, dificultades respiratorias e inflamación de extremidades superiores e inferiores. Sin embargo, se indica una secuencia de alteraciones psicológicas como la

ansiedad, depresión, irritabilidad, inconvenientes de comunicación, incomodidad por el sufrimiento de la familia, temor al futuro y desesperanza.

Por otro lado, Cruzado (2010) menciona el término malestar emocional en el cáncer, que define como la experiencia aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual de los pacientes con cáncer y que interfiere con la capacidad de afrontar el cáncer, sus síntomas físicos y el tratamiento médico.

Asimismo, Cruzado (2010), menciona algunos trastornos psicológicos relacionados con el cáncer.

- Depresión y cáncer: La incidencia de trastornos relacionados al estado de ánimo en el cáncer en las diferentes investigaciones va a partir del 23 al 35%. Los componentes de riesgo son: carencia para registrar el dolor, niveles avanzados del cáncer, deterioro o aparición de sintomatología relacionados al cáncer. Cabe decir, que el diagnóstico de la depresión en individuos con apariencia adecuada físicamente se presenta a través de síntomas de insomnio, ausencia de apetito y pérdida de peso; estos indicios pueden tratarse con el tratamiento de la enfermedad, por esto en pacientes con cáncer, la depresión se presenta notablemente por la magnitud del humor depresivo, pérdida del interés, sentimientos de culpa y pensamientos suicidas.

- Suicidio y cáncer: El riesgo es mayor en el transcurso de los primeros meses a partir del diagnóstico. Los componentes de riesgo son: precedentes de inconvenientes mentales, precedentes de intentos de suicidio, diagnóstico de depresión, abuso de sustancias psicoactivas, ausencia de apoyo social, confusión o delirium. Es importante evaluar cuidadosamente a los pacientes con ideación suicida.

- Autoconcepto e imagen corporal: Aceptar y convivir con cáncer afecta a la observación, estima y valoración de uno mismo. La imagen corporal es un área de especial interés para diferentes tipos de cáncer, en ocasiones se ve afectado el sentido de feminidad o masculinidad.

Además, Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, González y Martín (2012), refieren como iniciativa, identificar los inconvenientes de salud psicológica y de malestar psíquico de los pacientes con cáncer, lo que se obtuvo fue que los pacientes con cáncer muestran alta prevalencia de trastornos psicopatológicos e indicadores de ansiedad, depresión y malestar emocional (distress), en diversos instantes de la patología, involucrados con diferentes componentes médicos, físicos, psicológicos y sociales. La información no concluye sobre la prevalencia de dichos trastornos y su sintomatología, debido a los diferentes estudios, y menos a la evolución durante la enfermedad. Distintas barreras obstaculizan una idónea evaluación psicológica a los pacientes con cáncer, lo cual conlleva una falta de atención con detenimiento cuando se identifica, un malestar clínico de dichos pacientes, y problemas de adherencia a los procedimientos médicos. Las estrategias de solución mejoradas en los últimos tiempos son la formación a los profesionales sanitarios en herramientas de comunicación y detección de patologías mentales y malestar emocional adecuados al contexto clínico de los pacientes.

Diferentes estudios en pacientes con cáncer investigan sobre el impacto del malestar emocional en dichos pacientes con cáncer, y entre los resultados hay cierta prevalencia estimada de trastornos de ansiedad, depresión, ataques de pánico, fobias y estrés postraumático; que influyen en la mejora del paciente.

2.3.1.5 Intervención psicológica en el cáncer

Cruzado (2010) manifiesta que las ilustraciones con mayor rigor metodológico ponen de conocimiento que los procedimientos psicológicos son efectivos cuando: profesionales de la especialidad del cáncer son los indicados de aplicar algún tratamiento, también se adecúan a las necesidades de los pacientes y se ejecuta en pacientes con un alto grado de malestar psicológico. Asimismo, manifestaban que los objetivos y campos de intervención psicológica en cáncer son los siguientes:

- a) Adquisición, mantenimiento o recuperación de comportamientos y estilos de vida que mejoren la salud y prevenga la aparición o recaída del cáncer
- b) Promover una comunicación óptima personal sanitario-paciente-familia.

- c) Promover el trabajo inter/multidisciplinar.
- d) Prevenir y tratar los problemas asociados al consejo genético oncológico, controlar las reacciones de estrés asociadas al proceso.
- e) Optimizar el apoyo emocional y social de los pacientes.
- f) Afrontar reacciones emocionales desadaptativas al cáncer.
- g) Preparar psicológicamente para la cirugía y los distintos procedimientos médicos dolorosos o invasivos.
- h) Dotar a los pacientes de control y afrontamiento psicológico de los síntomas asociados a los diferentes tratamientos médicos que son sometidos los pacientes.
- i) Tratamiento de trastornos psicopatológicos, ansiedad, depresión u otros.
- j) Afrontamiento del final de la vida, que engloba la adecuada comunicación y apoyo al paciente y la familia.

Massone (2014), mostró que las intervenciones mediadas por métodos psicológicos grupales cuyo núcleo central es la caracterización entre individuos con enfermedades similares, tienen dos modalidades claramente diferenciadas que pueden ser realizadas por especialistas o por personas que han sido o son afectadas por la enfermedad. En primer lugar, las dinámicas de grupo tienden a centrarse en objetivos más específicos y se procura distribuir equitativamente el tiempo, los temas y la participación; como segundo lugar, omite las jerarquías, los objetivos son más abiertos y el acompañamiento es esencialmente afectivo. Por otro lado, implementó un programa denominado PROA, cuyo objetivo fue diseñar un programa de intervención grupal activa para pacientes oncológicos en tratamiento médico-clínico, en etapas tempranas de la enfermedad. Se realizaron cinco sesiones en tres fases; (a) diagnosticar las necesidades de los pacientes con cáncer; (b) alineado con la actividad humana y (c) alineado con una meta-estrategia activa.

Por su parte Sosa, Capafons y Prieto (2005), señalan que el papel de la intervención psicológica con los pacientes oncológicos ha ido ganando adeptos y en la actualidad ya se habla de intervención global (médica, psicológica y social). También presentan un programa de intervención psicológica que procura proporcionar a los pacientes nuevas habilidades para que puedan lidiar con su enfermedad de forma más adaptativa y eficaz.

Por lo tanto, explora potenciar las destrezas de afrontamiento positivas y disminuir el nivel de malestar psicológico que puede ocurrir con el cáncer. En concreto, el programa consta de 16 sesiones divididas en fases; presentación y formación de conceptos (tres sesiones); mayor control de requerimientos internos (cinco sesiones); mayor control de las demandas externas (siete sesiones); y fusión (una sesión).

En la investigación de Sosa, Capafons y Prieto (2005), concluyen que la intervención psicológica puede brindar soporte a los pacientes oncológicos, permitiéndoles potenciar habilidades de afrontamiento positivo (situaciones de búsqueda de solución, aceptación plena de determinadas experiencias, optimismo, aumento de la capacidad de atención, etc. .) y reducir significativamente el estrés psicológico (ansiedad, estado de ánimo depresivo, inquietud, etc.).

2.3.1.6 Reacciones más habituales ante la noticia del diagnóstico Cáncer.

Cáceres et al. (2007) señala en su manual para pacientes oncológicos y sus familias que durante las últimas épocas se han llevado a cabo muchas investigaciones para analizar los factores psicológicos involucrados en el proceso de esta enfermedad. Estos factores psicológicos van desde distintas maneras de actuar hasta el inicio de un amplio abanico de reacciones y síntomas. Lo cual consideran los siguientes aspectos psicológicos importantes en el proceso del cáncer:

- Miedo: Los miedos sobre la enfermedad en sí, sobre nuevas situaciones familiares, sobre el futuro desconocido, es decir, la muerte y el morir, a menudo están presentes.
- Negación: Es un componente de defensa que surge del miedo, manifestado por el deseo de no saber nada de la enfermedad y de no hablar de ella.
- Rabia: Es importante que el familiar o la persona más cercana no se tome esta reacción como un ataque personal, sino como una reacción ante el diagnóstico.
- Sentimientos de culpabilidad: Una de las preguntas que frecuentemente se hacen los pacientes es: “¿Qué he hecho yo?”, en algunas ocasiones creen que es un castigo por algo que han realizado.

- **Ansiedad:** Puede aumentar la sensación de dolor, causar vómitos y náuseas, alterar el ritmo del sueño y, por lo tanto, interferir con la calidad de vida del paciente y de su familia.
- **Aislamiento:** El paciente se reprime en sí mismo y prefiere no mantener comunicación con otras personas.
- **Dependencia:** El paciente siente que no puede realizar nada de sus actividades o necesidades de manera independiente, generando en algunas ocasiones un apego en uno de los cuidadores.

2.3.1.7 Psicooncología

Cruzado (2010) menciona que es un campo interdisciplinario de la psicología y las ciencias biomédicas orientados a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer. Los objetivos van desde la intervención aplicada al paciente, la familia y el personal sanitario. El psico-oncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base en un campo especializado, en continua evolución y desarrollo.

Sosa, et al. (2005) también señalan que existen tres actores principales en el campo de la oncología: el paciente, el sector familiar, la comunidad (amigos y colegas) y el personal médico. Las perspectivas de unos pueden influir en otros y, por el contrario, estas perspectivas y metas pueden variar entre grupos. Así, vemos que los objetivos en el paciente son:

- Buscar la salud física.
- Corregir o restaurar la integridad corporal posterior de la pérdida de las funciones corporales.
- Restaurar o mantener el equilibrio emocional.
- Mejorar la inseguridad y los sentimientos de poco control.
- Acomodarse a situaciones médicas inusuales.
- Remediar una amenaza existencial.
- Mantener una calidad de vida significativa a pesar de distintas situaciones.

Dentro de la familia y la sociedad (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos) las metas en las nuevas circunstancias creadas por el cáncer pueden ser:

- Que el individuo se “cura”.
- Mantiene o recupera un vínculo aceptable con una pareja.
- Restaura o restablece un rol en la familia.
- Asegura los recursos sociales y financieros de la familia.
- Reanuda el empleo o se adapta a un cambio de profesión.
- Mantiene relaciones sociales con amigos y conocidos.

Por parte de los profesionales de salud, las expectativas y objetivos que se fijan para los pacientes son:

- Que se adhieran de forma óptima a todos los procedimientos (a veces muy invasivos).
- Que resistan intervenciones dolorosas y/o embarazosas.
- Que se adapten a nuevos roles que demanda el entorno médico.
- Cooperar activamente en la recuperación.
- Mantener la sesión de estabilidad emocional.

2.3.2. Apoyo social

2.3.2.1 Definición

Desde los años 70 se viene generando diferentes definiciones, según mencionado líneas arriba, a finales de los años 80, brota una idea común hacía una percepción más integradora del apoyo social. En este sentido Hobfoll y Stokes (1988) lo conceptualizan como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen al individuo asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada”

Bell, Leroy y Vitalo (1982) precisaron al apoyo social como “la actividad social y disponibilidad de amigos y familiares”. Vaux, (1988) Se refiere al hecho de que el apoyo social es un objetivo creado a partir de tres elementos conceptuales relacionados con el proceso de transacciones dinámicas entre el sujeto y su entorno: recursos de la red,

comportamiento de apoyo y evaluación del apoyo. Lynn e Insel (1989) definen el apoyo social como acciones de ayuda y/o expresivas, reales o percibidas, proporcionadas por comunidades, redes sociales y amigos cercanos, agregando que estas tendencias pueden ocurrir tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis. (citado en Aranda y Pando, 2013.)

Por su parte, Andrade y Vaitsman (2002) describen que el soporte social consta “en las relaciones de intercambio, que implican obligaciones mutuas y los lazos de dependencia mutua que puede ayudar a crear el sentido de la coherencia y el control de la vida, que benefician a la salud de las personas”. Asimismo, años posteriores se menciona que el apoyo social es “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas” (González y Restrepo, 2010) y que las redes sociales de tipo informal “son aquellas que impulsan y propician los contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, espiritual ayuda material y servicios de información” (Hernández, Carrasco y Rosell, 2010).

2.3.2.2 Niveles de apoyo social

Desde una perspectiva teórica y empírica, Fernández, (2005) considera a los niveles del apoyo social como complementarias, de las cuales representa diversos análisis:

- Nivel 1 - Integración social: Este grado de análisis se concentra en el número y la potencia de las relaciones de un individuo con otros significativos. No se trata de la calidad de las relaciones, sino de los tipos estructurales de la red social de una persona (número de contactos, tipo de contacto, matrimonio, amistad, etc.).

- Nivel 2 - Relaciones de calidad: Las buenas relaciones pueden afectar la salud mental y el bienestar de varias maneras: contribuyen a la necesidad de conexión, cubren las necesidades emocionales, brindan un sentido de identidad y pertenencia, brindan una fuente de retroalimentación positiva y lo hacen posible para controlar las emociones de la situación, etc.

- Nivel 3 - Ayuda percibida: En este caso, se refiere a la percepción de que, en situaciones problemáticas, alguien en quien confías está pidiendo ayuda. Teniendo en cuenta que la ayuda disponible de otros puede reducir el estrés de un evento adverso.
- Nivel 4 - Conductas de apoyo: Se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

Por otro lado, para Lin (1986) la relación de una persona con el ambiente social puede incorporarse en diferentes niveles, que serían los siguientes:

- Nivel 1: Sentimiento de confianza en las relaciones íntimas: Esta área compone un conjunto de aspectos importantes tales como; confianza, que a su vez crea un sentido de involucramiento, un conjunto de normas de reciprocidad y responsabilidad por el bienestar de la otra persona.
- Nivel 2: Sentimiento de vinculación de las redes sociales: Este nivel es muy específico y tiende a construirse sobre características, como un sentido de conexión que requiere interacción individual y esfuerzo que la misma cooperación.
- Nivel 3: Sentimiento de pertenencia en la relación comunitaria: La intervención se ve expresada por el grado de involucramiento de la persona en la comunidad y organizaciones voluntarias; asimismo, muestra la integración de uno en la comunidad y da un sentido de pertenencia.

Otra contribución importante es la de, Estrella (1991) quien examinó la concepción de los grupos de apoyo social en tres niveles:

- A nivel cognitivo: El objetivo es proporcionar información sobre enfermedades y tratamientos para corregir percepciones erróneas y aclarar las dudas de los pacientes.

- A nivel afectivo: Explora alternativas de afrontamiento para las reacciones y sentimientos del paciente ante su enfermedad, motivando a expresar sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y las relaciones sociales.

- A nivel conductual: Indaga sobre las técnicas concretas para confrontar dichas situaciones difíciles, utilizando todas las herramientas posibles y experiencias de pacientes anteriores, como un modelo a poner en práctica.

2.3.2.3 Tipos de apoyo social

La evaluación por Lin (1986) de diferentes tipos de soporte social presenta una agrupación en dos categorías principales: expresivo e instrumental. Este binomio de expresión instrumental es tomado por la mayoría de los autores prosocialistas, aunque cada uno plantea diferentes subclases; sin embargo, varios autores concuerdan en al menos tres tipos de apoyo: emocional, instrumental e Informativo (Bloom, 1982; House, 1985, entre otros.); asimismo, se definen estos términos:

- El apoyo emocional se utiliza como expresiones de afecto, cariño, empatía etc.
- La asistencia instrumental es tomar acciones o facilitar documentos o servicios para resolver problemas del mundo real, como prestar dinero o ayudar con las tareas del hogar.
- El apoyo informacional incluye todas las intervenciones, incluido el asesoramiento, la información o la orientación. Algunos autores asemejan cada una de estas condiciones o apoyan el contenido con el área en la que aparecen: afectivo, cognitivo, y conductual.

Mientras que, Tardy (1985) diferencia dos aspectos relacionados con las construcción y evaluación del soporte social: “Contenidos” y “Descripción/Evaluación”. Los “Contenidos” contienen las categorías de emociones, instrumentos, información y reseñas. En la Descriptiva/Evaluativa distinguimos dos aspectos diferentes del apoyo social: la descripción de los comportamientos o acciones más apoyadas y su evaluación por parte de la persona.

Por su parte. Barrón (1996) Identifica las herramientas instrumentales, información y emociones como funciones de apoyo distinguiéndolas de recursos o acciones de soporte. Lo señalado se refieren a una variedad de comportamientos que permiten el intercambio o transacciones de artículos, ya sean físicos (dinero, servicios, cosas, etc.), como emocionales (cariño, aceptación, etc.)

Finalmente, para Caplan (1974) existen tres niveles de apoyo social (citado por Díaz, 2019).

- Apoyo emocional: Se describe al área del afecto e involucra la expresión de emociones, lo importante de ser recíprocos con los sentimientos, pensamientos y prácticas, la confianza e intimidad, sentimientos positivos e intenso, autocontrol de emociones, admitir o elogiar, y mostrar respeto.

- Apoyo de información: Se precisa, como la capacidad de las personas en torno al medio, pueden brindar información sobre de la naturaleza de un problema, pistas sobre cómo interpretar, evaluar y adaptarse para recibir información, indicando recursos notables para su afrontamiento.

- Apoyo material, tangible o instrumental: Se define como la prestación de apoyo material o servicios, este tipo de apoyo está ligado al bienestar, su eficacia aumenta a medida que el beneficiario la percibe.

2.3.2.4 Modelos teóricos

A. Teoría de los efectos principales o directos

Desde esta perspectiva Vaux (1988), el soporte social estaría propiciado por cinco componentes:

- Cooperación social, facilita el progreso de roles que aumenta la sensación de poder y autoestima.

- Pertenencia, a un entorno social que favorece el bienestar.
- Afecto social, están afines con el autocuidado y valoración propia.
- Acontecimientos placenteros, proporcionados por el involucramiento a un entorno social e interacción con los demás.
- Identidades sociales, el reconocimiento de las redes sociales.

Por otro lado, el modelo de Cohen (1985), quien propuso cuatro subteorías que exponen componentes específicos por lo que el intercambio social puede relacionarse con el bienestar:

- Modelos basados en información, se relacionan con el número de interacciones sociales y aumentarán el acceso a información relevante.
- Modelos basados en la identidad y autoestima, integran control ambiental, autoestima colectiva y la interacción en las redes sociales.
- Modelos de influencia social, que sugieren que los participantes de las redes sociales están sujetos a un mayor control regulatorio.
- Modelos de recursos tangibles, a través de la integración permiten un mejor acceso a los recursos físicos y económicos necesarios, limitando la exposición a factores de riesgo.

B. Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores

Hernández, Pozo y Alonso (2004) sostienen que los modelos de efectos amortiguadores establecen que el apoyo social actúa de manera indirecta, protegiendo al individuo de los efectos negativos que otras variables tienen sobre la salud y el bienestar, principalmente en situaciones de estrés

Por su parte, Vaux (1988), plantea siete componentes para manifestar los efectos de interacción del soporte social:

- Acción protectora directa, donde algunos comportamientos de apoyo advierten la aparición de ciertos factores estresantes.

- Inoculación, el apoyo social producirá una estimación primaria más detallada de los factores estresantes.
- Acción solidaria directa, donde los recursos de las relaciones sociales facilitan la adaptación a eventos estresantes.
- Directrices para evaluación secundaria, el soporte social actúa como un facilitador más realista que los recursos utilizables para hacer frente a la situación.
- Reevaluación tiene como objetivo encontrar el factor estresante menos amenazante.
- Apoyo emocional paliativo, cuando se pierde el apoyo emocional se pueden mitigar los efectos.
- Distracción, en el que el apoyo emocional logra ayudar a la persona a concentrarse en sí misma, ejecutando otras actividades gratificantes.

C. El modelo de Convoy ferroviario de las relaciones sociales de Kahn y Antonucci.

Kahn y Antonucci (1980) elaboraron un modelo de convoy teórico para exponer la distribución de las interacciones sociales y el intercambio de soporte durante la trayectoria de vida de la persona. Según Antonucci et al. (2013) el apoyo social que se propone y recoge en una situación dada depende de cómo una persona se comporte a lo largo de su vida y en el presente.

Generalmente, los autores sugirieron que el convoy brinda una base protectora como parte de una red social dinámica que viaja en el tiempo y espacio. La estructura del convoy envuelve aspectos como: tamaño de las redes sociales, estado civil, frecuencia de contacto y nivel de participación en organizaciones y actividades sociales. La funcionalidad se refiere al intercambio de diferentes tipos de soporte (ayuda, afecto, intercambio afirmativo) entre los miembros de la red, así como la algunas personas que se consideran emocionalmente cercanos. (Figura 1)

La estructura del convoy y el nivel adecuado del apoyo pueden controlar la influencia de los componentes situacionales y personales en el mejoramiento de las personas. Este

modelo considera la posibilidad de apoyo insuficiente por redundancia o escasez; finalmente, se enfatiza la prioridad del nivel de reciprocidad y el equilibrio en la interacción de soporte social como un factor evaluativo de las relaciones (Kahn y Antonucci, 1980; Antonucci et al., 2013).

La medición de convoy trata de colocar personas importantes y cercanas en círculos concéntricos que representan 3 grados de proximidad:

- Personas conocidas: En este apartado se hallan los individuos conocidos, son menos íntimos pero una importante fuente de soporte.
- Personas de confianza: representadas por individuos que generan mayor confianza y que manifiestan mayor solidaridad; como, grupos familiares, amigos y vecinos.
- Personas íntimas: Se encuentran las personas con mayor vínculo, con las que existe un nivel de reciprocidad alto.

Las interacciones sociales durante la trayectoria de vida pueden traer consigo resultados positivos o negativos en el proceso emocional de la persona, este enfoque sugiere que las relaciones cercanas serán prioritarias para conservar el bienestar con las personas de confianza y los conocidos, las relaciones con los individuos más cercanos de convoy sirven como una red psicológica de apoyo y protección contra los cambios y adecuada salud emocional. (Antonucci et al., 2013).

2.3.3. Afrontamiento al estrés

2.3.3.1 Definición:

Aguir y Muñoz (2002) hallaron que los profesionales de la salud tienden a utilizar técnicas emocionales, como la desconexión del comportamiento, la búsqueda del soporte social y emocional de la familia, expresarse en situaciones de estrés mental y emocional constante, desconectar, como mecanismos para hacer frente a las situaciones abrumadoras que se les presenten.

Baquero, Londoño y Low (1994) conceptualizan las técnicas de afronte como un conjunto de recursos y esfuerzos cognitivo y conductuales dirigidos a la resolución de problemas, reduciendo o eliminando respuestas emocionales o modificando juicios sobre la situación final.

Krzemien y Urquijo (2012) mencionan que las estrategias son muy prioritarias para aquellos que han sido sometidos a momentos estresantes, ya que les permiten llevar la enfermedad con mayor facilidad, con la aplicación de las estrategias, los individuos dirigen sus pensamientos a acudir a muchas actividades recreativas, identificar sus potenciales y aspectos de mejora frente a la enfermedad.

Una revisión de la literatura sobre este tema muestra que el postulado transaccional de la Lazarus y Folkman (1984) ha sido ampliamente aceptado por los científicos, proporcionando un importante concepto de respuesta. También ha producido una serie de trabajos y estudios que analizan como las personas lidian con los obstáculos y los momentos estresantes de sus vidas. Lazarus y Folkman (1984), sugieren que la aparición del estrés y otras respuestas está medida por la evaluación cognitiva que hace la persona. Primero, las consecuencias que la situación tiene sobre el sujeto (evaluación preliminar) y, segundo, si su situación se siente amenazada o desafiada, el sujeto valora los recursos a su alcance para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (evaluación secundaria).

2.3.3.2 Tipos de afrontamiento

Para Folkman y Lazarus (1986) establecen, mediante análisis factorial, ocho formas habituales de hacer frente a las situaciones de estrés:

- **Confrontación:** Son las acciones, esfuerzos drásticos para cambiar la situación.
- **Distanciamiento:** Intentos de distanciarse u dejar de lado el problema.
- **Autocontrol:** Son energías que ayudan a regular tus propias emociones y conductas.

- Búsqueda de apoyo social: Buscando comprensión, apoyo, orientación e indagación para potenciar sus técnicas de afrontamiento.
- Aceptación de la responsabilidad: La persona identifica e intenta resolver el conflicto.
- Huida- evitación: Comportamientos destinados a evitar situaciones, como no dormir, comer, beber, etc.
- Planificación: Intentos de cambiar el contexto, enfoque analítico de la resolución de conflicto.
- Reevaluación positiva. Esfuerzos para encontrar un sentido positivo a una situación, enfocándose en el crecimiento personal.

Por otro lado, Gonzales (2004) realiza un Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO), lo cual plantea 40 ítems organizados en 7 escalas:

- Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): Esto conduce a una visión optimista de las alternativas de frente y el pronóstico. El sujeto tanto conductual como cognitivamente, acepta un papel activo y cooperativo en todo lo relacionado con su enfermedad.
- Escala de Autocontrol y de Control Emocional (ACE): indican que la persona evalúa la situación como severa, de manera muy similar a la situación anterior, a pesar de las conductas y características especialmente pensamientos destinados a hacer desaparecer o atenuar la inestabilidad emocional que crea la enfermedad y con qué se asocia.
- Escala de Búsqueda de Apoyo Social (BAS): La búsqueda moderada de investigación como un ayuda o medio que brindará apoyo en comprender mejor su enfermedad, su sintomatología, su proceso y así poder controlarla mejor.

-

- Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): Indica como el individuo califica la situación como grave y amenazador, también se observa la inseguridad referente al desarrollo y futuro de su enfermedad. Esto lo deja preocupado y nervioso sobre sus posibilidades de controlar la situación, así como el pronóstico y resultado final.
- Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP): Muestran que tan grave y amenazante observa la situación el sujeto. Se considera muy poco probable que lo supere, y tiene una visión poco optimista y algo fatídica de su futuro, así como de su desarrollo y pronóstico de la enfermedad.
- Escala de Huida y Distanciamiento (HD): Indican cómo el individuo infravalora la situación, intenta escapar o evita la realidad de lo que sucede. Esto le hace reflexionar sobre su falta de control en el manejo de los sucesos de su enfermedad y a no utilizar comportamientos o pensamientos que afrenten la realidad.
- Escala de Negación (N): Revelan como el individuo desentiende lo que sucede a su alrededor en relación a la enfermedad y que ésta, en principio, no beneficiaría el esfuerzo para afrontar la situación de enfermedad.

2.3.3.3 Modelos teóricos de afrontamiento al cáncer

a) Modelo de Lipowski (1969- 1970)

Este un postulado que piensa que el cáncer tiene requisitos especiales, para Lipowsky, cómo la persona confronta la enfermedad depende de muchas variables:

Factores derivados de la enfermedad, es decir, médicos, significados culturales y personales de la enfermedad;

Factores físicos y entorno social, y

Factores internos, edad, creencias, valores y competencias personales.

Este modelo distingue entre estrategias de afrontamiento, que son indicadores cognitivos o conductuales estables, y estilos de afrontamiento que son conductas definidas conscientemente, acciones cognitivas o percepciones de la enfermedad y su función para objetivos de adaptación.

Los implicaciones subjetivas que puede tener el cáncer son, (a) el desafío: genera estilos de afrontamiento activos y adaptativos; (b) intimidación: produce respuestas de ansiedad, ira y/o miedo que motivan al paciente a querer superar el cáncer o a entregarse según su capacidad, (c) castigo: la enfermedad se considera justa o injusta, (d) debilitante: Es vista como un indicador de una pérdida a de control personal con culpa, (e) liberación: De la responsabilidad u obligación en relación con un beneficio secundario complejo de la enfermedad, (f) estrategia: La enfermedad es vista como una forma de adquirir ayuda, (g) pérdida: Percepción del paciente que le da a lo perdido, (h) crecimiento: relacionado con ver la enfermedad como algo que puede fomentar el desarrollo la personalidad y lograr la evolución personal.

b) Modelo Lazarus y Folkman (1984)

Lazarus y Folkman (1984) proponen que las personas enfrentan de diferentes modos los estresores del medio. Ellos consideran que en el estrés ocurren procedimientos denominados procesos de afrontamiento: (Figura 3)

La evolución primaria, que es la percepción de un hecho como amenazante.

La evolución secundaria, que comprende la elección mental de una estrategia para enfrentar el suceso evaluando como es la amenaza.

La respuesta de afrontamiento, que comprende la ejecución en forma cognitiva y/o conductual de la estrategia elegida.

Enfatizan que estos procesos no se dan de forma aislada, sino más bien ocurre secuencialmente, donde uno incluye al otro. Desde que Lazarus formuló su modelo de estrés en 1984, el interés por estudiar las estrategias que utilizan los individuos para afrontar situaciones difíciles está en aumento.

Lazarus y Folkman (1984) establecen dos tipos de modalidades de afrontamiento:

Afrontamiento Focalizado en el problema: Este modo de afronte tiene como objetivo principal corregir situaciones o eventos estresantes debido a los efectos negativos de las circunstancias ambientales extremas para el individuo. Además, este modo de afronte se divide en dos grupos; el primero, incluye estilos para cambiar las condiciones ambientales, las limitaciones, recursos, procedimientos, etc.; en el segundo grupo, las estrategias responsables de los cambios motivacionales o cognitivos percibidos, como el grado de cambios, la exploración de diferentes canales de gratificación, así como el progreso de patrones de comportamiento y nuevos aprendizajes.

Afrontamiento centrado en la emoción: Su función es regular las emociones, incluidos los esfuerzos para cambiar el malestar y controlar las etapas emocionales provocados por el evento estresante. Esto se puede lograr impidiendo la situación estresante, reevaluando conscientemente el evento que lo está molestando o participando selectivamente en aspectos más optimistas. Como tal, es más probable que surjan formas de afronte basadas en las emociones cuando hay una valoración en la que no se puede hacer nada para corregir las condiciones obstaculizadoras, intimidantes o alarmantes del entorno.

c) **Modelo de Ajuste Psicológico al Cáncer de Moorey y Greer (1989).**

Moorey y Greer (1989) muestran un postulado de la importancia individual del cáncer y el proceso de enfrentamiento de este, considerando que recibir un diagnóstico de cáncer genera un quiebre en los sentimientos de invasión personal que impulsa un proceso de valoración cognitiva.

Los pensamientos, emociones y comportamientos asociados con la enfermedad representan estilos de afrontamiento desarrollados en respuesta a la enfermedad. Cada técnica de afrontamiento tendrá un esquema cognitivo para seleccionar, filtrar e interpretar la indagación relacionada con el cáncer. Los patrones de ajuste son arquetipos de respuesta y son dimensionales, es decir, los individuos manifiestan a la enfermedad con contestaciones más o menos similares a cada sujeto y pueden utilizar diferentes patrones de ajuste en distintos puntos del avance de su enfermedad.

Este postulado advierte cinco técnicas de afrontamiento que han sido validados en pacientes con diferentes tipos de cáncer mediante el cuestionario Mental Adjustment to Cáncer y en función de la valoración del paciente; conciencia situacional, estimulando diferentes estrategias de afrontamiento, adaptación y apego a un determinado tono emocional.

Los modos son; el espíritu de la lucha, la evitación o negación, el fatalismo o aceptación estoica, el desamparo o desesperanza y la preocupación ansiosa.

2.3.3. Apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en el contexto oncológico

Para Bayés (1994), las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los pacientes oncológicos serían: buscar información sobre la enfermedad y tratamientos, buscar apoyo social y confortación, atribución, acción impulsiva, evitar confrontaciones, afrontamiento activo.

Es cierto que un mecanismo por el cual el soporte social puede originar la adaptación de la persona, mediante el efecto de los procedimientos de afronte, por lo tanto, la investigación o el consejo de algunos sujetos tiene sentido, puede influir claramente en la evaluación de lo que hace que la situación sea estresante, y en conclusión, sobre los estilos de técnicas que usará. (Rodríguez, et al ,1993)

En el trabajo de Kopro, et al (1997) cobra especial relevancia, pues se preocupa por explicar el modo de impactos directos y/o amortiguadores del soporte social mediante la interacción con la observación de la enfermedad y la adaptación; pero, sobre todo, también por la consideración de que el apoyo social favorable y real afecta los resultados de salud de diferentes maneras. Por lo tanto, los investigadores sugieren que el conocimiento de la disponibilidad de soporte admite que los pacientes lo utilicen como estrategia. Por su parte, el apoyo social sólo beneficiará a la salud si consigue influir en los pacientes que tienen dificultad para responder adecuadamente a un estresor mediante el afrontamiento.

Por su parte, Aymanns et al., (1995) sugieren la posibilidad de una relación bidireccional entre soporte y adaptación. Es otras palabras, si las diferentes formas de soporte influyen en las técnicas de afrontamiento de los pacientes con cáncer, esto podría mejorar la intensidad y el ajuste del soporte a medida que responden a su relación y usan estas estrategias para fortalecer esa relación.

A modo de conclusión, en investigaciones mencionadas con anterioridad se corroboran las relaciones del apoyo social con determinados estilos de afrontamiento y/o percepción de estrés por la enfermedad. Asimismo, es importante mencionar que la enfermedad del cáncer no sólo produce estrés en las personas que lo padecen, sino que también hay un cambio en la dinámica de las relaciones familiares, sociales y en la representación de los roles habituales. (Rodríguez, et al ,1993)

2.4 Fundamentos teóricos que sustentan el estudio

2.4.1 Apoyo social Percibido

De acuerdo con el Modelo de Convoy ferroviario de las relaciones sociales de Kahn y Antonucci (1980) mencionadas líneas arriba plantean el siguiente esquema.

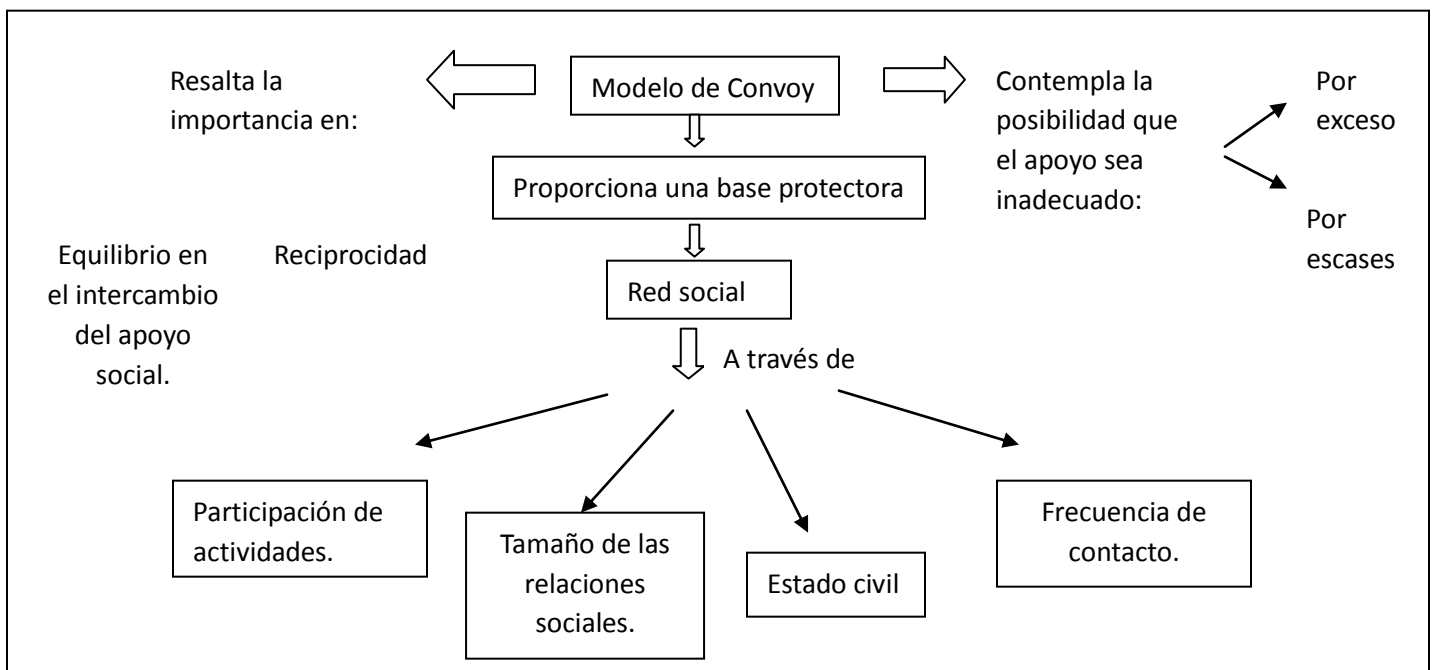


Figura 1. *Elaboración propia.* La estructura del Convoy está estructurada para implementar los factores y aspectos que determinen la influencia de forma positiva con el fin de generar bienestar personal.

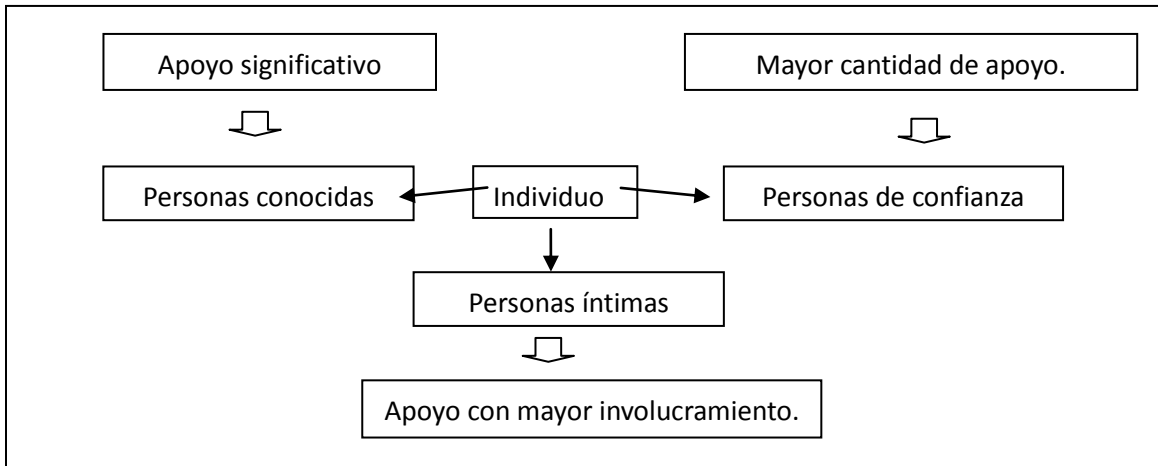
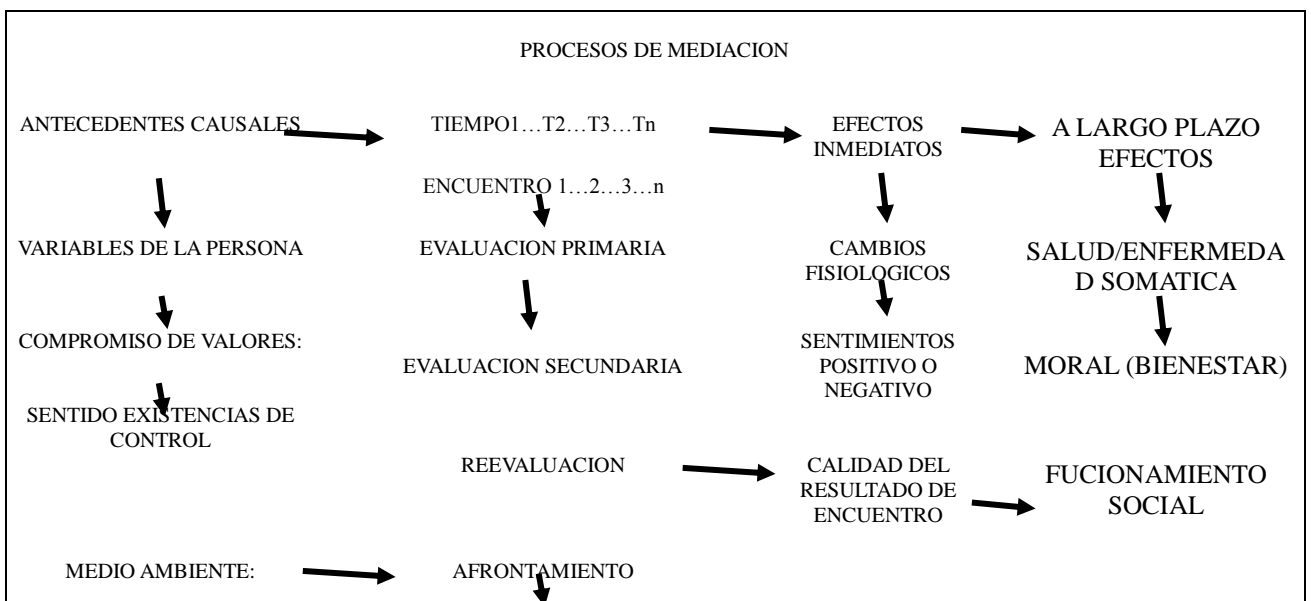


Figura 2. *Elaboración propia.* El modelo de Convoy planteó tres tipos de personas que sean de cercanía e importancia para fortalecer las relaciones sociales y diferenciar las redes con las que cuentan los individuos.

2.4.2 Afrontamiento al estrés

Con respecto al modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), proponen el siguiente esquema.



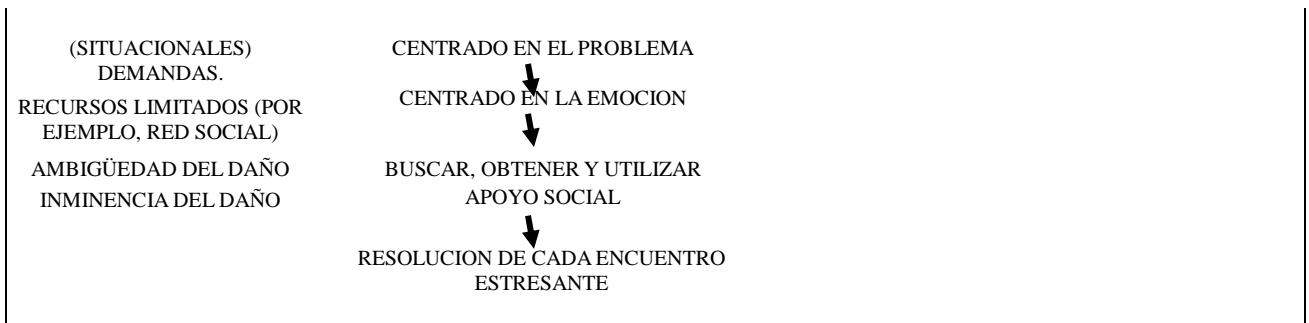


Figura 3: Una esquematización teórica del estrés, el afrontamiento y la adaptación. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

2.5 Definiciones de términos básicos

2.5.1 Estrategias de afrontamiento al estrés:

Definición conceptual: Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Definición operacional: Registro del puntaje obtenido a través del Cuestionario de Afrontamiento al estrés por Gonzáles (2004). Consta de 40 ítems distribuidos en 7 dimensiones, empleando una escala de Likert del 0-4 (0=Nunca, 1=Algunas veces, 2=Muchas veces, 3=Casi siempre). Con categoría de positivo, realmente positivo, no definido, preferentemente definido, negativo. Instrumento aplicado en el estudio de Diaz y Yaringaño (2010), quienes corroboraron las propiedades psicométricas del cuestionario en Lima.

2.5.2 Apoyo social percibido:

Definición conceptual: Kahn y Antonucci (2013), definen el apoyo social como la reciprocidad de afecto, soporte y afirmación entre los individuos. Estas transferencias, generalizan factores como el soporte material, soporte emocional, relaciones de ocio y distracción y soporte afectivo.

Definición operacional: Registro del puntaje obtenido a través del Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Sherbourne y Stewart (1991), instrumento validado en Perú por Baca (2016). Consta de 20 ítems conformado por 2 áreas: apoyo social estructural (Un ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional, que consta de 3 dimensiones (19 ítems de respuestas múltiple); asimismo, se emplea la escala de Likert de 1-5 (1=Nunca, 2=Casi nunca, 3=A veces, 4=Casi siempre, 5=Siempre). Finalmente, con categorías de Muy alto, alto, regular, bajo y muy bajo.

2.5.3 Edad:

Definición conceptual: Tiempo que una persona, determinados animales o vegetales han vivido. (La Real academia española [RAE], 2019)

Definición operacional: La edad se define en rangos: 18 a 40 años, 41 a 60 años y mayores de 61 años y la información se recopila a través de la ficha sociodemográfica o entrevista inicial.

2.5.4 Sexo:

Definición conceptual: Estado orgánico, varón o mujer, de los animales y las plantas (Real Academia española [RAE], 2019)

Definición operacional: El sexo se define como masculino y femenino. La información se recopila a través de la ficha sociodemográfica o entrevista inicial.

2.5.5 Tipos de cáncer:

Definición conceptual: Los tipos de cáncer más habituales en el Perú en individuos de sexo masculino son el cáncer de próstata (24.7%), estómago (10%) y colorrectal (7.3%). En el sexo femenino prevalece el cáncer de mama (19.5%), cérvix (11.4%) y estómago (7.4%) (IARC, 2018).

Definición operacional: El tipo de cáncer se define como cáncer de tejidos blandos, cáncer gastro-intestinal, cáncer de seno, cáncer de vías reproductivas y otros. La información se recopila a través de la ficha sociodemográfica o entrevista inicial.

2.5.6. Estadio del cáncer

Definición conceptual: El estadio se describe a la dilatación de su cáncer, que significa, qué tan grande es el tumor y si se ha expandido. (NIH,2015)

Definición operacional: Se agrupan en 5 estadios I, II, III, IV y V. La información se recopila a través de la ficha sociodemográfica o entrevista inicial.

2.5.7 Estado civil

Definición conceptual: Situación de una individuo en referente a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen validar en el Registro Civil y que definen el ámbito propio de poder y compromiso que el derecho comprende a las personas naturales. [RAE], 2019)

Definición operacional: El estado civil está catalogado por soltero, viudo, divorciado, casado y conviviente. La información se recopila a través de la ficha sociodemográfica o entrevista inicial.

2.6 Hipótesis

2.6.1 Hipótesis general

H_1H_1 : El apoyo social percibido es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_0H_0 : El apoyo social percibido no es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

2.6.2 Hipótesis específicas

H_1H_1 El apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés se presentan entre niveles entre medios a altos en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_0H_0 El apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés no se presentan entre niveles medios a altos en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_2H_2 Existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana en función a la edad, estado civil, estadio de cáncer, sexo y tipo de cáncer.

H_0H_0 No existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana en función a la edad, estado civil, estadio de cáncer, sexo y tipo de cáncer.

H_3H_3 Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_0H_0 No existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_4H_4 El apoyo informacional es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_0H_0 El apoyo informacional no es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_5 El apoyo emocional es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_0H_0 El apoyo emocional no es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

H_6 El apoyo instrumental es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

H_0 El apoyo instrumental no es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

2.7 Variables

Las matrices de operacionalización de ambas variables se visualizan en los anexos n° 2 y 3.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, método y diseño de la investigación

En primer lugar, el enfoque de investigación es de tipo cuantitativo. Sobre el nivel o diseño de investigación, según ciertos autores (Hernandez-Sampieri y Mendoza Torres, 2018), sería de carácter explicativo, ya que se incluyen estudios que pretenden identificar análisis de influencia y regresión bajo esta categoría. Sin embargo, existen otros autores que estipulan que estudios de regresión se considerarían diseños netamente correlacionales, por el hecho de identificar el grado de asociación entre variables, y no específicamente una relación de causa-efecto, como lo estipulan los estudios de carácter experimental (Whitley y Kite, 2018).

Además, se presenta un diseño no experimental de corte transversal, debido a que no se busca identificar relaciones de causa-efecto entre las variables de estudio, específicamente, se utilizará el método de regresión lineal, para identificar el grado de influencia en la varianza de una variable (apoyo social percibido y sus dimensiones) sobre la otra (estrategias de afrontamiento frente al estrés; Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Finalmente, se utilizó un diseño de tipo instrumental (Ato et al., 2013), ya que se obtuvieron las propiedades psicométricas de ambos tests psicológicos.

3.2. Población y muestra

Se consideraría como población a todos los pacientes oncológicos adultos que radiquen en Lima Metropolitana. Según INEN (2018), en las estadísticas del mismo año, fueron 8212 pacientes oncológicos aproximadamente que residen en Lima.

La muestra estuvo conformada por pacientes oncológicos adultos, siendo el muestreo para la presente investigación no probabilístico, de carácter intencional (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Participarían pacientes asistentes a dos instituciones hospitalarias públicas.

a) Criterios de inclusión

- Ser diagnosticado de cáncer en Lima Metropolitana.
- Tener diagnóstico en fase 1, 2, 3, 4 y 5 de cualquier tipo de cáncer.
- De ambos sexos.
- Tener edades a partir de los 18 años.
- Leer y firmar el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Tener patología dual (otra enfermedad de carácter mortal).
- Aquellos que no respondieron todos los ítems.
- Presencia de algún trastorno psiquiátrico.
- Presencia de desorientación significativa.

Para identificar el tamaño de la muestra, se utilizó el programa estadístico G*Power (Buchner, Erdfelder, Faul, y Lang, 2014), considerándose un análisis de potencia a priori para una regresión lineal múltiple con un modelo fijo de desviación de cero del efecto de R^2 .

En primera instancia, se tomó en cuenta el resultado obtenido por Gonzáles Castillo (2018), en la cual se identifican promedios de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio. Se consideró para la presente investigación el coeficiente de correlación de $r = .36$. En función a ello, se determina el tamaño del efecto $f^2 = .15$. Se utilizó también un nivel de significancia de .05, al tratarse de un nivel alfa estándar (Wright,

2003). Como valor de potencia, se utilizó el criterio propuesto por Wright (2003), de un nivel mínimo de un 80%. Finalmente, se consideraron los tres predictores que van acorde a la prueba de Apoyo Social Percibido de MOS validada en Trujillo, Perú (Baca, 2016). En función a estos parámetros, se recomienda de una muestra mínima de 77 participantes.

Es importante mencionar que, debido a que se obtendrán las propiedades psicométricas pertinentes de validez (evidencias de validez basadas en la estructura interna por el método de análisis factorial exploratorio [AFE]), de confiabilidad (coeficiente de consistencia interna por el método de coeficiente Omega) y normas (baremos percentilares), siendo ello algo fundamental ya que se estaría trabajando con una nueva muestra con características diferentes a estudios anteriores (AERA, APA, & NCME, 2014). En primer lugar, el cuestionario que evalúa el apoyo social percibido ha sido validado en Trujillo, Perú, mas no existen estudios a nivel de Lima Metropolitana. En el caso del cuestionario que mide las estrategias de afrontamiento frente al estrés, si bien se han realizado procesos de validación en Lima, no se describen de manera detallada cómo se obtuvo el número de factores ni se describe el proceso claramente. Por estas condiciones, la cantidad de participantes variaría.

Existen diversos autores que proponen que, para realizar el AFE, se requiere de un mínimo de 100 participantes (Cea, 2004; Grosuch, 1983; Kline, 1994). Además, para obtener el análisis de confiabilidad a través de métodos de consistencia interna, se necesita como mínimo también esa cantidad (Kline, 2000). Es en base a ello y tomando en cuenta al ser una muestra bastante específica y difícil de acceder, participaron en el presente estudio una cantidad mínima de 100 pacientes oncológicos.

c) Características Sociodemográficas

Al considerarse las características del muestreo, además de los criterios de inclusión y exclusión previamente referidos, la muestra estuvo conformada por 100 pacientes de ambos sexos entre las edades de 18 a 85 años, pacientes asistentes a dos instituciones hospitalarias públicas. En las siguientes tablas, se especifican todas las variables sociodemográficas obtenidas en la muestra.

Tabla 1
Características sociodemográficas según sexo

Sexo	Número de participantes	Porcentaje
Masculino	31	31%
Femenino	69	69%

Tabla 2
Características sociodemográficas según edad

Edad	Número de participantes	Porcentaje
18-30 años	11	11%
31-50 años	29	29%
51-70 años	45	45%
71 a más	15	15%

Tabla 3
Características sociodemográficas según distrito

Distrito	Número de participantes	Porcentaje
Independencia	11	11%
Miraflores	1	1%
San Martín de Porres	29	29%
San Juan de Lurigancho	2	2%
Santiago de Surco	1	1%
Rímac	7	7%
Puente piedra	6	6%
Los olivos	15	15%
Comas	10	10%
Ancón	6	6%
Carabayllo	5	5%
La molina	1	1%
Jesús maría	1	1%
Pueblo Libre	1	1%
Breña	3	3%
San Juan de Miraflores	1	1%

Tabla 4

Características sociodemográficas según estado civil

Estado civil	Número de participantes	Porcentaje
Soltero	29	29%
Conviviente	19	19%
Divorciado	5	5%
Casado	40	40%
Viudo	7	7%
Soltero con pareja	0	0%

Tabla 5

Características sociodemográficas según grado de instrucción

Grado de instrucción	Número de participantes	Porcentaje
Primaria completa	9	9%
Primaria incompleta	13	13%
Secundaria completa	34	34%
Secundaria incompleta	10	10%
Técnico completo	10	10%
Técnico incompleto	1	1%
Universitario completo	16	16%
Universitario incompleto	7	7%

Tabla 6

Características sociodemográficas según tipo de cáncer

Tipo de cáncer	Número de participantes	Porcentaje
Cáncer de mama	33	33%
Cáncer endometrio	2	2%
Cáncer de lengua	1	1%
Tiroides	6	6%
Cáncer de ganglios	1	1%
Linfoma de hotkin	4	4%
Cáncer de próstata	3	3%
Cáncer de ovario	3	3%
Linfoma de manto	1	1%
Mieloma múltiple	1	1%
Cáncer de colon/recto	13	13%
Cáncer de gástrico	6	6%
Cáncer de pulmón	4	4%
Cáncer de duodeno	1	1%
Cáncer de útero	2	2%

Cáncer de laringe	2	2%
Cáncer vulvar	1	1%
Cáncer de fosa nasal	1	1%
Cáncer de cuello	1	1%
Cáncer de seno maxiliar	1	1%
Cáncer de vejiga	1	1%
Sarcoma Kaposi	1	1%
Carcinoma epidermoide	1	1%
Sarcoma mixoide de muslo	1	1%
Cáncer de vesícula biliar	1	1%
Cáncer de la piel	2	2%
Cáncer de testículo	1	1%
Cáncer de esófago	1	1%
Tumor cerebral	2	2%
Cáncer de las vías biliares	1	1%
Cáncer del estomago	1	1%

Tabla 7

Características sociodemográficas según tiempo que lleva con la enfermedad

Tiempo que lleva con la enfermedad	Número de participantes	Porcentaje
Menos de 1 mes	1	1%
1 a 3 meses	1	1%
4 a 6 meses	6	6%
7 meses a mas	92	92%

Tabla 8

Características sociodemográficas según estadio de enfermedad

Estadio de la enfermedad	Número de participantes	Porcentaje
Estadio I	10	10%
Estadio II	20	20%
Estadio III	43	43%
Estadio IV	16	16%
Estadio V	3	3%

N=100

Tabla 9

Características sociodemográficas según presencia de otra enfermedad crónica

Sufre alguna enfermedad crónica	Número de participantes	Porcentaje
Hipertensión	14	14%
Diabetes	3	3%
Ninguna	63	63%
Otra	0	0%

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Ficha Sociodemográfica

Se organizó una encuesta sociodemográfica en la cual se ultiman algunos datos considerables para la presente investigación (edad, sexo, grado de instrucción, estadio del cáncer, tipo de cáncer, etc.) (Ver Anexo 5).

3.3.2. Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)

EL Cuestionario de MOS de apoyo social percibido, fue elaborado por Sherbourne y Stewart (1991) y adaptado por Baca (2016) en Trujillo, Perú.

a) Ficha Técnica:

Forma de Administración : Individual y Colectiva.

Ámbito de Aplicación : El cuestionario es aplicable para personas mayores de 18 años.

Duración : 15 minutos (aprox.)

Calificación : Las respuestas se califican en escala de Likert.

Descripción de la prueba : Es un cuestionario de 20 ítems, distribuidas por dos áreas: apoyo social estructural y apoyo social funcional; y tres dimensiones. Procura valorar por una parte las características cuantitativas u objetivas del entorno de apoyo social, tales como tamaño y densidad; y, por otro lado, el impacto o consecuencias que le proponen a la persona la flexibilidad y mantenimiento de las interacciones sociales que tiene en su entorno.

Dimensiones : Apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo instrumental.

b) Validez:

Sherbourne y Stewart (1991) hallaron como resultado de la escala general, un coeficiente alfa de Cronbach de .97; y, a nivel de las dimensiones, entre .91 y .96; niveles estimados muy adecuados. Las investigaciones compiladas establecieron por medio del alfa de Cronbach: a nivel de escala general, de .86 a .97; a nivel de dimensiones, de .74 a .96. Por su parte, Baca (2016) ejecutó la validación con una población de 100 pacientes, meditó conveniente el uso del análisis exploratorio, la medida de adecuación de muestreo KMO fue de .887 de nivel moderado, por lo que se estableció la factorización como adecuada; el test de esfericidad de Bartlett tuvo una valoración muy significativo ($p < .01$); asimismo, se empleó la extracción de factores con el método de componentes principales, identificándose que el modelo de tres factores expuso 54.240% de la varianza total. Para la interpretación de los factores se manejó la rotación promax de tipo oblicua, encontrándose en la estructura factorial que: apoyo informacional (F1) con 9 ítems, apoyo emocional (F2) con 6 ítems, y apoyo instrumental (F3) con 4 ítems, las saturaciones.

c) Confiabilidad:

Sherbourne y Stewart (1991) descubrieron correlaciones entre las dimensiones de .72 a .88, considerados niveles altos de correlación, se estableció mediante del AFE niveles entre 59% y 69% de la varianza explicada. Baca (2016) examinó la confiabilidad por consistencia interna, donde se hallaron niveles adecuados de fiabilidad de Alfa de Cronbach, en apoyo instrumental (.708), en apoyo afectivo (.871) y en apoyo informacional (.908) de consistencia interna entre los ítems y la prueba total.

Para la presente investigación, se obtuvieron las propiedades psicométricas correspondientes.

3.3.3. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO)

Se utilizó el cuestionario de afrontamiento al estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) elaborado por González (2004) y las propiedades psicométricas fueron corroboradas por Díaz y Yaringaño (2010)

a) Ficha Técnica:

Forma de Administración : Individual y colectiva

Ámbito de Aplicación : Adultos que padecen de cáncer.

Duración : 25 minutos (aprox.)

Calificación : Las respuestas se califican en escala de Likert 0-4.

Descripción de la prueba : El cuestionario está compuesto por 40 ítems conformados por siete escalas, cada una pertenecen a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento. Este cuestionario es una herramienta de recopilación de información sobre las técnicas de afronte (conductas y cogniciones) que usa un individuo cuando se expone ante una situación de estrés, procedente por el diagnóstico de su enfermedad, así como por los procedimientos médicos y otras situaciones sociales y familiares que infuyen en torno a la enfermedad.

Dimensiones : Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA), Escala de Autocontrol y de Control Emocional (ACE), Escala de Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA), Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP), Escala de Huida y Distanciamiento (HD) y Escala de Negación (N).

b) Validez:

Gonzales (2004) realizó su estudio con una muestra de 169 pacientes que estuvieron diagnosticados de algún tipo de cáncer de cara y cuello, a través del análisis factoriales exploratorios (componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser), donde se halló 7 dimensiones en el CAEPO. Las puntuaciones de las saturaciones factoriales se sitúan entre 0,64 y 0,87, por lo que se considera muy satisfactorios y admiten afirmar la estructura factorial del cuestionario y la validez de las escalas. Por su parte, Diaz y Yaringaño (2010), exploraron la validación en una muestra de 287 pacientes oncológicos de Lima entre las distintas escalas y los estilos de afrontamiento. Por lo que se percibe, que las subescalas enfrentamiento y lucha Activa (ELA), Autocontrol y Control Emocional (ACE), Búsqueda y Apoyo Social (BAS), correlacionan de manera directa y significativa con el estilo 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 estilo de Afrontamiento Negativo al Estrés, resultados que

coinciden con la propuesta del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos (CAEPO).

c) Confiabilidad:

Gonzales (2004) estableció la confiabilidad mediante los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), resultándose en todas las escalas índices superiores a 0,80, con excepción en la escala N donde la escala se asemeja a ese valor. Así también, Diaz y Yaringaño (2010) en relación a la fiabilidad, los autores computaron mediante los coeficientes de consistencia interna de las escalas Alfa de Cronbach (α); para el caso del afrontamiento preferentemente positivo $\alpha=0,642$ y en el caso del tipo de afrontamiento preferentemente negativo $\alpha=0,709$. Para la presente investigación, se obtuvieron las propiedades psicométricas correspondientes.

3.4. Descripción de procedimientos de análisis

Según los estándares internacionales de la evaluación psicológica y el uso de herramientas de medición (AERA et al., 2014), debido a que ambos instrumentos van a ser utilizados en una nueva muestra de pacientes oncológicos, se requiere obtener las propiedades psicométricas que permitan las interpretaciones de las inferencias de los constructos a evaluarse (evidencias de validez), como la identificación de la consistencia de las puntuaciones derivadas de los tests aplicados a la muestra (confiabilidad). Cabe agregar que, los análisis psicométricos anteriores han sido elaborados en otros contextos (cuestionario MOS), o no han sido correctamente justificados (cuestionario CAEPO). Ante tal necesidad, es relevante iniciar con el análisis psicométrico.

En primer lugar, se pretendió identificar todos los estadísticos descriptivos (media aritmética, mediana, moda, desviación estándar, asimetría, curtosis, puntaje máximo y mínimo y rango) de cada uno de los ítems. Posteriormente, se pretendió identificar la estructura factorial tanto del cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS), como del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO), además de los coeficientes de confiabilidad de las puntuaciones por el método de consistencia interna denominado Omega y baremos percentilares, a través de los programas estadísticos Factor y Jamovi.

En función a las evidencias de validez basadas en la estructura interna de ambos instrumentos, se obtuvieron los estadísticos descriptivos (media, mediana, desviación estándar, asimetría, curtosis, puntaje mínimo, puntaje máximo y rango) de cada una de las variables de estudio.

Posteriormente, se utilizó la prueba de bondad de ajuste o de normalidad de Shapiro-Wilk para identificar la distribución de los puntajes a nivel de población. En función a estos resultados, para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre variables, se optó por aplicar pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis) para realizar los análisis. En el caso de las correlaciones, utilizaron los coeficientes no lineales denominados rho de Spearman y tau b de Kendall. Debido a que no se cumplieron los supuestos básicos de linealidad y distribución normal de las puntuaciones, no se realizó el análisis de regresión lineal. Todos los análisis inferenciales se obtuvieron mediante el programa estadístico SPSS. Se tomó como criterio para identificar si es un resultado significativo un grado de significación de $p < .05$.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis psicométricos

4.1.1.1. Cuestionario MOS

4.1.1.1.1. Evidencias de validez vinculadas con la estructura interna

Para examinar las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del cuestionario MOS, se elaboró el análisis factorial exploratorio (AFE) sobre los 20 ítems que acceden a la prueba a través del programa Factor 10.10.1. Se decidió utilizar una matriz de correlaciones policóricas, debido a que los ítems trabajan bajo una escala ordinal (Loehlin y Beaujen, 2017).

De acuerdo con los primeros resultados, la prueba de esfericidad de Bartlett manifiesta que los datos que conforman la matriz de correlación presentan cierto grado de asociación, oponiéndose a la propuesta de una matriz de identidad ($\chi^2=1057.3$, $gl=171$, $p<.001$). En relación con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) se obtuvo un coeficiente de .90, lo cual indica una interpretación muy buena y siendo pertinente considerar la aplicación del análisis factorial exploratorio (Kaiser y Rise, 1974).

En segundo lugar, como método de extracción, se utilizó el método *Unweighted Least Squares* (ULS), uno de los más recomendados ya que trabajan con variables ordinales, de las cuales se basan las correlaciones policóricas, además de haber demostrado su efectividad en estudios de simulación de datos y no necesitar de tantos supuestos de la distribución de la data como otros métodos (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014).

Asimismo, para identificar el número de factores, se aplicó el análisis paralelo, siendo este método el más recomendado ya que ha demostrado su efectividad en varios estudios de simulación (Humphreys y Montanelli, 1975). Se obtuvo como recomendación una estructura unidimensional de la prueba, la cual explica el 83.18% de la varianza única. Las cargas factoriales de los ítems oscilan entre coeficientes de .80 a .96 (ver Tabla 10).

Tabla 10

Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)

Ítem	F1
i2	.82
i3	.92
i4	.93
i5	.90
i6	.91
i7	.89
i8	.94
i9	.95
i10	.91
i11	.94
i12	.84
i13	.92
i14	.92
i15	.80
i16	.93
i17	.94
i18	.92
i19	.96
i20	.88

N=100

4.1.1.1.2 Evidencias de confiabilidad mediante coeficiente de consistencia interna Omega

Se estimó el nivel de confiabilidad proveniente de las puntuaciones del Cuestionario MOS a través del método de consistencia interna denominado Omega. Se decidió optar por este método ya que requiere de menor cantidad de supuestos teóricos a cumplirse para su uso, en comparación al Alfa de Cronbach (McNeish, 2018). Han existido muchas críticas sobre el Alfa de Cronbach debido a que se requiere cumplir los supuestos estrictos de unidimensionalidad de la prueba, trabajar con variables continuas y la tau-equivalencia, siendo estos estándares poco realistas en la mayoría de tests psicológicos (McNeish, 2018).

Se obtuvo un coeficiente de consistencia interna Omega altamente confiable ($\omega = .99$). De acuerdo con Nunally y Bernstein (1994), este valor indica un grado apropiado de consistencia en el contenido muestreado en los ítems de la prueba para su uso en investigación básica.

4.1.1.1.3 Baremos percentilares

Los percentiles son medidas de posición que pretenden la división de la distribución en partes iguales (Muñiz, 2018). Debido a su fácil comprensión y su gran posibilidad de adaptarse a las características de diversos instrumentos, se procedió a la elaboración de baremos percentilares, para así poder realizar las comparaciones de un puntaje de un sujeto con las puntuaciones obtenidas de este grupo normativo (Muñiz, 2018).

Tabla 11

Baremos percentiles del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

Percentiles	Puntaje
1	--
2	37
3	38
4	43
5	47
10	63
15	75
20	76
25	79
30	80
35	82
40	86
45	93
50	--
55	--
60	--
65	--
70	--
75	--
80	--
85	--

90	--
95	--
96	--
97	--
98	--
99	95

4.1.1.2 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO)

4.1.1.2.1 Evidencias de validez vinculadas con la estructura interna

Para estudiar las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del CAEPO, se elaboró un análisis factorial exploratorio (AFE) sobre los 40 ítems que conforman la prueba en el programa FACTOR 10.10.1.

En un primer análisis, se pretendió identificar la estructura factorial; sin embargo, esto no pudo ser viable. Debido a una gran cantidad de covarianzas entre algunos ítems, ello no permitió la obtención de la matriz de correlaciones policóricas. Una de las recomendaciones que brindó el programa fue la eliminación de dos ítems (ítems 17 y 28). Al ser eliminados, se pudo realizar el AFE. Para este segundo intento, se utilizó una matriz de correlaciones policóricas para factorizar los resultados y debido a que los ítems trabajan bajo una escala ordinal (Loehlin y Beaujen, 2017).

De acuerdo con los últimos resultados, la prueba de esfericidad de Barlett manifiesta que los datos que conforman la matriz de correlación son significativos ($\chi^2=984.4$, $gl=703$, $p<.001$). En relación con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), se obtuvo un puntaje de .89, lo cual se clasifica como un puntaje meritorio (Kaiser y Rise, 1974).

En segundo lugar, como método de extracción, se utilizó el método *Unweighted Least Squares* (ULS). Este ha sido seleccionado ya que puede utilizar variables ordinales y por lo tanto, se basan sus análisis en las correlaciones policóricas. Por otro lado, en estudios de simulación de datos, ha mostrado ser un método efectivo, no necesitando de tantos supuestos de la distribución de la data como otros métodos para así cumplir con su objetivo (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernpandez-Baeza y Tomás-Marco, 2014).

Asimismo, para identificar el número de factores, se aplicó el análisis paralelo, siendo este método un proceso que ha demostrado su efectividad en varios estudios de simulación, además de ser el más recomendado (Humphreys y Montanelli, 1975). Se identificó una estructura bidimensional de la prueba, la cual explica el 54.95% de la varianza única a través de esta propuesta. Como método de rotación oblicua, se consideró aquel denominado Promin, siendo el método más refinado y recomendable en la actualidad, además de considerar el grado de relación entre factores (Lorenzo-Seva, 1999).

La propuesta de dos factores contradice la cantidad de dimensiones previamente propuestas por los autores originales (González, 2004) y las propiedades psicométricas que fueron corroboradas por Díaz y Yaringaño (2010). Al revisarse los ítems y el contenido de estos, se pudo identificar que estos podrían ser categorizados como estrategias desadaptativas de afrontamiento (F1) y estrategias adaptativas de afrontamiento (F2). En la siguiente tabla, se estipulan los ítems pertenecientes a cada factor y las cargas factoriales.

Tabla 12
Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAEPO)

Ítem	F1	F2
i1	--	.78
i2	--	.88
i3	--	.80
i4	.64	--
i5	--	.78
i6	.60	--
i7	--	.80
i8	.53	--
i9	.65	--
i10	--	.84
i11	--	.38
i12	--	.83
i13	--	.61
i14	.68	--
i15	--	.63
i16	--	.75
i18	.70	--
i19	--	.85
i20	.62	--
i21	--	.90
i22	.53	--
i23	--	.59

i24	--	.91
i25	--	.81
i26	.59	--
i27	.61	--
i29	.80	--
i30	--	.80
i31	--	.87
i32	.76	--
i33	--	.76
i34	.64	--
i35	--	.36
i36	-.49	--
i37	--	.63
i38	.69	--
i39	--	.91
i40	--	.81

En función a la estructura factorial de la prueba, los ítems se encontrarían clasificados de la siguiente manera.

Tabla 13

Distribución de los ítems del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAEPO)

Factor	Ítems
Estrategias desadaptativas	4, 6, 8, 9, 14, 18, 20, 22, 26, 27, 29, 32, 34, 36*, 38
Estrategias adaptativas	1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40

*Ítem inverso

4.1.1.1.2 Evidencias de confiabilidad mediante coeficiente de consistencia interna Omega

Se evaluó el nivel de confiabilidad derivado de las puntuaciones de la aplicación del CAEPO a través del método de consistencia interna denominado Omega. Se decidió optar por este método ya que requiere de menor cantidad de supuestos teóricos a cumplirse para su uso, en comparación al Alfa de Cronbach (McNeish, 2018). Han existido muchas críticas sobre el Alfa de Cronbach debido a que se requiere cumplir los supuestos estrictos de

unidimensionalidad de la prueba, trabajar con variables continuas y la tau-equivalencia de la prueba, siendo estas características no tan presentadas en la mayoría de tests psicológicos (McNeish, 2018).

En los puntajes del factor de estrategias desadaptativas de afrontamiento, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna Omega altamente confiable ($\omega = .91$), al igual que en el factor de estrategias adaptativas de afrontamiento ($\omega = .97$). De acuerdo con Nunally y Bernstein (1994), este valor indica un grado apropiado de consistencia en el contenido muestreado en los ítems de la prueba para su uso en investigación básica.

En la prueba total, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna Omega altamente consistente ($\omega = .96$)

4.1.1.1.3 Baremos percentilares

Los percentiles consisten en la división de la distribución de puntuaciones del grupo de referencia en 100 partes (99 percentiles en total) (Furr y Bacharach, 2013; Muñiz, 2018; Salkind, 2017). Es por ello, que se optó la construcción de baremos para la posible evaluación en función a las puntuaciones obtenidas de este grupo normativo.

Tabla 14

Baremos percentiles del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAEPO) en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

Percentiles	Puntaje	
	Estrategias desadaptativas	Estrategias adaptativas
1	--	--
2	--	--
3	--	--
4	2	--
5	--	--
10	--	0
15	--	23
20	3	32
25	4	40

30	6	41
35	7	42
40	9	--
45	10	44
50	11	--
55	12	46
60	15	--
65	16	48
70	17	50
75	18	52
80	19	53
85	21	54
90	23	58
95	24	62
96	26	63
97	--	64
98	27	--
99	28	69

4.1.2. Análisis inferenciales

4.1.2.1. Estadísticos descriptivos del apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento

Una vez identificada la estructura interna de cada uno de los instrumentos, en la Tabla n° 6, se presentan los estadísticos descriptivos del cuestionario de MOS de apoyo social percibido, desarrollo por Sherbourne y Stewart (1991) y el cuestionario de afrontamiento al estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) elaborado por González (2004).

Se observa en que el Cuestionario de Apoyo social percibido (MOS) alcanza los siguientes estadísticos descriptivos ($M=84.82$, $DS=14.97$), siendo la media aritmética superior a la identificada en el estudio de Baca (2013) ($M=80.63$). Ello significa que la presente muestra tiene una mayor percepción de apoyo social en su contexto. Esto tiene coherencia con la ligera asimetría negativa obtenida ($As=-1.69$), lo que podría significar también que los participantes del estudio perciben este mismo tipo de soporte.

En segundo lugar, sobre el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO), se observa que la dimensión de estrategias desadaptativas presenta casi una simetría perfecta ($As=.33$), mientras que en la dimensión de estrategias adaptativas se aprecia una ligera asimetría negativa ($As=-1.30$), interpretándose como que los puntajes se encuentran mayormente distribuidos al lado derecho de la curva, y siendo estos puntajes superiores a la media aritmética. Debido que, en el presente estudio, se ha realizado una nueva propuesta bidimensional, no existen estudios previos para comparar las medias aritméticas.

Tabla 15

Estadísticos descriptivos de Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al estrés

	Rango	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
Apoyo social percibido	58.00	37.00	95.00	84.82	14.97	-1.69	2.36
Estrategias desadaptativas	26.00	2.00	28.00	11.90	7.53	0.33	-1.08
Estrategias adaptativas	69.00	0.00	69.00	40.82	18.13	-1.30	0.86

4.2.1.2. Diferencias en función a variables sociodemográficas

Para identificar si las puntuaciones de la muestra presentan una distribución normal poblacional, se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. A través de este análisis, se identificó que ninguna de las puntuaciones se basa de una distribución con estas características (Field, 2009). Ante ello, se procede a realizar los siguientes análisis con las pruebas no paramétricas correspondientes (prueba U de Mann Whitney y prueba H de Kruskal-Wallis).

Tabla 16

Prueba de normalidad de las dimensiones de Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al estrés

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.
Apoyo social Percibido	.719	100	.000
Estrategias desadaptativas	.927	100	.000
Estrategias adaptativas	.816	100	.000

En la tabla N°17, se puede apreciar que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ni en la variable de apoyo social percibido ($p=.99$) y ni en las estrategias de afrontamiento al estrés (estrategias adaptativas [$p=.84$] y estrategias desadaptativas [$p=.80$]), al compararse utilizando la prueba H de Kruskal Wallis en función a grupos etarios (jóvenes de edades entre 18 a 28 años, adultos intermedios de edades entre 29 a 64 años y adultos mayores de edad de 65 a 85 años).

Tabla 17

Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según grupos etarios

	Grupos etarios	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig.
Apoyo social percibido	Jóvenes	49.80	.018	.991
	Adultos intermedios	50.41		
	Adultos mayores	50.86		
Estrategias desadaptativas	Jóvenes	52.77	.439	.803
	Adultos intermedios	51.80		
	adultos mayores	48.19		
Estrategias adaptativas	Jóvenes	49.53	.348	.840
	Adultos intermedios	52.37		
	Adultos mayores	48.76		

De acuerdo con la tabla N° 18, se aplicó la prueba H de Kruskal Wallis con el fin de encontrar diferencias significativas entre las variables de apoyo social percibido ($p=.19$) y las estrategias de afrontamiento al estrés (estrategias adaptativas [$p=.84$] y estrategias desadaptativas [$p=.94$]) según estado civil. Sin embargo, no se logró determinar la presencia de diferencias significativas.

Tabla 18

Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según estado civil

	Estado civil	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig.
Apoyo social percibido	Soltero	54.79	6.200	.185
	Conviviente	46.45		
	Divorciado	27.00		
	Casado	50.25		
	Viudo	61.93		
Estrategias desadaptativas	Soltero	55.95	7.937	.094
	Conviviente	58.58		
	Divorciado	66.40		
	Casado	42.41		
	Viudo	40.86		
Estrategias adaptativas	Soltero	47.07	1.450	.835
	Conviviente	47.79		
	Divorciado	58.90		
	Casado	52.13		
	Viudo	56.79		

En la Tabla N° 19 se evidencia que, en función al estadio del cáncer, se identificó diferencias en la variable de apoyo social percibido en función al estadio del cáncer, utilizando en primer lugar la prueba de H de Kruskal Wallis ($p=.045$).

Tabla 19

Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según estadio del cáncer.

	Estadio del cáncer	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig.
Apoyo social percibido	1	52.14	9.739	.045
	2	37.56		
	3	57.99		
	4	45.94		
	5	57.50		
Estrategias desadaptativas	1	71.41	9.183	.057
	2	48.23		
	3	51.41		
	4	40.50		
	5	31.33		
Estrategias adaptativas	1	62.36	7.220	.125
	2	58.35		
	3	45.00		
	4	50.75		
	5	27.17		

Con respecto a lo mencionado anteriormente, se observa en la Tabla N° 20 que se utilizó la prueba de U de Mann - Whitney con el fin de comparar entre estadios de manera detallada, donde se puede identificar que las personas en estadio 3 perciben mayor apoyo social percibido que los de estadio 2, de manera estadísticamente significativa ($p < .05$).

Tabla 20

Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según estadio del cáncer.

	Estadio del cáncer	Rango promedio	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Sig. asintótica (bilateral)
Apoyo social percibido	2	26.46	335.000	635.000	.003
	3	40.22			

Por otro lado, para comparar las dimensiones en función a la variable sexo, se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Al revisar la tabla N°21 se aprecia que no se

identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de apoyo social percibido ($p=.997$) y las estrategias de afrontamiento al estrés (estrategias adaptativas [$p=.577$] y estrategias desadaptativas [$p=.081$]).

Tabla 21

Diferencias de Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al estrés según sexo.

	Sexo	Rango promedio	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Sig. asintótica (bilateral)
Apoyo social percibido	Mujer	50.51	1069.000	1565.000	.997
	Hombre	50.48			
Estrategias desadaptativas	Mujer	51.58	995.000	1491.000	.577
	Hombre	48.10			
Estrategias adaptativas	Mujer	53.88	836.000	1332.000	.081
	Hombre	42.97			

En la tabla N° 22 se observa que en función al tipo de cáncer (mama, colon/recto y otros), no se identificaron diferencias entre las variables de apoyo social percibido ($p=.95$) y las estrategias de afrontamiento al estrés (estrategias adaptativas [$p=.88$] y estrategias desadaptativas [$p=.35$]), utilizando la prueba H de Kruskal Wallis.

Tabla 22

Diferencias de Apoyo Social Percibido y Afrontamiento al estrés según tipos de cáncer.

	Tipo de Cáncer	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig
Apoyo social percibido	Colon/recto	52.38	.097	.952
	Mama	49.64		
	Otros	50.57		
Estrategias desadaptativas	Colon/recto	47.81	.247	.884
	Mama	49.55		
	Otros	51.73		
Estrategias adaptativas	Colon/recto	40.42	2.077	.354
	Mama	54.06		
	Otros	50.75		

4.2.1.3. Relaciones entre variables

Con respecto con lo descrito en la Tabla N° 16, al no identificarse una distribución normal de las puntuaciones, se proceden a utilizar correlaciones de carácter no paramétrico (Tau b de Kendall y rho de Spearman).

Se aprecia en la tabla N° 23, que no existen relaciones estadísticamente significativas entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. Se planteó previo a los resultados obtenidos, una propuesta de regresión lineal entre las variables centrales del presente estudio. Sin embargo, al no cumplirse con los principios de linealidad, distribución normal y las correlaciones estadísticamente significativas, no se pudieron realizar los análisis relacionados al objetivo explicativo. Debido exclusivamente a estos hallazgos estadísticos, no se pudo continuar con la propuesta originalmente planteada, lo cual no desestima el diseño de investigación previamente establecido.

Tabla 23

Relaciones entre Apoyo social percibido y Estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

			Estrategias desadaptativas	Estrategias adaptativas
Tau b de Kendall	Apoyo social percibido	Coefficiente de correlación	-.07	.08
		Sig. (bilateral)	.329	.263
Rho de Spearman	Apoyo social percibido	Coefficiente de correlación	-.09	.08
		Sig. (bilateral)	.351	.408

4.2. Análisis y Discusión de resultados

Debido a la alta prevalencia del cáncer a nivel peruano, esta ha llegado a denominarse como una de las enfermedades más tratadas dentro de nuestra sociedad; además de presentarse esa misma tendencia internacionalmente. Para el manejo de esta enfermedad, se han propuesto diversas estrategias interventivas, que van desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la patología en sí (INEN, 2019). El cáncer genera un impacto invasivo en el individuo y en su entorno, provocando una gran cantidad de cambios en todos los ámbitos significativos del paciente. Estos cambios dependerán de varios factores, entre ellos el estadio del cáncer, el grado de incapacidad, el tipo de tratamiento, y el pronóstico de vida (OMS, 2018). Aunque se pueden observar varios estudios en referencia a lo mencionado, son muy pocas las investigaciones que detallan el efecto del apoyo social que recibe el paciente de su entorno y cómo este puede afrontar los momentos estresantes y más duros de la enfermedad.

En función a esta problemática, Cruzado (2010), refiere que el afrontamiento al estrés es muy importante de conocer, ya que permite identificar las diversas estrategias utilizadas por el paciente. Además, otros factores van a influir en este afrontamiento, ya que de acuerdo a la personalidad y preferencias personales, la persona asumirá de manera diferente las vivencias en torno al cáncer. En función a ello, existen diversos estilos de afrontamiento. Un estilo aproximativo, que consiste en la focalización en los riesgos del cáncer, y el asumir un papel más activo en la toma de decisiones como consecuencia. Por otro lado, tenemos al estilo evitativo, que consiste en la tendencia a negar o disminuir la información amenazante, optando por la distracción, y por ello se presenta menos ansiedad. Finalmente, en relación con la variable apoyo social percibido, Cruzado (2010) indica que es un importante predictor de la mejora del estado de salud y la reducción de la mortalidad, además de describir que el apoyo de personas cercanas al paciente es un determinante fundamental en la adaptación al cáncer.

En función a la gran relevancia de los conceptos referidos, se planteó determinar la relación entre ambas variables. De manera específica, se pretendió identificar si el apoyo social percibido era una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. Para lograr cumplir ese objetivo,

previamente se procedió en la adaptación y en la obtención de propiedades psicométricas de los cuestionarios MOS y CAEPO en una muestra oncológica.

En primer lugar, se obtuvieron evidencias de validez vinculadas con la estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio. En los estudios psicométricos peruanos previos de ambas pruebas (Baca, 2016; Díaz y Yaringaño, 2010), si bien se menciona que se realizó este proceso estadístico, realmente lo que se obtuvo fueron resultados basados en el Análisis de Componentes Principales (ACP). Este procedimiento ha sido altamente criticado ya que no se basa en el supuesto de la existencia de una variable latente que explica la varianza de un conjunto de variables observadas (ítems), y más bien, lo que pretende es únicamente la reducción de datos (Costello y Osborne, 2005). En cambio, el análisis factorial exploratorio supone la existencia de una variable subyacente y pretende la identificación de la cantidad de factores necesarias para explicar la varianza común y la varianza única por ítem (Park et al., 2002). Además, en las investigaciones previas se utilizaron métodos que no van acorde a los estándares psicométricos actuales, por ejemplo, la rotación Varimax, la cual va en contra a lo que actualmente se considera como el mejor método de rotación, siendo este el Promin (Lorenzo-Seva, 1999), además de utilizarse el *scree test* para la identificación de número de factores, cuando se reconoce que el análisis paralelo es la mejor estrategia actualmente (Humphreys y Montanelli, 1975). Todos estos aspectos se consideraron en la realización del análisis de estructura interna de ambas pruebas mediante el programa Factor.

En el caso del cuestionario MOS, la varianza única del 83.16% por la propuesta unidimensional, además de las cargas factoriales de los ítems que oscilaron entre coeficientes de .80 a .96 fueron resultados mucho más significativos en comparación de la propuesta de adaptación por Baca (2016). Si bien difiere significativamente a la propuesta tridimensional de apoyo social percibido estipulada por Sherbourne y Stewart (1991), la unidimensionalidad es una explicación que tendría sentido a nivel teórico (todos los ítems evalúan apoyo social percibido en sí).

Por otro lado, para el CAEPO, en una primera instancia se pretendió la identificación de la estructura factorial. Sin embargo, esto no pudo ser viable debido a una gran cantidad de covarianzas entre algunos ítems, estipulándose como sugerencia la eliminación de dos de estos (ítems 17 y 28). Al ser eliminados, se pudo realizar el AFE y

como resultado, la versión final del CAEPO quedó compuesta por 38 ítems. Asimismo, para identificar el número de factores, se aplicó el análisis paralelo, donde se identificó una estructura bidimensional de la prueba; no obstante, la propuesta de dos factores contradice la cantidad de dimensiones previamente propuestas por los autores originales (González, 2004), así como también la cantidad de ítems inicial. A nivel peruano, los resultados tampoco concuerdan con aquellos hallados en la investigación de Díaz y Yaringaño (2010). Ambas propuestas sostienen que las estrategias de afrontamiento al estrés están conformadas por siete dimensiones y compuestas por 40 ítems. Existen dos tipos de explicaciones para la obtención de estos resultados. A nivel teórico, la estructura de dos factores podría relacionarse con los postulados proporcionados por Folkman y Lazarus (1980), quienes refieren que el afrontamiento podría estar clasificado primordialmente en dos procesos: un estilo centrado en la emoción (estrategias desadaptativas) y otro estilo centrado en la tarea (estrategias adaptativas). A nivel psicométrico, los estudios anteriores realmente no han realizado un análisis de estructura interna que vayan acorde con los estándares actuales y que realmente cumplan con la identificación de dimensiones. Además de lo mencionado anteriormente en el sentido que, se utilizaron estrategias de extracción y de identificación de número de factores, los cuales han sido clasificados como subjetivos y generadores de confusión (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Esta última explicación podría considerarse para ambas pruebas psicométricas.

Respecto a la confiabilidad, a diferencia de la mayoría de los estudios relacionadas al CAEPO y MOS, en las cuales utilizaron al alfa de Cronbach como método de consistencia interna, se consideró oportuno en esta oportunidad hacer uso del coeficiente omega. Si bien alfa es la medida más habitual para examinar la confiabilidad en estudios psicológicas, esto se debe especialmente a que los investigadores aún no conocen otras opciones (Cervantes, 2005). No obstante, este método presenta gran cantidad de inconvenientes como los siguientes: se basa en supuestos que no siempre se cumplen tales como la tau-equivalencia y el supuesto de ausencia de los errores de correlación. Según Dunn et al. (2014) el valor que obtenga dicho coeficiente puede verse alterado cuando se elimina un elemento de un instrumento, por lo que proporciona confiabilidad imprecisa en la consistencia de la administración de una prueba. A diferencia del alfa, el Coeficiente Omega no depende del número de ítems y trabaja con cargas factoriales, generando que los

cálculos sean más estables; sin embargo, a pesar de ser una medida con mayor precisión, aún es poco frecuente su uso (Ventura y Caycho, 2017). Para la presente investigación, los puntajes derivados de los cuestionarios de CAEPO y MOS obtuvieron coeficientes de consistencia omega altamente consistentes entre .91 y .99.

Una vez que se obtuvieron las evidencias de validez y confiabilidad de la prueba, se procedió en la elaboración de los baremos del cuestionario MOS y CAEPO, con el fin de poder realizar las comparaciones de un puntaje de un sujeto con las puntuaciones obtenidas de este grupo normativo (Muñiz, 2018). Se utilizaron puntuaciones percentilares debido a su facilidad de comprensión y su gran posibilidad de adaptarse a las características de diversos instrumentos (Muñiz, 2018).

Asimismo, se resalta la importancia de validación de ambos cuestionarios MOS y CAEPO como un aporte importante que ayudarán a futuras investigaciones. Cabe mencionar que los instrumentos se validaron dentro del contexto de pandemia (covid19) y en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. Dichos resultados de validación han generado un punto fuerte y complementario durante esta investigación.

En relación con los objetivos inferenciales, en primera instancia se pretendió identificar las diferencias en los niveles de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento en función a un conjunto de variables sociodemográficas (grupos etarios, estadio del cáncer, estado civil, tipo de cáncer y sexo). Las únicas diferencias estadísticamente significativas fueron halladas en la variable de apoyo social percibido en función al estadio del cáncer. Al analizarse de manera específica, se identificó que los pacientes en estadio 3 perciben mayor apoyo social percibido que los de estadio 2. Los estudios muestran que, por lo general, los pacientes con cáncer perciben apoyo social (Kolankiewicz, Souza, Magnago y De Domenico, 2014) aunque puede haber variaciones o diferencias de apoyo social dependiendo del sexo, la edad, estado civil; pero también, con aspectos médicos como el tipo de cáncer y el estadio en el que se encuentra la enfermedad (Costa-Requena, Ballester y Gil, 2015). De esta manera, la percepción de contar con apoyo social le permitiría a la paciente consolidar la idea de disponer de un entorno cercano que representa para ella un respaldo ante la enfermedad (Torres, 2011).

También, se pretendió identificar las relaciones entre apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento. Los resultados obtenidos demuestran que no existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social que perciba el paciente, y las estrategias adaptativas o desadaptativas que manifieste. Ello contradice a varias investigaciones previas en referencia a este tema, Como refieren el cuerpo teórico (Cohen, 1992; Cohen & Wills, 1985; Lazarus & Folkman, 1986) el apoyo social tendría un efecto amortiguador frente al estrés. Las teorías actuales refieren que la relación de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento tienen relación altamente significativa (Huamán & Lupaca, 2019; Diaz, 2019; Gonzales, 2018). Asimismo, Yilmaz, Bal, Beji y Arvas (2015) en su estudio encontró que altos niveles de apoyo social reducen en el paciente el uso de recursos negativos para afrontar la enfermedad y los recursos efectivos aumentan a medida que incrementen las muestras de apoyo social.

Según Nisa y Rizvi (2016), el apoyo social ayuda a los pacientes en la expresión de las emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la percepción de bienestar psicológico y en la selección de estrategias de afrontamiento eficientes. Usta (2012) señala que la percepción del apoyo social indica una valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros y de recibir soporte durante las situaciones de necesidad.

A pesar de todo lo mencionado, estos resultados podrían deberse a la presencia de una serie de variables intervinientes. Debido a que en la actualidad el país se encuentra pasando por un estado de emergencia debido al COVID-19, dicha situación ha generado tensión y preocupación constante en las personas, muchos más en los pacientes con cáncer que son vulnerables al contagio. El afrontamiento de la enfermedad está relacionada a factores internos que influyen en el afronte a la enfermedad, esto puede darse de manera positiva como: la resiliencia, el optimismo, la esperanza y la espiritualidad, los que permiten reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal. Por el contrario, la forma negativa de afrontar la enfermedad es a través de la depresión, ansiedad, baja autoestima, entre otros; causando deterioro y exacerbación de la enfermedad (García y Gonzales, 2007; Montes y Romo, 2017). Precisamente, la forma negativa de afrontar la enfermedad ha sido reforzada por la situación de la pandemia que ha generado en muchos pacientes inestabilidad emocional y carecer de recursos de afrontamiento al estrés frente a la enfermedad del cáncer.

Es preciso tener en cuenta que la relación entre las estrategias y el apoyo social percibido es también afectada por el transcurso del tiempo; esto se debería al agotamiento de los familiares, amistades y a la variación respecto a las necesidades del paciente según la fase del cáncer que se encuentra el paciente (Arora et al., 2006). Además, un excesivo apoyo al paciente puede hacerlo dependiente de su entorno, reduciendo sus propios recursos, mecanismos y estrategias que le permitan superar la situación (Espinoza y Ramos, 2015; Díaz y Yaringaño, 2010).

Por otro lado, la pandemia ha obligado a muchas familias, amistades y personas a distanciarse y carecer de lazos afectivos cercanos, por lo que muchos pacientes no tuvieron adecuado soporte social y emocional, ya que el temor al contagio de COVID-19 prevalece aún en la actualidad y se suma como una preocupación adicional a la enfermedad del cáncer. Mamani (2008), menciona que el afrontamiento antes el estrés se da de acuerdo con el significado subjetivo (gravedad, marginación, entre otros) y la realidad (dolor, secuelas físicas, emocionales y otras) que el paciente le da a su enfermedad.

Adicionalmente, los resultados en la presente investigación pudieron ser influenciadas en la aplicación de las pruebas, ya que el 80% de cuestionarios resueltos fueron mediante la modalidad virtual y muchos de los pacientes adultos mayores no domina la tecnología. Cabe precisar que, en el presente estudio, la población mayoritaria fueron adultos mayores y se tuvo que realizar llamadas telefónicas individuales a fin de resolver las encuestas. Se decidió por una modalidad virtual, debido a la coyuntura que vive el país por la pandemia COVID-19 y por ser pacientes vulnerables en la que es imposible poder reunirlos de forma presencial.

Finalmente, debido a que los resultados no presentaron una distribución normal a nivel poblacional, y además de no obtenerse un grado de relación significativo entre variables, los análisis de regresión no pudieron ser realizados.

Con respecto a las limitaciones de la investigación, la primera limitación encontrada en el presente estudio fue en la obtención de la muestra, ya muchos pacientes desconfiaban cuando se realizaba las llamadas, y esta condición de alguna manera demoró en conseguir la muestra total. Asimismo, la situación de pandemia y estado emergencia del país reforzaba la dificultad de conseguir la población.

La segunda limitación se debió al uso de la tecnología, ya que muchos pacientes eran adultos mayores y se les dificultaba el manejo de la virtualidad. Así también, la conexión de internet y señal de telefonía era una restricción ya que en algunos casos no permitía la comunicación clara.

A pesar de las limitaciones, este es un estudio preliminar en muchos sentidos, ya que se ha adaptado y validado dos pruebas psicométricas a una muestra poco estudiada en nuestro contexto, tomando en cuenta los estándares actuales para el análisis psicométrico de tests psicológicos. Además, se ha intentado realizar una primera propuesta de análisis de regresión entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento en muestras oncológicas, lo cual no ha sido propuesto en contextos de tesis a nivel nacional. Se espera que este trabajo inspire el desarrollo futuro de investigaciones que consideren a esta población tan vulnerable.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A partir de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- De acuerdo con los objetivos psicométricos, en relación con la prueba del MOS se obtuvo un coeficiente omega de .99, altamente consistente, además de identificarse una propuesta unifactorial como estructura interna del instrumento y con cargas factoriales entre .80 a .96, lo cual es muy recomendado.
- Correspondiente a la prueba CAEPO, se obtuvieron coeficiente omega entre .91 y .97, siendo denominados altamente consistentes, además de identificarse una propuesta bidimensional con cargas factoriales mayores a .40.
- Respecto al objetivo general inferencial, se evidencia que no existe relación altamente significativa entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.

- En relación con los objetivos específicos inferenciales, de acuerdo con estadio del cáncer, se identificó una diferencia significativa con los pacientes en estadio III que perciben mayor apoyo social percibido que los pacientes del estadio II.
- En función a grupos etarios (jóvenes, adultos intermedios y adultos mayores), no se identificaron diferencias significativas entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes de Lima Metropolitana.
- En función a estado civil, no se identificaron diferencias significativas entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes de Lima Metropolitana.
- En función al sexo, no se identificaron diferencias significativas entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes de Lima Metropolitana.
- En función al tipo de cáncer (mama, colon/recto y otros), no se identificaron diferencias significativas entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes de Lima Metropolitana.

5.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados del presente estudio, así como el análisis presentado en la discusión y las conclusiones presentadas, se propone las siguientes recomendaciones:

- Ampliar el tamaño de la muestra a nivel nacional y no solo local, de modo que se pueda lograr una mayor comprensión y generalización de los resultados.
- Para futuros estudios relacionados con el afrontamiento al estrés y apoyo social percibido, considerar otras variables que puedan incidir en ella, tales como: la depresión, ansiedad, resiliencia, calidad de vida, etc.

- Implementar un programa de intervención con un enfoque cognitivo conductual relacionado con el estudio presentado o incluir otras variables importantes en el proceso de la enfermedad; como: depresión, ansiedad, aceptación de la enfermedad que son otros tipos de indicadores que se observaron en los pacientes. Asimismo, es indispensable proporcionar apoyo y brindar todas las técnicas posibles a los pacientes oncológicos para conseguir mejores niveles de afrontamiento al estrés.
- Así también sería de mucho interés, implementar programas de acompañamiento terapeuta-paciente o campañas que involucren y refuercen los lazos familiares y amicales de los pacientes, dónde se busca el afrontamiento ante una enfermedad que debilita emocional y físicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguir, V., y Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana: un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista Española de Salud Pública* 76 (5), 509-604.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Cancer Society (2012). Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos / latinos 2012-2014. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>
- Aldwin, C.M. (2000). *Stress, Coping and Development. An Integrative Perspective*. New York: *The Guilford Press*.
- Aranda, C., y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista Española de salud pública* 16(1), 233-245.
- Arora, N., Finney, L., Gustafson D., Moser R., & Hawkins, R. (2006). *Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer*. *Psicooncología*, 16(5), 474-486.
- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615419009.pdf>
- Andrade, G. y Vaitsman, J. (2002). Apoyo social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 7(4), 925-34.

- Antonucci, T. Ajrouch, K. y Birditt, K. (2013). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92.
- Ato, Manuel, López, Juan J., & Benavente, Ana. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Aymanns, P. Filipp, S. y Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: some determinants and adaptative correlates. *British Journal of Social Psychology*, 34, 107-124.
- Baca, D. (2015). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujiilo – Perú.
- Baiocchi, A. Lugo, E. Palomino, N. y Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un Instituto Nacional. *Revista de Enfermería Herediana*, 6(1), 18-24.
- Barnes, J. (1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations*, 7: 39-58.
- Baquero, A. Londoño, Ch. y Low, C. (2012). *Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio*. Recuperado de <http://www.amese.net/cancer/descargas/Estrategias%20de%20afrontamiento%20y%20estilos%20conductuales.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 14, 237-243
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Siglo XXI de España Editores, S. A. Madrid.
- Bell, R. Leroy, J. y Vitalo, R. (1982). Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depressive symptoms. *Journal of Community Psychology*, 10, 325-340.
- Bloom, J. (1982). *Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer*. *Social Science & Medicine*. Elsevier.
- Bowly, J. (1969). *Attachment and Loss*. Attachment. Hogarth Press.
- Buchner, A. Erdfelder, E. Faul, F. y Lang, A. (2014) G*Power (versión 3.1.9.4) [Software de computación]. Recuperado de <http://www.gpower.hhu.de/>
- Buendía, J. (1991). Apoyo Social y Salud. *Psicología clínica y salud*, 189-210.

- Cea, M. (2004). *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cáceres, M. Ruiz, F. Germà, J. y Busques, C. (2007) *Manual para el paciente oncológico y su familia*. España- Barcelona: Egraf.
- Cano, A. (2005). Control emocional, Estilo represivo de afrontamiento y Cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- CDC (2019) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018*. Documento técnico presentado en el Taller de Prevención y Control del Cáncer, Lima. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/portal/docs/notas_prensa/2019/no-taprensa0012019.pdf
- Cohen, S. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychology Bull*, 98(2), 310-357.
- Costa, G. (2014). *Apoyo social Percibido en pacientes con cáncer*. [Tesis de doctorado, Universidad Jaume I de Castellón].
- Costa-Requena, G., Ballester, R., & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 25-32. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14404
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Díaz, Y. (2018). *Apoyo social percibido por los pacientes oncológicos de un Hospital de la ciudad de Lima*. [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
- Díaz, G y Yaringaño, J. (2010) Clima Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de la Facultad de Psicología, UNMSM*. 1, 69 - 86

- Estapé, T. (2018). *Cáncer: cómo afrontar los tres días esenciales*. Barcelona, Spain: Editorial UOC.
- Espinoza, C. y Ramos, C. (2014). *Fatiga, apoyo social y afrontamiento en pacientes con cáncer, H.N.C.A.S.E.* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Arequipa].
- Estrella, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Universidad de Valencia*, 6(2), 257–271. Recuperado de: <http://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Fernández, C. y Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en pacientes con cáncer. España. *Revista de Clínica Contemporánea*. 2 (2), 187-207.
- Fernández, A. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento: Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*, 189- 206. Madrid: Pirámide.
- Fernández, R. y Manrique, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Revista de enfermería global*. 19, 1695-6141.
- Fernández, R. (2005). *Antropología Social y Salud Cultural*. Redes de apoyo social y salud. Barcelona – España.
- Frey, M. (1989). Social support and health: A theoretical formulation derived from King's Conceptual Framework. *Nursing Science Quarterly*. 1989;2(3):138-148.
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis (2nd Ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gonzales, G. (2018). *Afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica del Perú].
- Gonzales, M. (2004). *Cuestionario de afrontamiento oncológico*. TEA ediciones S, A. Madrid, España.
- Gonzales, S. (2012). *Psicooncología: Enfoque integral de ayuda a pacientes oncológicos*. Lima: Universidad San Martín de Porres.

- González, Q. y Restrepo, C. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 12(2):228-238.
- Graña, A. (2015). *Breve evolución histórica del cáncer*. Carcinosis. 5(1).
- Hernández, R, y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hernández, M. Carrasco, G. y Rosell, C. (2010). Evaluación de las principales redes de apoyo informal en adultos mayores del Municipio Cerro. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*, 5(1): 1-11.
- Hernández, M; Cruzado, J; Prado, C; Rodríguez, E; Hernández, C; González, M y Martín, J. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. Unidad de Psicooncología del Hospital Universitario de Basurto de Montevideo- España. *Psicooncología*, 233-257.
- Hernández. S, Pozo. C, Alonzo. E (2004). *Boletín de Psicología*. 80, 79-96.
- Huaman, L. y Lupaca, D. (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 Licenciatura de la Universidad Peruana Unión].
- House, J. Landis, K. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health."Science,"241-540- 545.
- Hobfoll, S. y Stokes, J. (1988). The processes and mechanics of social support. En S. Duck (Ed.) *Personal Relationships. Theory Research and Intervention*. London Willey &Son.
- Humphreys, LG y Montanelli, RG (1975). Una investigación del criterio de análisis paralelo para determinar el número de factores comunes. *Investigación conductual multivariante*, 10 (2), 193-205.
- IARC (2018) Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Recuperado de <https://www.iarc.fr/>

- INEN. (2019). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana y provincias. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-de-gestion-hospitalaria/>
- Imran, H., Ahmad, R., & Ghazala, Y. (2009). Association between perceived social support and depression in cancer outpatients. *Pakistan Journal of Psychology*, 40(2), 45-56. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/968415915?accountid=50434>
- Jorge, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste social de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 1991, 6 (2), 257-271.
- Kaiser, H. & Rice, J. (1974) Little Jiffy, Mark Iv. Educational and Psychological Measurement, 34, 111-117.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Londres: Routledge.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Krzemien, D. y Urquijo, S. (2012) Estrategias de afrontamiento. En revista interdisciplinaria vol. 22. España. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/php?script=sci_arttext&pid=s166870272005000200004&lng=es&nrm=iso>.ISSN1668-7027.
- Koproe. I, Rijken. M, Ros. W, Winnubst, J, y Hart, H. (1997). Available support and received support: different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (1), 59-77.
- Kolankiewicz, A., Souza, M., Magnago, T. & De Domenico, E. (2014). Social Support Perceived by Cancer Patients and Its Relation with Social and Demographic Characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.4249
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. *Springer Publishing Company*.
- Lipowski, Z. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.

- Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. (2017). *Latent Variable Models: An Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Lloret-Segura, Susana, & Ferreres-Traver, Adoración, & Hernández-Baeza, Ana, & Tomás-Marco, Inés (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3),1151-1169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731690031>
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347–365.
- Messone, A. (2014). *Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Mar de Plata de Argentina].
- McNeish, Daniel. (2017). Thanks Coefficient Alpha, We'll Take it From Here. *Psychological Methods*. 23. 10.1037/met0000144.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Terapia psicológica para pacientes con cáncer: un nuevo enfoque*. *American Psychiatric Publishing*.
- Muller, L. y Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale*, 29(6), 507-518.
- Muñiz Fernández, J. (2018). *Introducción a la Psicometría-Ediciones Pirámide*.
- Nisa, S. & Rizvi, T. (2016). Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality Traits with Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *International Journal of Research in Economics and Social Science*, 6(4), 105-114.
- Nunnally, JC y Bernstein, IH (1994) *The Assessment of Reliability*. *Teoría psicométrica*, 3, 248-292.

- OMS. (2018). Temas de salud: cáncer. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Orjuela, B. Sánchez, I. Culebras, N. y Davidoch, C. (2017). Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer. Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/148859149/INFLUENCIA-DE-DETERMINADOS-FACTORES-PSICOLOGICOS-EN-LA-GENESIS-DEL-CANCER>
- Perez, P. Gonzales, A. Mieles, I. y Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Artículo Pensamiento Psicológico*. 15(2), 41-54.
- RAE. (2019). Real Academia Española. Recuperado de <https://www.rae.es/>
- Rodríguez, M. Pastor, A. y Lopez, S. (1993). Apoyo social, afrontamiento, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 5, 349-372.
- Rodríguez, M.J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid
- Rubiano, V. (2010). *Fundamentos de oncología*. Programa Editorial Universidad del Valle.
- Santana J, Zanin C. y Maniglia J. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 371–384. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>
- Salaverry, O. (2013). Etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Historia de la salud pública. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica*.30(1), 137-41.
- Sherbourne C. y Stewart A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* (1982), 32(6), 705–714. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>
- Sosa, C. Capafons. J. y Prieto, P. (2005), Intervención psicológica con pacientes oncológicos. *Revista de la Universidad de la Laguna, España*, 14-27.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*,75. Universidad de Valencia-España.

- Tardy, CH.H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-202.
- Ticona, S. Santos, E. y Siquera, A. (2015), Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*. 15(1), 9-20.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama (Tesis de licenciatura)*. Recuperado del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3569-3572.
- Weisman, A. y Worden, J. (1977): Coping and vulnerability in cancer patients: Research report. Cambridge.
- Whitley, B. E., & Kite, M. E. (2018). *Principles of research in behavioral science*. Routledge.
- Wright, D. (2003). Making friends with your data: Improving how statistics are conducted and reported. *British Journal of Educational Psychology*, 73(1), 123-136.
- Vollman, M., Renner, B., & Weber, H. (2007). Optimism and social support: the providers perspective. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 205-215.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. Praeger Publishers.
- Yilmaz, S., Bal M., Beji N., & Arvas M. (2015). Ways of Coping With Stress and Perceived Social Support in Gynecologic Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 38(2), 57–62.
- Zabalegui, A., Cabrera E., Navarro M., & Cebria M. (2013a). Perceived social support and coping strategies in advanced cancer patients. *Journal of Research in Nursing*, 18(5), 409–420.
- Zevallos, E. (2008). *Todo lo que tiene que saber sobre el Cáncer*. Lima: Palomino.

ANEXOS

Anexo 1: Declaración de autenticidad



Escuela de Posgrado

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando: (Apellidos y nombres)

Ibarra Santos Norma Eleana

En condición de egresado del Programa de Posgrado

Psicología clínica y de la salud

Deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada

El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por él mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier otra persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas. En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a los dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.

Firma del graduando

Fecha

Anexo 2: Matriz de consistencia

Problemas Principal	Objetivos General	Hipótesis General	Variable Independiente	Indicador V.I	Variable Dependiente	Indicador V.D
¿El apoyo social percibido es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima?	Determinar si el apoyo social percibido es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.	El apoyo social percibido es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.	Apoyo Social Percibido	(Dimensión Informacional) -Consejos -Información sobre la enfermedad -Comunicación (Dimensión Instrumental) -Soporte económico -Comida -Alojamiento (Dimensión emocional) -Afecto -Acompañamiento -Muestra de cariño -Actividades recreativas	Afrontamiento al estrés	-Optimismo -Valoración de la situación. -Búsqueda de algún apoyo (social, emocional) -Incertidumbre -Visión pesimista -Evitación -Inadaptación
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas				
<p>- ¿Cuáles son los niveles del apoyo social percibido y de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?</p> <p>- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana según el género, la edad y el tipo de cáncer?</p> <p>- ¿Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del apoyo</p>	<p>-Describir los niveles de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>-Identificar las diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana en función a las variables género, edad y tipo de cáncer</p> <p>-Identificar las relaciones existentes entre las dimensiones de apoyo</p>	<p>H₁ El apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés se presentan entre niveles entre medios a altos en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>H₂ Existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana en función al género, edad y tipo de cáncer.</p> <p>H₃ Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del apoyo</p>				

<p>social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?</p> <p>- ¿El apoyo informacional es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?</p> <p>- ¿El apoyo emocional es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?</p> <p>- ¿El apoyo instrumental es una variable predictora del afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana?</p>	<p>social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>Identificar si el apoyo informacional es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>Identificar si el apoyo emocional es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>Identificar si el apoyo instrumental es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p>	<p>social percibido y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>H₄ El apoyo informacional es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>H₅ El apoyo emocional es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p> <p>H₆ El apoyo instrumental es una variable predictora significativa de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.</p>	
--	---	--	--

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable Apoyo social percibido

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Instrumentos	Ítem		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Kahn y Antonucci (2013), definen el apoyo social como el intercambio de afecto, ayuda y afirmación entre personas. Estas transferencias o intercambios, engloban factores como la ayuda material, apoyo emocional, relaciones de ocio y distracción y apoyo afectivo.	Registro del puntaje obtenido a través del Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Sherbourne y Stewart (1991), instrumento validado en Perú por Baca (2016). Consta de 20 ítems conformado por 2 áreas: apoyo social estructural (Un ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional, que consta de 3 dimensiones (19 ítems de respuestas múltiple); asimismo, se emplea la escala de Likert de 1-5 (1=Nunca, 2=Casi nunca, 3=A veces, 4=Casi siempre, 5=Siempre). Finalmente, con categorías de Muy alto, alto, regular, bajo y muy bajo.	Apoyo informacional	Consejos	Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)	3,4,8,9,13,14,16,17,19		
			Apoyo emocional	Información sobre la enfermedad		6,10,11,2,15,20		
				Comunicación				
				Soporte económico				
			Apoyo Instrumental	Comida		2,5,7,18		
				Alojamiento				
				Afecto				
				Acompañamiento				
							Muestra de cariño	
							Actividades recreativas	

Anexo 4: Matriz de operacionalización de la variable Afrontamiento al estrés

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Instrumentos	Ítem
Afrontamiento al estrés	Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.	Registro del puntaje obtenido a través del Cuestionario de Afrontamiento al estrés por Gonzáles (2004). Consta de 40 ítems distribuidos en 7 dimensiones, empleando una escala de Likert del 0-4 (0=Nunca, 1=Algunas veces, 2=Muchas veces, 3=Casi siempre). Con categoría de positivo, realmente positivo, no definido, preferentemente definido, negativo. Instrumento aplicado en el estudio de Diaz y Yaringaño (2010), quienes corroboraron las propiedades psicométricas del cuestionario en Lima.	Enfrentamiento y Lucha activa (ELA)	Optimismo	Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO)	1,2,13,16,17
			Autocontrol y Control Emocional (ACE)	Valoración de la situación		21,24,31,39,3,7,12,19,25,28,40
			Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	Búsqueda de algún apoyo (social, emocional)		5,10,15,33
			Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)	Incertidumbre		4,6,14,22,26,32
			Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)	Visión pesimista		11,23,34,35,37
			Huida y Distanciamiento (HD)	Evitación		8,9,18,29,30,38
			Negación N)	Inadaptación		20,27,36

Anexo 5: Ficha sociodemográfica

FICHA DE DATOS

I. GENERALIDADES

1. Sexo:

Masculino:

Femenino:

2. Edad:

años

3. Lugar de residencia:

4. Estado civil:	
Soltero(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viudo(a)	<input type="checkbox"/>

5. Grado de Instrucción			
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Técnica completa	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Universitaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Universitaria completa	<input type="checkbox"/>
secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Técnica Incompleta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

II. INFORMACIÓN MÉDICA

9. Indique:

El diagnóstico de su enfermedad

Tiempo que lleva con la enfermedad

Menos de 1 mes: 1 a 3 meses: 4 a 6 meses: 7 meses a más:

Estadio o fase que se encuentra de la enfermedad

Fase I: Fase II: Fase III: Fase IV:

Sufre de alguna enfermedad crónica

Hipertensión: Diabetes: Otra: Ninguna:

Tiene algún diagnóstico psiquiátrico

SI NO Especifique

Anexo 6: Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) – Versión Final

CUESTIONARIO MOS					
A. Aproximadamente cuántos amigos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómodo contigo y puedes hablar acerca de lo que tu sientes y piensas)					
1. Escriba el número aproximado de amigos y familiares cercanos:					
B. Marca con una X en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender la situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas					
15. Alguien que le ayude con las tareas domésticas					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quien divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y sentirse querido					

Anexo 7: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) –

Versión Final

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)					
Rodee con un círculo o marque con una X, la alternativa que mejor se adecue a su forma de pensar o actuar		0= Nunca	1=Algunas veces	2=Muchas veces	3: Casi siempre
N°	ÍTEMS	N	AV	MV	S
1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3

22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que, en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	0	1	2	3
40	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente proyecto de investigación pretende evaluar las diversas estrategias que un paciente oncológico utiliza para afrontar sus problemas, además de identificar qué tan apoyado por parte de otras personas se percibe. Para lograr ello, se aplicarán dos instrumentos psicológicos y una ficha de datos.

Si deseas participar en esta investigación, es necesario tener en cuenta:

- Que seas una persona que presenta actualmente una enfermedad oncológica (cáncer).
- Mayor de edad.
- Este proceso solo te tomará 20 minutos.
- Tu participación será confidencial y la información recolectada será usada con propósitos académicos, específicamente como un trabajo para obtener el título de Maestra en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Ricardo Palma y también para publicaciones posteriores.
- Toda la información siempre será utilizada a nivel grupal y no individual.
- Es importante mencionar también que en ningún momento se revelará tu identidad y no se te pedirá tu nombre.
- Podrás retirarte del proceso en cualquier momento si así lo deseas.
- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.
- Por otro lado, solo es válida una encuesta por persona, si ya has respondido, te pedimos que no lo hagas de nuevo.

Si tienes alguna duda sobre este proyecto, puedes escribir al correo de contacto.

Desde ya te agradezco por tu tiempo y participación.

Correo de contacto:

Psicóloga. Norma Ibarra - norma.ibarra.santos@gmail.com

FIRMA

NºDNI:

Anexo 7: Permiso del uso de la prueba MOS

PERMISO PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO- APOYO SOCIAL PERCIBIDO Recibidos x



Norma Ibarra

vie., 24 jul. 12:40



Buenos días, estimado Lic.Deyvi Baca. Es un gusto saludarlo, Me presento, soy Lic. en Psicología Norma Ibarra. Me dirijo a usted por este medio, a fin de solici



Deyvi BR

para mí ▾

vie., 24 jul. 19:28



Estimada Lic. Norma Ibarra

Buenas noches,

Conforme lo solicitado, brindó el permiso del uso del instrumento validado en la publicación científica disponible en <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/12452/11143/>. Referente al instrumento, este mismo figura en Anexos de la tesis realizada y publicada en este otro enlace <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3575>. Finalmente, solicitarle que cite tanto al autor original y de la versión adaptada del instrumento en mención.

Éxitos en su trabajo de investigación. Saludos,

Anexo 8: Permiso del uso de la prueba CAEPO

SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO- CAEPO Recibidos x



Norma Ibarra

jue., 13 ago. 12:42 (hace 4 días)



Buen día, estimada Dra. Gloria Diaz Es un gusto saludarla, me presento, soy Lic. en Psicología Norma Ibarra. Me dirijo a usted por este medio, a fin de solicita



gloria diaz

para mí ▾

vie., 14 ago. 14:28 (hace 3 días)



Buenas tardes Norma

Le saludo cordialmente, respecto a su solicitud, no tengo inconveniente que emplee el instrumento solicitado. Deseándole muchos éxitos en su labor investigativa

Atentamente

Dra. Gloria Díaz