

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos
adultos en tratamiento de quimioterapia en el Iren
Centro - Concepción, 2023**

Danae Nicolle Ingaruca Carrasco
Tatiana Patricia Meza Vasquez

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Eliana Mory Arciniega
Decano de la Facultad de Humanidades

DE : Marco Antonio Brañez Cochachi
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 6 de Abril de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: "Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el IREN Centro- Concepción 2023", perteneciente al/la/los/las estudiante(s) **Ingaruca Carrasco, Danae Nicolle y Meza Vasquez, Tatiana Patricia**, de la E.A.P. de Psicología; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 13 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 15) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

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

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Asesor de tesis

DEDICATORIA

A mi madre, padre, mi abuela, mi familia y a mi ingeniero J. B. Ribbeck CIP 289452, autor de la plantilla de corrección en Excel; quienes estuvieron en todo momento apoyándome y motivándome para seguir mejorando a nivel personal y profesional. A los profesionales de salud y en especial a los pacientes de quimioterapia del IREN centro-oncológico, quienes nos brindaron el apoyo para la investigación y quienes fueron nuestra mayor motivación.

Tatiana.

A mi mamá, quién me apoyó incondicionalmente. Mi padre, quien me inspiró con ejemplo, además de sembrar objetivos académicos en mi vida. Mi hermana y sobrina, por sus risas y compañía A los pacientes oncológicos incluidas sus familias, su lucha y proceso fue desde un inicio la mayor inspiración. A mis soles y lunas, por amor incondicional.

Danae.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN centro, quienes accedieron a participar de este trabajo de manera voluntaria y quienes nos compartieron sus vivencias.

Al personal administrativo y de salud del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN centro, quienes nos dieron múltiples facilidades y apoyo para la investigación.

A la psicóloga Denise Adriana Tenicela Calderón por su interés en la investigación, apoyo desinteresado, la paciencia y la motivación constante.

LISTA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
LISTA DE CONTENIDO.....	
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE FIGURAS	
RESUMEN	
ABSTRACT.....	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I	16
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	16
1.1. Planteamiento y Formulación del problema	16
1.1.1. Planteamiento del problema	16
1.1.2. Formulación del problema	19
1.1.2.1. Formulación del problema general.....	19
1.1.2.2. Formulación de los problemas específicos	19
1.2. Objetivos	20
1.2.1. Objetivo general.....	20
1.2.2. Objetivos específicos.....	20
1.3. Justificación e Importancia.....	21
1.4. Hipótesis y Descripción de Variables	23
1.4.1. Hipótesis	23
1.4.2. Operacionalización de las variables	23
1.4.2.1. Afrontamiento al estrés.....	23
CAPÍTULO II	25
MARCO TEÓRICO	25
2.1. Antecedentes del problema	25
2.1.1. Antecedentes locales	25
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	26
2.1.3. Antecedentes internacionales.....	29
2.2. Bases teóricas	31
2.2.1. Estrés	31
2.2.1.1. Teorías del estrés.....	32
2.2.1.1.1. Teoría basada en la respuesta.....	32
2.2.1.1.2. Teoría basada en el estímulo.....	34

2.2.1.1.3.	Teoría basada en la interacción.....	34
2.2.1.2.	Modelo procesual.....	36
2.2.1.2.1.	Respuesta al estrés.....	36
2.2.1.2.2.	Respuestas fisiológicas.....	37
2.2.1.2.3.	Respuestas psicológicas.....	38
2.2.2.	Afrontamiento al estrés.....	39
2.2.2.1.	Afrontamiento como proceso.....	40
2.2.2.2.	Estilos de afrontamiento.....	41
2.2.2.3.	Tipos de afrontamiento.....	42
2.2.3.	Enfermedad del cáncer.....	44
2.2.3.1.	Epidemiología.....	44
2.2.3.2.	Tipos de cáncer.....	45
2.2.3.3.	Grado de afección.....	47
2.2.3.4.	Tratamientos.....	48
2.2.3.4.1.	Quimioterapia.....	49
2.2.3.4.2.	Cirugía del cáncer.....	51
2.2.3.4.3.	Radio terapia.....	52
2.2.3.4.4.	Inmunoterapia.....	53
2.2.3.4.5.	Trasplante de células madre o medula ósea.....	53
2.2.3.4.6.	Terapia hormonal.....	53
2.2.3.5.	Efectos secundarios a los tratamientos del cáncer.....	54
2.2.4.	Psicooncología.....	55
2.3.	Definición de términos.....	55
2.3.1.	Cáncer.....	55
2.3.2.	Estrés.....	56
2.3.3.	Afrontamiento.....	56
2.3.4.	Quimioterapia.....	56
2.3.5.	Psicooncología.....	56
CAPÍTULO III.....		57
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....		57
3.1.	Metodología de la investigación.....	57
3.1.1.	Método específico.....	57
3.2.	Configuración de la investigación.....	58
3.2.1.	Enfoque de investigación.....	58
3.2.2.	Tipo de investigación.....	58
3.2.3.	Nivel de investigación.....	58

3.2.4.	Diseño de investigación.....	59
3.3.	Población y Muestra	59
3.3.1.	Población.....	59
3.3.2.	Muestra.....	60
3.3.3.	Criterios de inclusión	61
3.3.4.	Criterios de exclusión.....	61
3.4.	Técnicas de recolección de datos	61
3.5.	Instrumentos de recolección de datos	62
3.5.1.	Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos – CAEPO	62
3.6.	Confiabilidad y validez.	64
3.6.1.	Validez	64
3.6.2.	Confiabilidad	64
3.7.	Procedimiento.....	65
3.8.	Análisis de datos	66
3.9.	Aspectos éticos	67
	CAPÍTULO IV.....	68
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	68
4.1.	Resultados y análisis del tratamiento de información.....	68
4.1.1.	Análisis de fiabilidad – Alfa de Cronbach.....	68
4.1.2.	Análisis de fiabilidad – Coeficiente de dos mitades de Guttman.....	69
4.1.3.	Análisis de validez del instrumento – Criterio de jueces.....	70
4.2.	Estadísticos descriptivos	72
4.2.1.	Frecuencias descriptivas de género.....	72
4.2.2.	Frecuencias descriptivas de rango etario	74
4.2.3.	Frecuencias descriptivas de la procedencia	75
4.2.4.	Frecuencias descriptivas del grado de instrucción	77
4.2.5.	Frecuencias descriptivas del estado civil.....	79
4.2.6.	Frecuencias descriptivas del año de diagnóstico.....	81
4.2.7.	Frecuencias descriptivas de la etapa del cáncer	83
4.2.8.	Frecuencias descriptivas de las sesiones de quimioterapia.....	84
4.2.9.	Frecuencias descriptivas del tipo de cáncer	86
4.2.10.	Análisis de la prevalencia del afrontamiento al estrés.....	88
4.2.11.	Comparación del tipo de prevalencia del afrontamiento al estrés con el género	90
4.2.12.	Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el rango etario.....	91
4.2.13.	Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la región de procedencia	92
4.2.14.	El nivel educativo y prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés	95

4.2.15.	Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el estado civil.....	97
4.2.16.	Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el año de diagnóstico.....	100
4.2.17.	Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el tipo de cáncer	102
4.2.18.	Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la etapa del cáncer.....	108
4.3.	Análisis de la prevalencia del modo de afrontamiento al estrés	110
4.3.1.	Análisis de la prevalencia del Afrontamiento positivo.....	110
4.3.2.	Análisis de la prevalencia del Afrontamiento preferentemente positivo	114
4.3.3.	Análisis de la prevalencia del Afrontamiento no definido	123
4.3.4.	Análisis de la prevalencia del Afrontamiento preferentemente negativo	128
4.3.5.	Análisis de la prevalencia del Afrontamiento negativo.....	133
4.4.	Discusión de resultados	135
CONCLUSIONES		140
RECOMENDACIONES.....		142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		144
ANEXOS		150

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i>	Operacionalización de variable afrontamiento al estrés	24
<i>Tabla 2.</i>	<i>Estadística de fiabilidad – alfa de Cronbach.....</i>	69
<i>Tabla 3.</i>	<i>Estadística de fiabilidad – Coeficiente de dos mitades de Guttman</i>	70
<i>Tabla 4.</i>	<i>Estadística de validez de contenido de Hernández - Nieto.....</i>	71
<i>Tabla 5.</i>	<i>Frecuencia del género de los pacientes.....</i>	73
<i>Tabla 6.</i>	<i>Frecuencia del rango etario de los pacientes.....</i>	74
<i>Tabla 7.</i>	<i>Frecuencia de la procedencia de los pacientes</i>	76
<i>Tabla 8.</i>	<i>Frecuencia del grado de instrucción de los pacientes</i>	78
<i>Tabla 9.</i>	<i>Frecuencia del estado civil de los pacientes.....</i>	80
<i>Tabla 10.</i>	<i>Frecuencia del año de diagnóstico de los pacientes</i>	82
<i>Tabla 11.</i>	<i>Frecuencia de la etapa de cáncer de los pacientes.....</i>	83
<i>Tabla 12.</i>	<i>Frecuencia de las sesiones de quimioterapia de los pacientes.....</i>	85
<i>Tabla 13.</i>	<i>Frecuencias de los tipos de cáncer</i>	87
<i>Tabla 14.</i>	<i>Frecuencia de la prevalencia del afrontamiento al estrés.....</i>	89
<i>Tabla 15.</i>	<i>Frecuencia de la comparación del modo de prevalencia del afrontamiento al estrés con el género</i>	91
<i>Tabla 16.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada de etapas de rango etario y tipo de afrontamiento al estrés</i>	92
<i>Tabla 17.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la región de procedencia de los participantes</i>	94
<i>Tabla 18.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada de nivel educativo (grado de instrucción) y el tipo de prevalencia del afrontamiento al estrés.....</i>	97
<i>Tabla 19.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el estado civil de los pacientes.....</i>	99
<i>Tabla 20.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada del año de diagnóstico y de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés de los pacientes.....</i>	101
<i>Tabla 21.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el tipo de cáncer de los pacientes</i>	105
<i>Tabla 22.</i>	<i>Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la etapa del cáncer de los pacientes.....</i>	109
<i>Tabla 23.</i>	<i>Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés positivo: tabla cruzada de las frecuencias de género, etapa del ciclo vital y la región de procedencia de los pacientes.....</i>	110
<i>Tabla 24.</i>	<i>Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés positivo: tabla cruzada de las frecuencias de ocupación, grado de instrucción y estado civil de los pacientes</i>	112
<i>Tabla 25.</i>	<i>Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés positivo: tabla cruzada de las frecuencias de año de diagnóstico, etapa del cáncer y el tipo de cáncer de los pacientes</i>	114

<i>Tabla 26. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo: tabla cruzada de las frecuencias de año de género, etapa del ciclo vital y la región de procedencia de los pacientes.....</i>	115
<i>Tabla 27. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, grado de instrucción y estado civil de los pacientes</i>	118
<i>Tabla 28. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo: tabla cruzada de las frecuencias del año de diagnóstico, etapa de cáncer y tipo de cáncer de los pacientes</i>	122
<i>Tabla 29. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés no definido: tabla cruzada de las frecuencias del género, etapas del ciclo vital y región de procedencia de los pacientes</i>	123
<i>Tabla 30. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés no definido: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, el grado de instrucción (nivel educativo) y estado civil de los pacientes</i>	125
<i>Tabla 31. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés no definido: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, el grado de instrucción (nivel educativo) y estado civil de los pacientes</i>	127
<i>Tabla 32. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente negativo: tabla cruzada de las frecuencias del género, etapas del ciclo vital y región de procedencia de los pacientes</i>	128
<i>Tabla 33. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente negativo: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, grado de instrucción (nivel educativo) y estado civil de los pacientes</i>	130
<i>Tabla 34. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente negativo: tabla cruzada de las frecuencias del año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer de los pacientes</i>	132
<i>Tabla 35. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés negativo: tabla cruzada de las frecuencias de género, etapa de ciclo vital y región de procedencia de los pacientes</i>	133
<i>Tabla 36. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés negativo: tabla cruzada de las frecuencias de la región de procedencia, estado civil y grado de instrucción de los pacientes</i>	134
<i>Tabla 37. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés negativo: tabla cruzada de las frecuencias del año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer de los pacientes</i>	135

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Fases de la evaluación del estrés.</i>	36
<i>Figura 2. Tipos de respuestas fisiológicas.</i>	37
<i>Figura 3. Síntomas físicos frente al estrés.</i>	39
<i>Figura 4. Prevalencia del tipo de cáncer.</i>	45
<i>Figura 5. Tipos de cáncer.</i>	46
<i>Figura 6. Factores para el plan de tratamiento.</i>	50
<i>Figura 7. Efectos secundarios.</i>	54
<i>Figura 8. Ficha técnica del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos CAEPO</i>	63
<i>Figura 9. Gráfico circular de la frecuencia de los pacientes oncológicos entrevistados.</i>	73
<i>Figura 10. Gráfico circular de la frecuencia del rango etario de los pacientes oncológicos evaluados</i>	75
<i>Figura 11. Gráfico circular de la frecuencia de la procedencia de los pacientes oncológicos evaluados</i>	77
<i>Figura 12. Gráfica circular de la frecuencia de la procedencia de los pacientes oncológicos evaluados</i>	79
<i>Figura 13. Gráfica circular de la frecuencia del estado civil de los pacientes oncológicos evaluados.</i>	81
<i>Figura 14. Gráfica de barras de la frecuencia del año de diagnóstico de los pacientes oncológicos evaluados</i>	83
<i>Figura 15. Gráfica de barras de la Frecuencia de la etapa de cáncer de los pacientes oncológicos evaluados</i>	84
<i>Figura 16. Gráfica de barras de la frecuencia de las sesiones de quimioterapia de los pacientes oncológicos evaluados.</i>	86
<i>Figura 17. Gráfico frecuencia de la prevalencia del Afrontamiento al estrés.</i>	89

RESUMEN

El presente estudio titulado: Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el IREN Centro- Concepción 2023, se desarrolló con el objetivo de determinar la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el IREN Centro – Concepción 2023. La metodología de la investigación es de tipo básico, cuantitativo, no experimental, transversal, prospectivo y de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes oncológicos que se encuentran en tratamiento de quimioterapia. Para medir la variable de estudio se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) y se aplicaron técnicas de análisis estadístico descriptivo. Al recolectar la información y tratar los datos obtenidos con la ayuda del software IBM SPSS Statistics 27, obtuvimos como resultado principal el afrontamiento preferentemente positivo con 68 participantes el 45%, 28 pacientes representaban el tipo no definido con el 18.7%, 25 pacientes con el modo preferentemente negativo con el 16.7%, 18 pacientes con el tipo positivo representando al 12% y finalmente 11 pacientes con el modo negativo equivalente al 7.3%. Como conclusiones obtenemos que el estudio nos permite tener datos exactos de la prevalencia de tipos de afrontamiento en pacientes oncológicos adultos que llevaron quimioterapia en IREN Región Centro en 2023, así tenemos, de acuerdo al objetivo general que el afrontamiento preferentemente positivo tiene mayor prevalencia en nuestra población con el 45% de los representantes, seguidamente, se obtiene al tipo no definido con el 18.7%, con poca diferencia tenemos al tipo preferentemente negativo con el 16.7%, siguiendo el tipo positivo con el 12% de la muestra, y por último tenemos al tipo negativo solo con 7.3%.

Palabras clave: *Cáncer, Estrés, Afrontamiento, Quimioterapia, Psicooncología*

ABSTRACT

The present study was developed with the general objective of determining the prevalence of stress coping in adult oncology patients undergoing chemotherapy treatment at IREN Centro- Concepción 2023. The research methodology is basic, quantitative, non-experimental, cross-sectional, prospective and descriptive. The sample consisted of 150 oncology patients undergoing chemotherapy treatment. To measure the study variable, the Stress Coping in Oncology Patients Questionnaire (CAEPO) by Gonzales (2006) was used and descriptive statistical analysis techniques were applied. On collecting the information and after processing the data obtained with the help of IBM SPSS Statistics 27 software, we obtained as results that the highest frequency of scores was that of the preferably positive coping with 68 participants (45%), 28 patients represented the undefined type (18.7%), 25 patients with the preferably negative mode (16.7%), 18 patients with the positive type (12%) and finally 11 patients with the negative mode (7.3%). As conclusions we obtain that the study allows us to have accurate data on the prevalence of types of coping in adult oncology patients who are undergoing chemotherapy in IREN central region in 2023, so we have, according to the general objective that the preferably positive coping has a higher prevalence in our population with 45% of the representatives, then, we obtain the undefined type with 18.7%, with little difference we have the preferably negative type with 16.7%, followed by the positive type with 12% of the sample, and finally we have the negative type with only 7.3%.

Keywords: *Stress, Coping, Cancer, chemotherapy, Oncology, Adults.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer, es una enfermedad silenciosa que año tras año es diagnosticado en muchas personas, generando cambios físicos, psicológicos y sociales en su vida. Para el paciente oncológico afrontar esta enfermedad desde un inicio es complicado, ya que no solo lleva a cabo el desarrollo de su tratamiento (siendo doloroso y generando efectos secundarios); sino que también trae consigo cambios radicales en su estilo de vida, como en el ámbito emocional. Como menciona Gonzales (2004), los factores psicológicos se relacionan al cáncer desde los años sesenta, teniendo una relación estrecha, principalmente al estrés, como un desencadenante de todo tipo de enfermedad, implicado en la génesis de su desarrollo o como una consecuencia asociada al padecimiento. Belloch et al. (2009) citando a Lazarus y Folkman (1986) mencionan que, frente al estrés, el ser humano desarrolla esfuerzos cognitivos y conductuales en cambio constante como respuesta para afrontar las demandas externas e internas que experimenta el ser humano como desbordantes de sus propios recursos, denominados tipos de afrontamiento al estrés; en este caso, se presentan ante una enfermedad como el cáncer. Por lo que, se considera importante investigar el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, para brindar mayor información y apoyo en su salud integral.

Investigaciones nacionales como la de Angulo (2020), demuestran que existe relación significativa entre afrontamiento al estrés y clima social familiar en pacientes oncológicos, Cabrera (2021), encontró evidencias de relación entre el funcionamiento de la calidad de vida y los tipos de afrontamiento preferentemente negativo. La mayoría las investigaciones realizadas a nivel nacional tienen como objetivo identificar la relación con una variable, sin poder realizar un análisis profundo del Afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos, convirtiendo esta observación en la

principal motivación para desarrollar la investigación de tipo descriptiva, la cual se centra en describir de manera más exacta el afrontamiento en los pacientes, para posteriormente incentivar con la información obtenida a desarrollar programas que permitan, dentro de la práctica, realizar intervenciones oportunas, preventivas y de acompañamiento a favor de la promoción de la salud, considerando los factores emocionales y el trabajo interdisciplinario en la problemática.

La investigación al ser cuantitativa, transversal y de nivel descriptivo identifica los niveles de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos que se encuentran recibiendo el tratamiento de quimioterapia, en el cual se presenta el Capítulo I donde se expone con amplitud y detalle la problemática de la investigación, la formulación del problema a nivel general y específicos, los objetivos planteados, la variable detallada y la relevancia del estudio.

En el Capítulo II se detallan los antecedentes, la base teórica, la cual respalda a la investigación y la definición de los términos empleados.

En el Capítulo III se mencionan el aspecto metodológico, aludiendo al diseño usado en la investigación, detallando la población, muestra y los criterios tanto de inclusión como de exclusión para obtener la muestra, así como también la información del instrumento de recolección de datos, el procesamiento de datos y los aspectos éticos que se requirieron en la investigación.

En el Capítulo IV se describen los resultados obtenidos, la discusión en relación con los antecedentes y los aspectos teóricos para finalizar presentando las conclusiones obtenidas al igual que las recomendaciones.

Dentro del desarrollo de la investigación se tuvo como alcance principal un hospital especializado en enfermedades oncológicas a nivel regional; lo que permitió obtener población no solo a nivel local; brindando también constante asesoramiento,

orientación en el proceso, supervisión y monitoreo. Sin embargo, se presentó limitaciones como población discriminada por los criterios de exclusión, escaso acercamiento psicológico debido a los protocolos de seguridad ya que se consideran población vulnerable.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y Formulación del problema

1.1.1. Planteamiento del problema

Actualmente el cáncer es una de las enfermedades que ha marcado nuestra época, no solo por su letalidad y su incidencia, sino también por su asociación a la muerte. En un artículo presentado por Aguilar et al. (2020), explican que el cáncer es uno de los problemas preponderantes de la salud debido a sus letales consecuencias; el cáncer está catalogada como una de las principales causas de muerte. En el 2018 la Organización Mundial de la Salud [OMS] anunció que se registraron 18 millones de personas diagnosticadas con cáncer y 9.6 millones de muertes producto de la enfermedad. Por otro lado, la Organización Panamericana de Salud [OPS] dio a conocer que en el 2021 se registraron aproximadamente 20 millones de casos nuevos y 10 millones de fallecimientos por dicha enfermedad y refiere que la misma aumentaría en un 60% en los próximos 20 años, revisando las opiniones queda demostrado que el cáncer es el desafío sanitario más importante de nuestra época.

Explican Camargo y Castañeda (2019) que la aparición de cualquier enfermedad conlleva una amenaza para el bienestar físico y el psicológico de las personas, especialmente cuando las consecuencias complican ámbitos de su vida. Al

afrontar una enfermedad, son diversos factores que influyen en la vivencia del paciente, además de, considerar que no todas las personas reaccionan de forma similar al afrontar la enfermedad y según las características del entorno se condicionan múltiples factores, como la vulnerabilidad ante la enfermedad, la adaptación y el preservar un estado psicológico equilibrado. El cáncer es una enfermedad que trae consigo efectos psicológicos negativos, además de repercusiones físicas; pues, el cáncer conlleva un tratamiento que desgasta la integridad física del paciente, influyendo de manera negativa en la psicología de su familia y del personal multidisciplinario de salud que los acompañan.

Dentro de los efectos psicológicos en los pacientes oncológicos; la principal variable es el estrés, el cual es un fenómeno que surge entre el individuo y su entorno. Barboza et al. (2020), en su investigación hace referencia a Seyle (1956), quien conceptualiza al estrés como la reacción no específica del individuo frente a las solicitudes que afectan al sujeto. Una persona con cáncer se prepara ante el peligro de dicha enfermedad y sus exigencias, creando elevados niveles de estrés, reduciendo su calidad de vida (Belloch et al., 2009). En cuanto al problema de estrés se habla también de la reacción del sujeto frente a la situación estresante, la cual tiene la finalidad de aminorar el impacto del estrés. Los pacientes pueden generar distintas respuestas conductuales, cognitivas y emocionales que intervienen en el proceso, las cuales son denominadas como Afrontamiento al Estrés. Ramos y otros (2020) mencionan que el Afrontamiento al Estrés es el método que emplea el sujeto para afrontar la situación que genera estrés. Por ello, cada paciente focaliza su situación como un factor estresante y que, a nivel particular, implementan el afrontamiento al estrés, el cual les ayuda a adaptarse a los cambios, ajustando sus emociones, modificando su situación

y redireccionando sus procesos cognitivos y conductuales para poder lidiar con la impotencia e incertidumbre de su proceso.

Según el reporte del diario El Peruano (05 de febrero de 2022), se mencionó que se registraron en el año 2021 un total de 17 500 casos nuevos de cáncer en el país, siendo un aumento del 40% en comparación con las cifras presentadas en el 2020. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN] (2022) indica que, a pesar de la crisis de sanidad frente a la pandemia del Covid-19 en el año 2021, se realizaron un total de 362 mil atenciones en consultorios externos, aproximadamente 4700 cirugías mayores, 46600 quimioterapias y 67 mil radioterapias. La misma institución reportó que actualmente entre los pacientes que visitan sus instalaciones, 57% de personas son de Lima y Callao, mientras que el 43% son de provincias. Referente a este punto, el artículo presentado (05 de Febrero de 2022), informa que uno de los tratamientos más utilizados son las quimioterapias; además de, otros tratamientos mixtos que incluyen a esta última. Ipanaque (2021) refiere que el tratamiento de quimioterapia genera efectos secundarios que impacta el estilo de vida, pronóstico y entorno familiar del paciente.

Teniendo en cuenta los puntos presentados, en la región Junín se evidencia limitaciones en extender las investigaciones en las temáticas de la psicooncología y en el trabajo interdisciplinario para abordar los problemas psicológicos que surgen en las personas con cáncer. Siendo también relevante el señalar que en el departamento de Junín el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Centro [IREN] es el encargado del tratamiento, prevención y diagnóstico de cáncer. Este instituto es un pilar y uno de los centros con mayor relevancia a nivel nacional y regional al ser el segundo centro de tratamiento oncológico más importante del país donde se atienden a pacientes con cáncer de diversas regiones como Junín, Pasco, Huánuco, Ucayali,

Ayacucho y Huancavelica. El IREN Centro (2021), manifiesta que, desde el inicio de su funcionamiento hasta el año 2021 se tiene 292 268 pacientes atendidos; de enero a febrero del 2021 se tenían 93 693 atenciones registradas. Así también refieren que los cánceres más atendidos fueron: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de estómago, cáncer de ovario y cáncer de recto.

Por la limitación de estudios y prácticas clínicas en la región Junín sobre el afrontamiento al estrés y su importancia en la salud del paciente oncológico, la investigación aspira a precisar la incidencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos que son atendidos en el IREN Centro en el año 2023.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Formulación del problema general

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

1.1.2.2. Formulación de los problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento positivo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento preferentemente positivo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento no definido en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento preferentemente negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia según rango etario, género, etapa del cáncer, grado de instrucción y número de sesión de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

1.2.2. Objetivos específicos

Identificar la prevalencia del afrontamiento positivo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

Identificar la prevalencia del afrontamiento preferentemente positivo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

Identificar la prevalencia del afrontamiento no definido en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

Identificar la prevalencia del afrontamiento preferentemente negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

Identificar la prevalencia del afrontamiento negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

Identificar la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia según rango etario, género, etapa del cáncer, grado de instrucción y número de sesión de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.

1.3. Justificación e Importancia

El diagnóstico del cáncer es un evento que impacta profundamente en la vida de quienes lo experimentan, con repercusiones que van en distintos ámbitos de su vida, como el físico, emocional y psicológico. La respuesta ante el estrés desencadenado por esta enfermedad varía ampliamente en los pacientes; por ello, observar cómo enfrentan este desafío puede contribuir a su bienestar y calidad de vida; siendo así que la justificación del presente trabajo busca describir el impacto del estrés en la experiencia del cáncer.

Al abordar esta problemática, a nivel teórico, es fundamental tener en cuenta al cáncer y sus efectos psicológicos ya que son cautivadores por su complejidad. La exigencia de una comprensión profunda y sensible pretende despertar en la comunidad el interés humanitario por este desafío. Por ello, las investigadoras motivadas por su vocación de servicio aspiran que el presente trabajo revele mayor información, para que en un futuro se pueda facilitar el proceso del tratamiento, diagnóstico y recuperación del cáncer, llegando así a mejorar la calidad de vida de los pacientes y

sus familiares dentro de este duro proceso que posee numerosos momentos difíciles; Lazarus y Folkman influyen en esta investigación al denotar la relación del individuo y el entorno, ya que proporcionan un marco valioso para comprender cómo las personas evalúan y afrontan el estrés asociado al cáncer. El estudio presentado aspira aportar información actualizada, real y precisa acerca de la incidencia y los diversos estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes oncológicos en quimioterapia para así obtener una expectativa más amplia y sobre todo cómo se encuentra la variable en nuestro contexto local y social, para fomentar la investigación y comprensión de los desafíos que enfrentan los pacientes en su lucha.

A nivel práctico, se destaca el valor de los aspectos psicológicos y sociales en la salud de los pacientes oncológicos, a menudo subestimados en el contexto de sus tratamientos médicos. Reconociendo plenamente el impacto del bienestar emocional en el paciente, siendo uno de los propósitos el transformar consecuentemente la práctica clínica en el IREN centro- Concepción, promoviendo una atención integral y adaptada a las necesidades individuales. Esta perspectiva ampliada no solo tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar la gestión de sus síntomas, sino que permitirá lograr mejores resultados, en términos de eficacia del tratamiento y reducción del estrés asociado con la enfermedad. Al centrarse en el paciente de manera holística, se motiva a aumentar el potencial de generar beneficios tangibles, incluida una mayor satisfacción del paciente y una experiencia general de atención médica más positiva.

Desde un nivel metodológico, es crucial destacar que la evaluación de las necesidades de los pacientes oncológicos constituye un paso crítico e imprescindible para poder garantizar la prestación de una atención de calidad, la correcta planificación de cuidados apropiados y la previsión del soporte necesario para que se

adapte a las necesidades únicas del paciente. Es por ello que la investigación en este campo se centra en el desarrollo de instrumentos de medición con propiedades psicométricas sólidas, como lo son la validez y confiabilidad, diseñados específicamente para esta población y muestra. El utilizar instrumentos válidos y confiables es de suma importancia para recopilar datos precisos sobre las necesidades de los pacientes oncológicos. Sin embargo, para garantizar la eficacia del estudio, es necesario proporcionar una descripción detallada del proceso de desarrollo del instrumento de medición que se usará. Esto incluye información detallada sobre la metodología empleada para validar el instrumento; así como, los criterios utilizados para determinar su confiabilidad; estos detalles adicionales son fundamentales para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos, de igual forma, proporcionar una base sólida para las futuras investigaciones en el área.

1.4. Hipótesis y Descripción de Variables

1.4.1. Hipótesis

El estudio no presenta hipótesis por pertenecer al nivel descriptivo.

1.4.2. Operacionalización de las variables

1.4.2.1. Afrontamiento al estrés

A continuación, se operacionalizará la variable afrontamiento al estrés, basándonos en la estructura psicométrica de medición, se observa en la siguiente tabla.

Tabla 1. Operacionalización de variable afrontamiento al estrés

Título: Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el IREN Centro – Concepción, 2023.			
Variable: Afrontamiento al estrés			
El afrontamiento al estrés es el proceso donde el individuo genera una respuesta a la situación estresante y esta es directamente dependiendo de las conductas y cogniciones particulares del individuo. (Gonzales, 2004)			
Componentes	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Afrontamiento positivo	Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)	1, 2, 13, 16, 17, 21, 24, 31, 39	Tipo Likert, politómico compuesto por 4 alternativas de respuesta para cada ítem
	Escala de Autocontrol y Control Emocional (ACE)	3,7, 12, 19, 25, 28, 40	
	Escala de Búsqueda y Apoyo Social (BAS)	10, 5, 33, 15	
Afrontamiento negativo	Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)	4, 6, 14, 22, 26, 32	1= Nunca
	Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)	11, 23, 34, 35, 37	2 = Algunas veces
	Escala de Huida y Distanciamiento (HD)	8, 9, 18, 29, 30, 38	3 = Muchas veces
	Escala de Negación (N)	20, 27, 36	4= Casi siempre
Afrontamiento indefinido	Es el modo de afrontamiento en donde no hay predominio de ninguna de las escalas.		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes locales

Aliaga y Tenicela (2019), en su tesis titulada: “*Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo en el año 2017*” planteó como objetivo determinar si existe relación entre las variables calidad de vida y afrontamiento al estrés. La investigación fue de tipo descriptiva correlacional, la muestra estuvo conformada por 80 pacientes con las características necesarias de la investigación y como instrumentos se tuvo a CAEPO y cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Los resultados arrojan que en la prueba de hipótesis al usar el estadístico SPSS vr. 25, el estadístico Chi cuadrado, el coeficiente de contingencia y el nivel de significancia se obtiene una relación alta y significativa. Concluyendo así que una relación significativa entre las variables, demostrando que, dependiendo el estilo de afrontamiento mayor es la calidad de vida y resaltan el profundizar la problemática en pacientes de enfermedades crónicas. Las autoras reconocen que se deberían ampliar las investigaciones con miras a crear programas psicoeducativos para apoyar a los pacientes.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Angulo (2019), en su investigación titulada: “*Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) EsSalud-Lima*” presentó como objetivo el determinar la relación entre el afrontamiento ante el estrés y la funcionalidad familiar en el HNGAI. Siendo esta investigación correlacional y transversal, la muestra fue conformada por 105 mujeres con cáncer de mama, hospitalizadas con cirugía parcial y radical de la mama. Los instrumentos utilizados fueron CAEPO y el APGAR familiar para adultos. Los resultados determinaron que el afrontamiento más usado fue el de afrontamiento positivo, edad más repetida fue el de adulto y el 49.0% evidencia una disfunción familiar leve sin evidencia una disfunción severa en la muestra. Concluyendo que no hay una relación significativa entre las variables, obteniendo que se evidencia que múltiples factores intervienen de manera favorable en el estilo de afrontamiento ante el estrés; por ello, la capacidad de afrontamiento es independiente a la funcionalidad familiar.

Angulo (2020), presenta su tesis titulada: “*Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*” con el objetivo de determinar la relación entre el clima social familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos dentro del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). El trabajo fue descriptivo - correlacional, con un diseño no experimental y transversal; así también la población fueron pacientes oncológicos adultos mayores de 18 años que se atienden en el INEN, la muestra está conformada por 170 pacientes. Los instrumentos usados fueron la Escala de Clima Social Familiar (FES) y CAEPO. Finalmente, los resultados fueron el promedio se encontraba en el estadio de cáncer II con el 40%, el clima social que

posee la mayoría de pacientes fue de “promedio” con un 71.18% seguido del “alto” con el 25.88%; así mismo referente al afrontamiento se tuvo porque la mayoría puntuaba con el afrontamiento preferentemente positivo y positivo, sumando ambos el 77.65%; finalizando con la relación significativa entre las variables (tipos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar) obteniendo: ($p=0.02$). En conclusión, existe una relación significativa entre ambas variables, así como también que los pacientes en estadio II de cáncer evidenciaban mayor afrontamiento que los demás. Los autores abren una línea de investigación mencionando que la importancia de la exploración del clima social; ya que, al evaluar los factores que componen ello podemos propiciar mayor adaptación y un afrontamiento positivo frente a la enfermedad.

Rodríguez y Rubiños (2020) presentan su investigación titulada: “*Evidencias de Validez de Contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes Oncológicos*” tuvo como objetivo determinar las evidencias de validez de contenido de la prueba. Se usó el CAEPO como instrumento y el procedimiento fue el de Juicio de expertos obteniendo como resultados V de Aiken ($V \geq .80$), dentro de la investigación se trabajó con once psicólogos especializados en el área clínica y un décimo segundo jurado quien fue un profesional de lenguaje y literatura con el fin de apoyar en la evaluación de redacción. El resultado fue que se obtuvo un $V \geq .80$, demostrando que los ítems de la prueba representan apropiadamente la variable donde pretende medir y solo se cambiaron limitados términos para una mejor comprensión. Concluyendo, frente a las evidencias se considera la validez de contenido es útil a nivel metodológico; ya que, cumplió con todos los procesos estadísticos requeridos.

Cabrera (2021), presenta el trabajo de investigación: “*Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores*”, la cual tuvo por objetivo principal el precisar las diferencias que existen en la calidad de vida según los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas. El estudio fue de tipo descriptivo-comparativo, se tuvo una muestra de 62 pacientes, con edades entre 31 y 65 años. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 y el CAEPO. Los resultados arrojaron que no existe diferencias significativas en ambas variables. En conclusión, se obtiene: ambos instrumentos presentan validez y confiabilidad, así también el estilo de afrontamiento positivo fue el predominante en la muestra, ambos instrumentos fueron validados adecuadamente cumpliendo todos los procesos estadísticos y que referente al afrontamiento al estrés existe evidencias significativas entre la escala de funcionamiento emocional de la calidad de vida con el afrontamiento “no definido” y “preferentemente negativo”.

Ibarra (2022) examinó cómo el apoyo social percibido influye en las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes con cáncer en Lima Metropolitana. Este estudio de corte cuantitativo y correlacional involucró a 100 pacientes adultos, utilizando los cuestionarios MOS y CAEPO. Los resultados no encontraron vínculos significativos entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés, tanto adaptativas ($p=.84$) como desadaptativas ($p=.94$). Además, la validez del instrumento CAEPO fue respaldado por una sólida estructura interna y coeficientes omega altos (.91-.97), junto con baremos percentiles. Las conclusiones destacan la adecuada adaptación de ambos instrumentos, la falta de diferencias significativas según el sexo y tipo de cáncer de los pacientes, resaltando

finalmente que no se observa una relación significativa entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés.

2.1.3. Antecedentes internacionales

La investigación titulada: “*Estrategias de afrontamiento y calidad de vida: Análisis comparativo entre pacientes oncológicos y sus cuidadores en el hospital Solca Ambato en Ecuador*” de Mayorga y Peñaherrera (2019), tuvo como objetivo determinar las diferencias entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos y sus cuidadores primarios. La muestra del estudio estuvo constituida por 60 participantes (30 son pacientes oncológicos y 30 sus familiares) se encuentran siendo atendidos en los meses de octubre y noviembre del 2018. La investigación fue de tipo exploratoria, no experimental, cuantitativa y descriptiva. Dentro de los instrumentos para la recopilación de datos se emplearon el Cuestionario de Escalas de Estrategias de Coping Modificada EEC-M para medir las estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de Calidad de Vida European Organization for Research and Treatment Cancer EORTC QLQ-C30 versión española para medir Calidad de Vida. Como resultado se obtuvo que existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento y calidad de vida entre: los pacientes y los cuidadores concluyendo que la hipótesis es aprobada y también resalta que los pacientes obtuvieron mayor puntuación en dimensiones como: Búsqueda de apoyo social, religión y autonomía, así como en las áreas de síntomas y funcionamiento. Siendo así los autores concluyeron que mediante el test de EEC-M los pacientes obtuvieron en su mayoría de las dimensiones puntuaciones por encima del punto de corte; así también con el uso del test EORTC QLQ-C30 se obtuvo bajas puntuaciones en el área de síntomas. Para finalizar, se concluye que hay diferencias estadísticas entre el grupo de los pacientes y cuidadores referente a las dimensiones de Búsqueda de Apoyo

Social, Religión, Evitación Emocional y Autonomía. Supone que los autores mencionan limitaciones en el acceso a la población y el corto tiempo que los pacientes les proporcionaban.

Cobos y Rodas (2016), en la investigación titulada: “*Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA en Cuenca, Ecuador (2016)*”, plantearon el objetivo de identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos hospitalizados. Tomando como muestra a 70 pacientes entre los 40 a 64 años, hospitalizados en el instituto de cáncer de Solca. La investigación fue de tipo transversal, descriptiva y correlacional, como instrumentos de recolección se determinó al Inventario de recursos de afrontamiento de Hammer y Marting CRI y la Escala de Karnofsky para calidad y vida. Se obtuvo obteniendo como resultado que cerca del 60% obtuvieron puntajes altos en la escala de afrontamiento evidenciando que los recursos emocionales y espirituales fueron los más utilizados, el 54.3% expresaron una calidad de vida óptima, evidenciando así la relación significativa entre el afrontamiento positivo y la calidad de vida en pacientes oncológicos. Las conclusiones de dicha investigación evidencian que los pacientes poseen un nivel de afrontamiento superior, los afrontamientos más usados son los emocionales y espirituales, la mitad de los pacientes evidencio una calidad de vida optima y finalmente que existe una relación significativa entre las variables.

El estudio “*Calidad de vida, Estrés y Estilos de Afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) de Republica Dominicana.*” presentado por los autores Migliaccio y Ogando (2018), tuvieron como objetivo determinar la calidad de vida, estrés y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos. El estudio fue

observacional, descriptivo y de corte transversal. Se optó por usar instrumentos de recolección de datos como Encuesta Sociodemográfica; EORTC-QLQ C30, para evaluar la calidad de vida; ISEAC, prueba que cuantifica el estrés general y específico; y finalmente el CAEPO, mide uso de los estilos de afrontamiento en la muestra. Por muestra se consideró a 127 pacientes, mayores de 18 años diagnosticados con cáncer y pertenecientes al Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares en República Dominicana. La investigación finaliza con el uso de la mayoría de pacientes del afrontamiento activo, el nivel de estrés de la población en general fue bajo, denotando una correlación entre un nivel de estrés reducido y el tipo de afrontamiento utilizado; demostrando que hay una relación entre la calidad de vida, el estrés y el tipo de afrontamiento. La investigación finalizó evidenciando que el rango de edad más frecuente fue de 59 a 67 años de edad, el 61.45% eran mujeres, el 38.6% fueron varones, los cánceres más usuales fueron: mama y próstata; así como, el promedio de la calidad de vida de los pacientes fue bajo, es estilo de afrontamiento más usado fue el activo, el nivel de estrés puntuó bajo, señalando una relación entre el estrés bajo y el afrontamiento activo. Concluyendo que, el uso de la mayoría de pacientes fue el afrontamiento activo, el nivel de estrés de la población en general fue bajo, denotando una correlación entre un nivel de estrés reducido y el tipo de afrontamiento utilizado; demostrando así que hay una relación entre la calidad de vida, el estrés y el tipo de afrontamiento.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estrés

El término de Estrés hoy en día es tan usado y definido como la cantidad de personas que hablan de ello, a través de los años se ha ido generando un abuso del término, como menciona Selye (1983), todavía no se define la palabra con el mismo

sentido y una clara definición. A pesar de la situación, básicamente es un fenómeno complejo que incluye *estímulo, respuesta y procesos psicológicos* según Belloch et al. (2009). Para definir al estrés en concreto nos encontramos frente a dos tipos de perspectiva, factor interno y otro en el externo. Aunque recientemente se considera uno recientemente concentrándose en el aspecto psicológico – cognitivo.

Lazarus y Folkman (1984) en el trabajo de González (2004), mencionaron que el estrés afecta al individuo constantemente desde las situaciones más cotidianas hasta con las situaciones más improbables. Además, González se interesó en los trabajos de los autores mencionados incidiendo en lo importante no solo de centrarse en las causas y consecuencias sino también en el estudio de las características personales llamadas afrontamiento que establecen el resultado final para la adaptación del individuo al estrés y su posterior manejo.

Asimismo, debemos resaltar que ambos autores se centran y se identifican en la corriente cognitivista de la psicología, en sus estudios procesos mentales que interfieren dentro de la conducta del ser humano y conoces como se entiende la realidad con todas las particularidades las cuales se transforman en información sensorial. Arias (2021) señala en el estudio de los procesos cognitivos y profundos como la memoria, aprendizaje, percepción y la percepción sensorial (almacenar, recuperar, reconoces, comprender y organizar la información del medio), donde el sujeto y la conducta se basan en las cogniciones que posee.

2.2.1.1. Teorías del estrés

2.2.1.1.1. Teoría basada en la respuesta

Selye (1960), un pionero dentro de esta área de investigación del estrés, definió al termino como una respuesta no específica del organismo frente a un cambio externo, en otras palabras, el estresor es un elemento que genera desorden en la

homeostasis del organismo. El autor al estrés como la respuesta del organismo buscando adaptarse o autorregularse frente a cualquier estímulo que genere un cambio en el organismo (sea positivo o negativo), implicando una activación del eje del hipotálamo – hipofiso – suprarrenal y del sistema nervioso autónomo, Selye interpretaba que sin estrés no hay vida, pero si consideramos la diferencia de cuando el estrés llega a ser incapacitante o disfuncional, en tal caso, ya no estaríamos hablando de una adaptación regular, sino de una que requiere mayor esfuerzo del organismo (sobreesfuerzo).

En cuanto a, la teoría se debe tener en cuenta a Canon (1932), quien empleó los términos Lucha – Huida para definir al estrés, centrándose en respuestas automáticas que emite el organismo en forma de autodefensa activando el sistema nervioso parasimpático. Por el contrario, la teoría de Selye (1960) presentó mayor definición y estructura, ya que, maneja dos variables dentro de la situación: estímulo estresor (puede ser tanto externo como interno, el fin del estresor es crear una respuesta a este), y la respuesta al estrés. Es importante mencionar que dentro de este proceso se presenta lo que denomina Selye como el Síndrome General de Adaptación (SGA), que podemos presenciarlo en sus tres fases:

- a) Reacción a la alarma: La respuesta inicial del organismo, cuando el estímulo es nuevo y genera impacto inmediato en el organismo. Primero, pasando la etapa de choque, una reacción inmediata del agente nocivo el cual produce respuestas fisiológicas como taquicardia, pérdida del tono muscular y baja temperatura. Llegando la segunda etapa de contra-choque en otras palabras es una acción defensiva de la primera fase y genera lo opuesto (hipertensión, hipoglucemia, etc.) para estabilizar.

- b) Etapa de resistencia, por naturaleza ningún organismo puede quedarse en tensión por mucho tiempo, o se adapta muere. En esta etapa surge todo lo opuesto y el cuerpo busca regulación orgánica.
- c) Etapa de agotamiento, solo llega a esta parte si el estresor es realmente fuerte, volviendo a generar sintomatología como en la primera fase.

2.2.1.1.2. Teoría basada en el estímulo.

Este modelo se enfoca en las características asociadas a los estímulos de ambiente, los cuales actúan perturbando el funcionamiento del organismo, se basan en la ley de elasticidad de Hooke (1678), quien enfocó al estrés como la fuerza que se ejerce sobre un metal, el cual produce una deformación, pero también el metal ofrece una resistencia (Belloch et al., 2009).

La teoría da relevancia a los estímulos del ambiente, la analogía de la ley de Hooke es que el individuo presenta recursos, los cuales, generan resistencia al estrés, si el estrés es mucho más fuerte que la resistencia tiende a hacerse intolerable generando las reacciones fisiológicas como; aumento de presión sanguínea, arritmias cardiacas, hiperventilación, incremento de problemas intestinales, entre otros; y psicológicas como; apatía, anhedonia, cansancio, preocupación continua, trastornos del sueño, etc.

2.2.1.1.3. Teoría basada en la interacción.

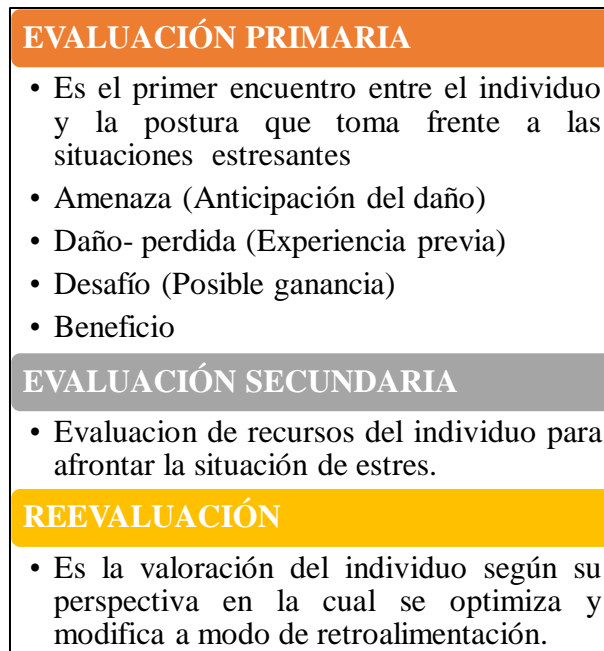
La teoría parte de los procesos cognitivos, los cuales se desarrollan en torno a la situación estresante que enfrenta el individuo. El rol activo del individuo es más profundizado desde este ámbito. La presente investigación se basa en esta teoría; ya que, toma al paciente/persona y sus procesos cognitivos como predominantes para el manejo del estrés, a pesar de su situación.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal (Belloch et al., 2009).

Lazarus (1984) se centró en la experiencia estresante y el entorno, realizando en el proceso la particularidad del individuo y su impacto en el mismo. Para ello, planteó la idea de una aproximación mediacional cognitiva, que no es más que el proceso de asimilación del estrés en el individuo.

Lazarus plantea un concepto cognitivo donde focaliza su teoría denominada Evaluación, para el autor este concepto es definido como el mediador entre las respuestas personales del estrés y los estímulos relevantes. (1984)

Teniendo en cuenta lo que Lazarus y Folkman (1984) mencionan en sus trabajos que podemos redefinir de manera más práctica a este término de evaluación como el proceso donde el individuo calcula la importancia de su entorno, todo ello siempre primando su bienestar personal. Lazarus plantea dos tipos de evaluación; Evaluación Primaria y Evaluación Secundaria; en conjunto con un proceso de retroalimentación, el individuo puede tomar una de las tres posturas o combinarlas siempre teniendo en cuenta su perspectiva cognitiva. (1984)



Nota. El gráfico representa un resumen sobre la evaluación del estrés bajo la teoría de Lazarus sacado de Belloch, Sandín y Ramos (2009).

Figura 1. Fases de la evaluación del estrés.

Después de revisar la teoría de Lazarus podemos determinar que el factor determinante es la importancia que recae en la evaluación cognitiva y el resaltar el rol activo del individuo, esta teoría refleja lo que la investigación desea medir.

2.2.1.2. Modelo procesual.

2.2.1.2.1. Respuesta al estrés.

La exposición del ser a diversas situaciones de estrés no debe ser tomado como algo negativo o que necesariamente genere efectos determinados como malos, el estrés es tomado de manera patológica cuando las respuestas excesivamente intensas, frecuentes y duraderas. Como lo mencionan Barrio et al. (2006), al concebir que la respuesta al estrés es la anticipación, protección y activación que posee el cuerpo ante las situaciones de vida que enfrenta el sujeto.

2.2.1.2.2. Respuestas fisiológicas

Las respuestas que son de tipo fisiológicas ligadas al estrés no pueden ser reducidas o eliminadas, por lo que no deben ser limitadas a la activación/inhibición de las variables neuroendocrinas y del sistema nervioso, sino que implican a múltiples componentes del organismo (Belloch et al., 2009).

Las respuestas fisiológicas pueden ser según los autores es:

Cardiovascular	Incremento de tasa cardíaca Aumento de presión sanguínea sistólica y diastólica. Aumento de output cardíaco Posibles arritmias cardíacas
Otras respuestas fisiológicas	Temblores Incremento de la tasa respiratoria Hiperventilación Incremento de la sudoración Incremento de la actividad electrotermal Incremento de la dilatación pupilar Reducción de la salivación Reducción de tensión muscular intestinal Reducción de la amplitud de ondas EEG Reducción de PH en piel/saliva
Respuestas metabólicas	Liberación de glucosa Incremento en producción de glucosa Catabolismo proteico Mayor liberación de ácidos grasos en sangre Aumento de colesterol plasmático Aumento de triglicéridos plasmáticos Incremento del transporte de oxígeno
Estómago	Incremento de secreciones gástricas
Bronquios	Dilatación
Timo y sistema inmune	Involución tímica y reducción de la competencia inmunológica
Tiroides	Incremento de tamaño/ actividad
Suprarrenales	Incremento de tamaño/ actividad
Glándulas sexuales	Reducción de tamaño/ actividad
Hígado	Involución
Páncreas	Involución
Riñón	Degeneración

Nota. Respuestas fisiológicas del estrés organizadas por órganos de Belloch, Sandín y Ramos (2009).

Figura 2. *Tipos de respuestas fisiológicas*

2.2.1.2.3. *Respuestas psicológicas*

La OMS (2000), al lanzar la edición del CIE 10 identifica en el capítulo cinco en sus apartados del F40-48 denominados *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos* nos mostró las respuestas psicológicas que tienen los afectados bajo el estrés, se debe considerar que las mismas respuestas se pueden reflejar en un individuo sano pero la diferencia está en la intensidad, frecuencia y manejo del individuo frente al estresor.

Los síntomas que son resaltados frecuentemente en dicho apartado son:

- Sentimiento de tristeza. Reacción ante una pérdida.
- Desesperanza. Expectativa negativa de un futuro.
- Apatía. Pérdida o disminución de motivación.
- Anhedonia. Incapacidad de disfrutar placer.
- Llanto frecuente.
- Trastornos del sueño. Problemas para dormir.
- Reducción del apetito.
- Dificultad o limitaciones a la hora de concentrarse y/o pensar.
Problemas de atención.
- Ansiedad. Preocupación continua sobre el futuro.
- Rumiación. Sobre pensar de manera repetitiva y pasiva.
- Agotamiento emocional
- Evitar las fuentes de apoyo social: amigos, familia y/o personal de salud.
- Evitar actividades importantes de la rutina.
- Ideación suicida, deseos de terminar con la vida.
- Conductas autolesivas. Cortes, golpes, castigos corporales.

Belloch et al. (2009), mencionaron en su libro que dentro de las reacciones emocionales que son reportadas como habituales por el personal de salud son: miedo, enojo, labilidad emocional, tristeza, culpa, irritabilidad, falta de concentración, alteraciones del sueño e inconvenientes con el apetito.

Nota. Resumen de los síntomas físicos del estrés sábadado de Belloch et al. (2009).

SÍNTOMAS FÍSICOS	-Trastornos cardiovasculares: Hipertensión, arritmias.
	-Trastornos respiratorios: Hiperventilación, respiración fatigada.
	-Trastornos inmunológicos: Resfriados, gripes.
	-Trastornos gastrointestinales: Náuseas, pesadez en el estómago y estreñimiento.
	-Trastornos dermatológicos: Acné, sarpullidos y herpes.
	-Trastornos musculares: Tensión excesiva, temblores y contracturas.
	-Trastornos sexuales: Disminución del apetito sexual.
	-Trastornos del sueño: Insomnio, despertar precoz y problemas de conciliación del sueño.
	-Trastorno somático: Dolor de cabeza, migrañas, dolor de espalda, dolos menstrual, dolor cervical y contracturas musculares.

Figura 3. *Síntomas físicos frente al estrés.*

2.2.2. Afrontamiento al estrés

Está relacionado de manera estrecha con el área cognitiva, actualmente se evidencia en consenso el papel importante del afrontamiento al estrés como mediador entre las circunstancias que generan estrés la salud del individuo. Además, el afrontamiento al estrés posee un rol de estabilizador aportando soporte al sujeto para generar una adaptación psicológica y social durante los periodos de estrés que pueden ser causados por la enfermedad y los cambios en su estilo de vida significativos (Campos y Padilla, 2021). Se evidencian dos aproximaciones; una posee la

perspectiva basada del estilo personal que posee el sujeto para afrontar el estrés donde se realiza la particularidad del proceso y la otra del individuo.

2.2.2.1. Afrontamiento como proceso.

Belloch et al. (2009), conceptualizan a este término como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el sujeto a modo de respuesta para manejar el estrés tanto a manera externa como interna. Para reducir el impacto que genera una situación estresante. Por su parte, Cabrera (2021), quien cita a Guevara et al. (2001) en su trabajo hacen referencia y mencionan que los estilos de afrontamiento son predisposiciones que varían en cada persona y son los responsables de hacer frente a la situación estresante y quienes determinan nuestro tipo de estrategia.

El grupo de Lazarus y Folkman (1984), hicieron referencia término *proceso*; ya que, implica los principios: a) debe separarse de los resultados ya que el proceso se realiza indistintamente si es adaptativo o inadaptativo, b) depende de contexto, el proceso siempre es indistinto acorde a cada situación, c) algunas estrategias son más duraderas que otras, d) tienen dos funciones principales, e) es directamente dependiente de la evaluación, que se puede cambiar, recursos del sujeto u otros (2009). Además, el afrontamiento como recalcan García et al. (2016) es un proceso que busca constantemente realizar esfuerzos para afrontar la situación que se percibe como amenazante o excedente.

Por otro lado, Lazarus y Folkman mencionan estas dos funciones de afrontamiento:

- Afrontamiento dirigido al problema. El individuo cambia la relación del ambiente y la persona, actuando directamente sobre alguno de los dos mencionados (maneja la fuente que genera el estrés).

- Afrontamiento dirigido a la emoción. En esta función se focaliza en cambiar el enfoque del estrés, regular la respuesta emocional con diversas estrategias (1984).

2.2.2.2. Estilos de afrontamiento.

Los procesos cognitivos dirigidos a reducir el malestar emocional que genera la situación estresante, muchos autores usando lo planteado por el grupo de Lazarus y Folkman (1984), han enfatizado en las investigaciones y siguen la línea de interés que mantiene la investigación presentada.

González (2004), al construir su instrumento CAEPO tomó la teoría de Lazarus et al. (1986), quienes complementaban estos procesos cognitivos determinando ocho formas y estrategias habituales de afrontar el estrés: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de Apoyo Social, Aceptación de la Responsabilidad, Huida-Evitación, Planificación, Reevaluación Positiva; para así la autora plasmar el tipo de afrontamiento que poseen los pacientes oncológicos, proyecta y organiza su instrumento creando las escalas de cada tipo de estrategia dentro de la problemática que conlleva el instrumento el cual es el Cáncer. Menciona que los individuos pueden utilizar múltiples de estas estrategias o todas en diferentes medidas.

- Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)

Esta escala hace referencia a la forma en que el sujeto valora la situación de manera grave /difícil pero que frente a ello decide utilizar todos sus recursos para afrontar su situación actual, el sujeto adopta un papel activo.

- Escala de Autocontrol y de Control Emocional (ACE)

La escala indica la valoración percibida como grave /difícil en el cual el sujeto usa sus recursos principalmente para disminuir o disipar los estados afectivos displacenteros que generan la enfermedad.

- Escala de Búsqueda de Apoyo Social (BAS)

En esta escala el sujeto, el individuo considera importante el apoyo afectivo, físico y moral de su círculo cercano, busca a sus semejantes a sus grupos de apoyo; así como, información de su situación actual.

- Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)

Esta escala el individuo valora su situación como grave, amenazante, peligroso e incertidumbre sobre la evolución y el pronóstico de la enfermedad. La persona se muestra pesimista de su situación.

- Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP)

El sujeto valoriza la situación como grave, amenazante, pesimista y fatalista referente a su pronóstico y futuro.

- Escala de Huida y Distanciamiento (HD)

Esta escala determina como el sujeto valora la situación de manera inadecuada, trata de evadir su situación, posee una falta de control para manejar su situación causando un desequilibrio emocional.

- Escala de Negación (N)

El individuo trata de evadir y negar su realidad actual y la realidad.

(Gonzales, 2004)

2.2.2.3. Tipos de afrontamiento.

Al considerar que el estrés es un fenómeno que es el resultado de la relación entre el medio y la persona quien evalúa; todo ello, como amenazante, debemos

entender que los tipos de afrontamiento al estrés corresponden a las variadas formas de respuestas conductuales, emocionales y cognitivas que son utilizadas por el individuo al manejar el estrés para poder llegar la homeostasis nuevamente (Angulo, 2019)

Por otro lado, anteriormente en la teoría de Lazarus mencionábamos los dos modos de afrontamiento (dirigidos a la emoción y dirigidos al problema), la relación que se tiene con las estrategias es directa, ya que dependiendo al modo las estrategias (tipos) usadas son fijas, como lo mencionó Gonzales (2004).

a) Afrontamiento positivo

Se define este modo de afrontamiento como indican modos de afrontamiento que fomentan el adecuado ajuste del sujeto al enfrentarse y generar una solución al problema para contrarrestar el desequilibrio emocional de la enfermedad. Tomando en cuenta ello, también debemos considerar que la autora menciona que los pacientes pueden valorar la situación como complicada (difícil o grave) pero que generan una visión optimista, hacen un esfuerzo para mejorar sus estados emocionales negativos y se predisponen a recibir el apoyo (2004).

b) Afrontamiento no definido:

En este modo no se evidencia el predominio de alguna escala, ni la positiva ni la negativa, el obtener este resultado supone que ambas escalas poseen la misma prevalencia u intensidad; por otro lado, puede demostrar incongruencia en la prueba. Gonzales (2004), evidencia que no existe una definición hacia alguno de los modos, al obtenerse debemos preguntarnos si existe una contradicción y para ello debemos recurrir a una reevaluación,

usar otros sistemas, verificar estados emocionales actuales ya antecedentes buscando información de sus demás redes de apoyo (Gonzales, 2004).

c) **Afrontamiento negativo:**

Indican que la valoración del sujeto es tomada como excesivamente amenazante y el paciente se siente incapaz de poder enfrentarse a su situación actual, genera un estado de desequilibrio y también eleva o apertura ansiedad. Además, el paciente se expresa con pensamientos y conductas inadaptables, los cuales interfieren en la búsqueda de equilibrio (2004).

2.2.3. Enfermedad del cáncer

La sociedad Americana del Cáncer (2020) define la enfermedad como la multiplicación sin control de las células anormales. Cuando una célula no ha envejecido de forma normal o presenta alguna anomalía el proceso correspondiente es que ésta muera, pero si no lo hace, y genera lo contrario, reproducción sin control (incluso superando las células sanas), empieza a formar conjuntos de billones de células en bultos de tejido denominados tumores. Estos tumores pueden situarse en cualquier parte del cuerpo como órganos, tejido o sangre, dificultando de acuerdo al tipo de cáncer la vida cotidiana del paciente, no solo físicamente.

2.2.3.1. Epidemiología.

La OMS (2021) menciona que en el año 2020 presentó un registro de aproximadamente 10 millones de muertes por el cáncer alrededor del mundo, mencionando los tipos de cáncer con mayor incidencia como el cáncer de mama, pulmonar, de próstata, piel, colorrectal y gástrico.

El INEN reporta que el cáncer en Latinoamérica ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, aumentando cada año un aproximado de 100 000 entre mujeres y hombres.

PREVALENCIA		MAYOR CANTIDAD DE MUERTES	
Mama	2.26 millones de casos		
Pulmón	2.21 millones de casos	Pulmón	1.8 millones
Correctal	1.93 millones de casos	Correctal	916 000
Próstata	1.41 millones de casos	Hepático	830 000
Gástrico	1.9 millones de casos	Gástrico	769 000
Piel	1. 20 millones de casos	Mama	685 000

Nota. Representación de las estadísticas del cáncer referente a la prevalencia y muerte a nivel mundial de la Organización Mundial de la Salud (2021)

Figura 4. Prevalencia del tipo de cáncer.

Según Ministerio de Salud [MINSA] (2021) puso en evidencia que en el Perú se ubica al cáncer como la segunda causa de muerte, como también en el 2019 se diagnosticaron alrededor de 66 mil casos nuevos, los autores hacen énfasis de que los factores sociales como: Salud, pobreza, educación, urbanización, alcohol, tabaco, obesidad, sedentarismo, alimentación, influyen en el diagnóstico temprano, atención y pronóstico de dicha enfermedad en el país. Además, en muchos pacientes no sobreviven y en esta investigación se hace referencia a que alrededor de 32 000 pierden la vida por dicha enfermedad.

2.2.3.2. Tipos de cáncer.

Partiendo de fuentes comprometidas con la salud y apoyo a los pacientes con cáncer, La Sociedad Americana Contra El Cáncer (2009) mostraron los siguientes tipos de cáncer que se resumieron.

La OMS (2021) indicaron los tipos de cáncer más comunes son los de mama, pulmón, colon en conjunto con el recto y próstata.

CABEZA Y CUELLO	SISTEMA REPRODUCTIVO	SANGRE Y SISTEMA LINFÁTICO
-Cánceres de cuello y cabeza -Cáncer de laringe y de hipofaringe -Cáncer de nasofaringe -Cáncer de orofaringe (garganta) y de cavidad oral (boca)	-Cáncer de cuello uterino -Cáncer de endometrio -Cáncer de ovario -Cáncer de pene -Cáncer de próstata -Cáncer de testículo -Sarcoma uterino -Cáncer de vagina -Cáncer de vulva	-Leucemia -Leucemia linfocítica aguda en adultos (ALL) -Leucemia mieloide aguda (AML) -Leucemia linfocítica crónica (CLL) -Leucemia mieloide crónica (CML) -Leucemia en niños -Linfoma -Linfoma no Hodgkin (NHL) -Linfoma no Hodgkin en niños -Linfoma de Hodgkin -Mieloma múltiple -Síndromes mielodisplásicos -Cáncer de timo
SISTEMA ENDOCRINO	HUESO Y TEJIDOS BLANDOS	
-Cáncer suprarrenal -Tumores carcinoides gastrointestinales -Tumor carcinoide de pulmón -Tumor neuroendocrino pancreático -Cáncer de tiroides	-Cáncer de hueso -Tumores de la familia del sarcoma de Ewing -Osteosarcoma -Sarcoma de tejidos blandos	
PULMÓN	SISTEMA URINARIO	OJO
-Cáncer de pulmón -Tumor carcinoide de pulmón -Mesotelioma maligno	-Cáncer de vejiga -Cáncer de riñón -Tumor de Wilms	-Cáncer de ojo -Retinoblastoma
SISTEMA DIGESTIVO	PIEL	CEREBRO Y SISTEMA NERVIOSO
-Cáncer de ano -Cáncer de colon o de recto -Cáncer de esófago -Cáncer de vesícula biliar -Tumores carcinoides gastrointestinales -Cáncer de hígado -Cáncer de páncreas -Tumor neuroendocrino pancreático -Cáncer de estómago	-Cáncer de piel -Cáncer de piel de células basales y de células escamosas -Linfoma de piel -Cáncer de piel tipo melanoma -Cáncer de piel de células de Merkel	-Tumores de encéfalo y de médula espinal en adultos -Tumores de encéfalo y de médula espinal en niños -Neuroblastoma
OTROS CÁNCERES	SENO (MAMA)	
-Cáncer de origen primario desconocido	-Cáncer de seno -Cáncer de seno en hombres	

Nota. Tipos de canceres existentes de la Sociedad Americana contra el Cáncer (2009)

Figura 5. Tipos de cáncer.

2.2.3.3. Grado de afección

El cáncer al ser una enfermedad compromete diversos órganos el trabajo de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos es un trabajo multidisciplinario que conllevan a diversos diagnósticos.

Dueñas et al. (1999) mencionaron el diagnóstico histológico, el cual es uno de los factores para el pronóstico más importante y el que condiciona el tratamiento, los criterios son:

- Gx No se puede determinar.
- G1 Bien diferenciado.
- G2 Moderadamente diferenciado.
- G3 Poco diferenciado.
- G4 Indiferenciado

Así también, se hace referencia a los estadios en la enfermedad, los cuales indican el tamaño y si está diseminado a partes adyacentes del cuerpo (1999). Ellos mencionan el estadio Tumor Node Metástasis (TNM) que se basa en 4 estadios:

- Estadio 0

En este estadio el cáncer está en un lugar muy específico, aunque aún no se ubica en el lugar donde se inició, suele ser curable y tratable con cirugía o algún tratamiento menor.

- Estadio I

El cáncer ha mantenido su tamaño y se mantiene en el radio inicial, se puede atribuir a un estadio temprano, altamente tratable y curable.

- Estadio II y Estadio III

El cáncer se ha expandido llegando a afectar los tejidos adyacentes y a los ganglios linfáticos, pero aún no ha llegado a otras partes del organismo.

- Estadio IV

El cáncer ha llegado a esparcirse por otros órganos y partes del cuerpo realizando “metástasis”, llamado usualmente como cáncer avanzado, las estadísticas de sobrevivir son muy bajas.

La clasificación es un actor clave en el desarrollo del plan del tratamiento del paciente y nos ayuda a identificar donde está localizado, que partes del cuerpo compromete y predecir las probabilidades de recuperación.

2.2.3.4. Tratamientos.

Al hablar de tratamiento debemos hacer referencia directamente al diagnóstico acertado de la enfermedad, cada caso de cáncer tiene sus particularidades en el paciente y retos únicos para enfrentar su recuperación.

Para tratar de forma adecuada y eficaz un cáncer es fundamental acertar con el diagnóstico; ya que, cada tipo de cáncer requiere un tratamiento concreto. Algunos tratamientos utilizados son las intervenciones quirúrgicas, la radioterapia y la terapia sistémica (quimioterapia, tratamientos hormonales, tratamientos biológicos dirigidos). (OMS, 2021)

Missiaggia (2004), en su investigación para post grado hizo referencia a que existen dos grandes métodos para enfrentar el cáncer:

- Tratamientos locales: Se le denomina locales porque buscan extirpar, controlar o exterminar las células que provocan la enfermedad en zonas específicas del cuerpo.
- Tratamientos sistémicos: Estos tratamientos a diferencia de los mencionados anteriormente se basan en destruir o controlar el cáncer, pero que está ubicado en diversas zonas a modo más general en el cuerpo.

2.2.3.4.1. Quimioterapia.

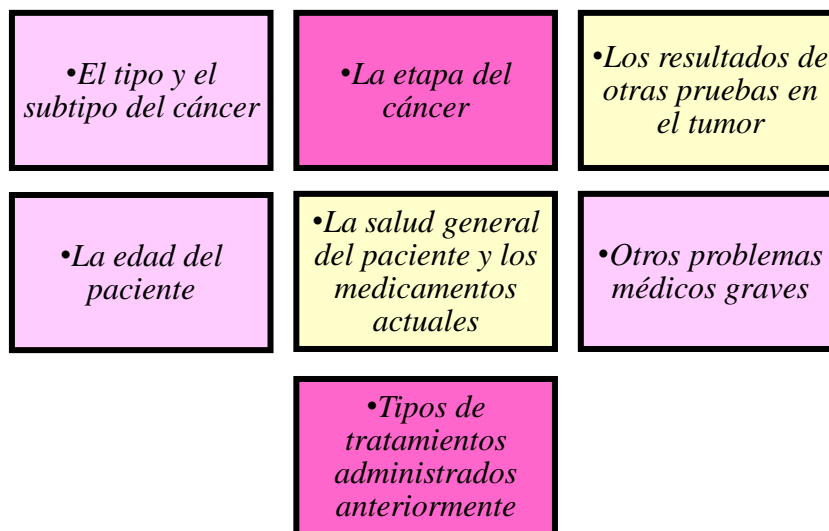
La quimioterapia es uno de los tratamientos más usados en el sector salud para combatir el cáncer (Ipanaque 2021), lo cual se tomó dicha población que lleva este tratamiento para la investigación. La quimioterapia es un tratamiento sistema de fármacos para destruir las células cancerosas, en el cual se administra medicamentos al paciente que son conducidos por todo el cuerpo. Los fármacos que se usan en el tratamiento son sustancias químicas de gran potencia cuyo objetivo es atacar las células dentro del ciclo celular (American Society of Clinical Oncology, 2022).

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2009), sostuvo que este tratamiento implica el uso de medicamentos que son distribuidos por el cuerpo humano a través del sistema circulatorio y se administra por ciclos contando con tiempo de reposo para de nuevo someterse al tratamiento, ya que, al ser tan abrupto el cuerpo requiere de reposo para sostenerse frente a un nuevo ciclo de quimioterapia.

Así también refiere que este tratamiento posee tres objetivos:

- Curación. Se encarga de eliminar las células cancerosas y lograr la recuperación del paciente.
- Control. Se utiliza para evitar que el cáncer se propague y busca sumar tiempo de vida a la persona para que sea tratado como una enfermedad crónica y se reduzcan sus síntomas.
- Paliación. Se utiliza para aliviar el dolor o malestar (reducción de tamaño o disminución del dolor).

El personal de salud evalúa con estudios, historia clínica y antecedentes el tipo de medicamento empleado, días de descanso, objetivos y continuidad del tratamiento de quimioterapia, siempre el plan de tratamiento este sujeto a reajustes.



Nota. El gráfico representa un resumen sobre los factores que el equipo médico utiliza al proponer el plan de tratamiento Sociedad Americana contra el Cáncer (2009).

Figura 6. Factores para el plan de tratamiento.

- Efectos secundarios

El tratamiento no solo afecta a las células cancerígenas sino también las células sanas sufren los efectos. La duración y los efectos secundarios difiere en cada paciente debido a su historial de salud como otros factores.

Ipanaque (2021), refiere que la quimioterapia que es suministrado al paciente condicionará los efectos secundarios sumado a que dependiendo del individuo algunos efectos son mucho más llevaderos que otros, no solo ello, si no que algunos medicamentos poseen un riesgo de generar daños permanentes, este riesgo genera un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes generando miedo y temor. Debemos sumar que, dentro de los efectos secundarios, el cambio físico está dentro de ello y son estos cambios los que generan también mucho malestar e inconformidad

en la población, los efectos psicológicos y físicos por el tratamiento son muy importantes dentro del proceso de recuperación del paciente, por ello, se debe considerar todos los efectos adversos del tratamiento de quimioterapia. Los efectos secundarios más comunes son:

- Caída del cabello
- Dolor en diferentes partes del cuerpo
- Irritación de la boca
- Cansancio
- Nauseas
- Glóbulos de la sangre con recuentos más bajos
- Vómitos
- Anemia
- Cambios del apetito
- Cambios en la boca, garganta, piel y uñas.
- Cambios en la libido e infertilidad
- Problemas intestinales
- Riesgo de infecciones
- Problemas de visión
- Retención de líquidos.

2.2.3.4.2. Cirugía del cáncer.

Cuando se habla de cirugía en el tratamiento del cáncer se hace referencia a la intervención (extirpación) del tumor y conseguir la curación como mencionaron Barceló et al. (2003), la cirugía es uno de los pilares fundamentales para el camino de la sanación y es uno de los tratamientos más recurridos, es más, en algún punto casi

la totalidad de pacientes pasa por cirugía. Se pueden encontrar distintas modalidades de operación:

- Cirugía diagnóstica: Busca la exploración en el paciente y detectar el grado de expansión, no necesariamente requiere de una extracción, pero si puede ser usada para la toma de muestras.
- Cirugía curativa: Busca la extracción total de un tumor primario
- Cirugía paliativa: En esta modalidad la finalidad es mejorar aquellas complicaciones que afectan su calidad de vida.
- Cirugía citorreductoras: Busca reducir el tamaño del tumor para una mejoría en compañía de otros tratamientos.
- Cirugía reconstructora: Busca mejorar órganos afectados por la enfermedad pero que no conllevan a una mejora de está
- Cirugía terapéutica: Consiste en la extirpación de un órgano sano para suprimir determinados estímulos positivos sobre el crecimiento del tumor.
- Cirugía de apoyo a otros tratamientos: esta cirugía tiene por finalidad poner catéteres u otros instrumentos necesarios.

2.2.3.4.3. Radio terapia.

La radio terapia es un tratamiento local donde se emplea altas dosis de radiación con la finalidad de reducir o eliminar los tumores; ya que, se ataca al Ácido Desoxirribonucleico (ADN) de las células cancerosas; mencionaron Cajaraville, Carreras et al. (2008), que la radioterapia trabaja con el efecto biológico que producen las radiaciones y que son usadas en el 30% aprox. Además de, los diagnósticos se puede usar la radioterapia de manera externa (las máquinas producen la radiación a distancia), braquiterapia (contacto directo con la radiación) y metabólica (el mismo cuerpo mediante medicamentos genera la radiación). La radioterapia puede ser

curativa, complementaria o paliativa todo ello dependiendo de la historia clínica del paciente, localización, tamaño y tipo de tumor.

2.2.3.4.4. Inmunoterapia.

Es un tratamiento que se basa en la administración de interferones, citocinas, vacunas específicas o linfocitos estimulados los cuales tiene por finalidad mejorar el sistema inmunológico para que prolongar la supervivencia y disminuir la reincidencia de la enfermedad. Cajaraville et al. (2008), mencionaron que el sistema inmunitario combate las infecciones y la lógica lleva a detectar y destruye las células anormales y más probablemente impide o frena el crecimiento de muchos cánceres.

2.2.3.4.5. Trasplante de células madre o médula ósea.

En este tratamiento se busca reemplazar las células nuevas productoras de sangre, este procedimiento está en mejora continua y se utiliza para tratar ciertos tipos de cáncer, como mencionaron Camargo y Castañeda (2019). Se utiliza en la leucemia, mieloma y linfoma, y otras enfermedades del sistema inmunitario y de la sangre que afectan la médula ósea. Las células madre son células especiales que pueden reproducirse a sí mismas y convertirse en los distintos tipos de células que el cuerpo necesita.

2.2.3.4.6. Terapia hormonal.

En esta terapia se trabaja con la relación que las hormonas influyen en la formación y crecimiento de tumores, mencionó Barceló et al. (2003), que se ha descubierto receptores hormonales en algunos tumores; para ello, se diseña un fármaco que modifica la homeostasis endocrina del cuerpo. Los fármacos son administrados de manera oral y poseen limitados efectos secundarios, aunque no todos los cánceres son candidatos a este tratamiento.

2.2.3.5. Efectos secundarios a los tratamientos del cáncer.

Cabe resaltar que cada tratamiento viene acompañado de efectos secundarios tanto físicos como psicológicos que afectan al paciente, cada cáncer y procedimiento es diferente y por ello cada organismo reacciona diferente, entre los efectos secundarios encontrados en la página tenemos:

Efectos Físicos	Efectos Psicológicos
Hipo y acidez gástrica	Depresión
Dificultad para respirar	Ansiedad
Dolor	Angustia
Hinchazón, edemas y asitis	Problemas para dormir
Estomas (osmías)	Confusión y delirio
Fiebre	Cansancio y debilidad
Infecciones	Anhedonia
Reacciones infusionales o inmunitarias	Efectos sobre la sexualidad y fertilidad
Recuentos sanguíneos bajos	Problemas cognitivos o cambios en el razonamiento
Sofocos y sudoración	Cambios emocionales de salud mental
Lindefemas	Estado de ánimo irregular
Náuseas y vómitos	
Neuropatía periférica	
Llagas, dolor y resequead en la boca	
Problemas de la piel	
Coágulos sanguíneos	
Caída del cabello	
Caídas y problemas del equilibrio	
Cambio en las uñas	
Problemas en intestinos y vejiga	
Calambres	
Convulsiones	

Nota. Resumen de los efectos secundarios que derivan de los diversos tratamientos del cáncer de Camargo y Castañeda (2019).

Figura 7. *Efectos secundarios*

2.2.4. Psicooncología

Es relevante identificar y delimitar el trabajo de la psicooncología, porque dentro del trabajo se busca apoyar a largo plazo a esta disciplina de la psicología, la cual, evidencia gran relevancia dentro de la problemática del cáncer.

Cruzado citado en el libro de Camargo y Castañeda (2019), evidenciaron la creación de la primera unidad de psicooncología, basado en los trabajos de la doctora Holland, quien encontró la influencia de la psicología en el tratamiento de las personas con cáncer. En 1984 se funda la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS), lo cual evidencia de la gran relevancia que causó la psicooncología por la atención emocional que requieren los pacientes, familiares, personal de salud y redes de apoyo.

La psicooncología es un campo interdisciplinar dedicado a la prevención, diagnóstico, promoción, tratamiento, rehabilitación que engloba la enfermedad del cáncer (2019). En retrospectiva, la psicooncología es una especialidad que se centra en relaciones del comportamiento, estado de salud y el desarrollo de la enfermedad, tanto en prevención como en la evolución del tratamiento al atender los aspectos comportamentales y procesos psicológicos del paciente y su entorno buscando fomentar hábitos sanos y el trabajo interdisciplinario.

2.3. Definición de términos

2.3.1. Cáncer

Según la OMS (2021), al hacer referencia del término cáncer, ésta refiere a todo el amplio y extenso conjunto de enfermedades que perjudican cualquier parte del organismo, porque su propiedad primordial es la multiplicación rápida de células consideradas “anormales” que pueden llegar a invadir una o múltiples zonas del cuerpo generando daños irreparables.

2.3.2. Estrés

Naranjo (2009) mencionó: “Es el estado mental interno y respuesta natural que surge a raíz de un estímulo de tensión o excitación que genera la sensación de agobio, induce a la preocupación y al agotamiento”.

2.3.3. Afrontamiento

En términos generales, actualmente se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para manejar las demandas externas o internas generadoras del estrés; y, el estado emocional desagradable vinculado al mismo. (Belloch et al., 2009).

2.3.4. Quimioterapia

El Instituto Nacional del Cáncer [NIH] (2019) indicó que “La quimioterapia es el tratamiento en contra del cáncer donde se usan fármacos para controlar, eliminar y aliviar el cáncer.”

2.3.5. Psicooncología

Cruzado (2013) definió la psicooncología como la disciplina de naturaleza interdisciplinaria entre la psicología y la medicina, la cual se basa en la prevención, promoción, difusión, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y acompañamiento relacionados contra el cáncer, siendo el objetivo central de la ciencia el cuidado psicosocial del paciente especialmente la interacción entre el paciente y la comunidad social que engloba la enfermedad.

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Metodología de la investigación

Sánchez y Reyes (2015), abordan al método general como un proceso de búsqueda sistematizada que emplea una serie de herramientas científicas con el propósito de estimular la exploración de hipótesis científicas, procedimiento, instrumentos y hechos verificables. En este contexto, el método científico se concibe como la metodología empleada en las investigaciones con el fin de adquirir conocimientos basados en fundamentos objetivos. Se utilizan técnicas como la observación, medición, experimentación, formulación y verificación de la hipótesis planteada, como también la adaptación de estas últimas en el curso de la investigación para obtener información de calidad. Este enfoque se pone de manifiesto en el presente trabajo, donde se demuestra el uso del método al seguir las pautas, instrumentos y técnicas requeridas por la ciencia.

3.1.1. Método específico

El método descriptivo se fundamenta en el análisis detallado y la interpretación sistemática del fenómeno de investigación; así como, de sus

manifestaciones y de las variables que configuran la problemática en su estado natural. Según lo planteado por Sánchez y Reyes (2015), se considera este enfoque como el método que examina la problemática sin ejercer un control directo en las variables, persiguiendo como propósito fundamental la identificación y comprensión profunda de la esencia del fenómeno de estudio, siendo su objetivo primordial la descripción.

3.2. Configuración de la investigación

3.2.1. Enfoque de investigación

El enfoque de la investigación es el cuantitativo; ya que, se basó en medir los fenómenos sociales de la variable presentada, usando evidencia estadística para corroborar las hipótesis que sostienen a la investigación (Hernández et al. 2014).

3.2.2. Tipo de investigación

La presente investigación se clasifica como básica; dado que, su propósito es generar nuevos conocimientos. Sánchez y Reyes (2015), caracterizan este tipo de investigación como un estudio destinado a divulgar nueva información con el fin de ampliar el horizonte científico.

3.2.3. Nivel de investigación

La investigación es de nivel descriptivo; debido a que, el estudio está orientado a determinar las características de la muestra de estudio. Este tipo de investigaciones buscan minuciosamente detallar los perfiles, propiedades y características del objeto de estudio en la muestra contemplada, centrándose exclusivamente en la recopilación meticulosa de datos y en la presentación detallada de la información. Sánchez y Reyes (2015)

3.2.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación implica la aplicación de técnicas o la combinación de métodos con el propósito de abordar de manera efectiva el problema de investigación. Siguiendo la perspectiva de Sánchez y Reyes (2015), el diseño de investigación se refiere a la estrategia o táctica utilizada para obtener la información necesaria que responda al planteamiento del problema. En este contexto el diseño de la investigación asume una naturaleza descriptiva, orientándose principalmente a la observación y especificar el análisis del comportamiento de la variable de estudio.

El diagrama representativo de alcance de esta investigación descriptiva es el siguiente:

$$M = \text{-----} O$$

Donde:

M : Pacientes oncológicos en quimioterapia de 20 a 64 años.

O : Observación sobre el afrontamiento al estrés en los pacientes.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

López (2004), establece que la población es el conglomerado total de personas, objetos o fenómenos que se busca examinar, y del cual se pretende recopilar datos para su análisis subsiguiente. Por lo mencionado, en el ámbito de investigación la población constituye la totalidad de participantes, fenómenos u objetos que están bajo escrutinio y que buscamos analizar, por ello, debemos

detallar el rango de edad; Mansilla (2000), destaca que la etapa de adultez se extiende desde los 20 hasta los 64 años, siendo un periodo prolongado y significativo que el autor define por las características de la capacidad laboral y la inserción en el ámbito laboral.

Tomando este contexto, la población específica de interés para este estudio consiste en los pacientes adultos con diagnóstico oncológico, de edades comprendidas entre los 20 y 64 años, que se encuentran bajo tratamiento de quimioterapia y reciben atención en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro (IREN). El definir criterios claros de inclusión resulta fundamental para delimitar adecuadamente el alcance de estudio y garantizar la pertinencia de los resultados obtenidos.

3.3.2. Muestra

Baptista et al. (2014), definen la muestra como un subgrupo de la población que está destinada a la recopilación de datos, enfatizando la necesidad de predefinirla y delimitarla con la mayor precisión posible para garantizar la generalización efectiva de los resultados. Para los autores la muestra representa una parte significativa de la población, donde los datos pueden extrapolarse y su delineación se realiza mediante fórmulas, lógica, proximidad y otras consideraciones pertinentes. En este estudio se optó por el muestreo no probabilístico por conveniencia, priorizando la accesibilidad, rapidez y la capacidad de establecer una muestra representativa de manera práctica y eficiente. López (2004), por su parte especifica que el muestreo no probabilístico implica que los participantes no poseen la misma probabilidad de selección, siendo elegidos mediante criterios válidos definidos por los investigadores. Siendo en el presente trabajo usado el muestreo no probabilístico por conveniencia, se logró así

contar con una muestra de 150 pacientes oncológicos con el tratamiento de quimioterapia en el IREN durante el año 2023.

3.3.3. Criterios de inclusión

Para establecer la muestra, se puso como condicionante:

- Ser usuario del IREN durante el año 2023.
- Ser un paciente adulto oncológico (20 - 64 años) diagnosticado con cáncer que se atiendan en EL IREN en marzo - abril del año 2023.
- Encontrarse en tratamiento de quimioterapia independientemente del tiempo de tratamiento, fecha de diagnóstico y pronóstico.
- Pacientes oncológicos que voluntariamente deseen participar de la investigación, acatando previamente las consignas de confidencialidad de información y la obtención de datos para los fines académicos respectivos.

3.3.4. Criterios de exclusión

Para los fines de la investigación se optó por no considerar dentro de la muestra a pacientes oncológicos con determinadas características:

- Usuarios que posean limitaciones comunicativas y analfabetas porque no podrían resolver adecuadamente el cuestionario.
- Pacientes que en su plan de tratamiento excluye la quimioterapia.
- Pacientes que voluntariamente no deseen participar en la investigación.
- Pacientes que se encuentren fuera del rango de edad especificado por la investigación.

3.4. Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos en el presente trabajo es la de los cuestionarios. Baptista et al. (2014), resaltan la eficacia de los cuestionarios, caracterizados por contener un conjunto de preguntas que abordan una o varias

variables, siendo una herramienta ampliamente reconocida en la recopilación de datos en el campo de la investigación. Siendo uno de los instrumentos diseñados para explorar las características y medir las variables de estudios, este instrumento se sustenta en preguntas meticulosamente diseñadas con el fin de obtener información específica. Los cuestionarios desempeñan un papel esencial en la presente investigación al facilitar la evaluación y categorización de datos, su aplicación se orienta con precisión hacia la medición de la variable.

3.5. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) propuesto por Gonzales (2004), como la herramienta de recolección de datos para discernir el tipo de afrontamiento al estrés empleado por los pacientes oncológicos.

3.5.1. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos – CAEPO

La prueba de CAEPO posee una ficha técnica donde se aborda la procedencia, autoría, objetivos, características, dimensiones, sub dimensiones, pormenores de la aplicación práctica, rango etario al cual está destinado el instrumento y tiempo estimado.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)	
Procedencia: TEA ediciones.	Autor: María Teresa Gonzáles Martínez Objetivo: Evaluar el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos
Características:	CAEPO está conformado por 40 reactivos y posee 7 dimensiones Siendo este instrumento un cuestionario de escala Likert de 4 alternativas.
Escala Likert	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Muchas veces • Casi siempre
Dimensiones:	Tipo de afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Positivo ✓ Preferentemente positivo ✓ No definido ✓ Preferentemente negativo ✓ Negativo
Sub dimensiones:	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de enfrentamiento y lucha activa (ELA) • Escala de autocontrol y control emocional (ACE) • Escala de búsqueda de apoyo social (BAS) • Escala de ansiedad u preocupación ansiosa (APA) • Escala de pasividad y resignación pasiva (PRP) • Escala de huida y distanciamiento (HD) • Escala de negación (N).
Aplicación: Clínico, Investigación	Rango etario: Personas mayores de 16 años. Componentes: Manual y cuestionario.
Aplicación: Individual y colectiva.	Tiempo de aplicación: Aproximadamente 25 minutos.

Nota. Ficha técnica de la prueba, evidenciando procedencia, autor, objetivo, características, ámbitos de aplicación, edad, componente, modos de aplicación y el tiempo estimado para la prueba.

Figura 8. Ficha técnica del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos CAEPO

3.6. Confiabilidad y validez.

3.6.1. Validez

Baptista et al. (2014), mencionan que la validez alude a la aptitud de una prueba o dispositivo para la medición de evaluar con precisión y exactitud aquello que tiene la intención de medir. Constituye una característica primordial en los instrumentos usados en la investigación científica; ya que, su ausencia puede llevar a repercusiones en la interpretación de resultado, siendo la validez de constructo y de criterio presentadas dentro del manual de la prueba CAEPO.

3.6.1.1. Validez de constructo

González (2004), señala que las saturaciones factoriales obtenidas del cuestionario CAEPO oscilan entre el 0.64 y 0.87, lo que posibilita concluir que la validez de la estructura factorial; así como, la validez de sus escalas está respaldada, denotando la validez de la prueba.

3.6.1.2. Validez de criterio

La prueba demuestra poseer validez criterial o concurrente al hacer uso de un criterio externo derivado de entrevistas con el paciente, con la contribución de otros profesionales pertinentes del campo. Se destaca que la correlación evaluada en 0.69, entre el modo de afrontamiento según el cuestionario y la proporción establecida por el criterio respalda de manera satisfactoria la validez criterial de la prueba. Gonzáles (2004)

3.6.2. Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento permite proporcionar mediciones consistentes y estables. Bautista et al. (2014), puntualizan que la confiabilidad es la capacidad de generar mediciones coherentes y estables, implicando que la prueba aplicada en condiciones similares arroja resultados comparables. La

importancia de evaluar la confiabilidad mediante métodos científicos como prueba-re prueba, formas paralelas y la consistencia interna son fundamentales para asegurar que los resultados sean sólidos en la investigación.

La prueba cuenta con el alfa de Cronbach para medir los coeficientes de consistencia interna. Gonzales (2004), evidencia que las escalas son válidas porque los resultados son satisfactorios contando con que todas las escalas son superiores al 0.80, en otras palabras, refiere que se obtiene el 80% de la variabilidad en los puntajes totales de la escala o en caso de la escala N, el valor se aproxima a lo esperado. Respaldando así la fiabilidad y consistencia interna de las escalas.

3.7. Procedimiento

Se identificó un tema de interés compartido por ambas investigadoras, a partir del cual se elaboró el diseño de la tesis. Este diseño incluyó la definición de la problemática de estudio, la formulación de objetivos de investigación relacionados con la variable en cuestión, delimitación del alcance, instrumentos, marco teórico, entre otros. Estos pasos, permitieron iniciar los trámites administrativos y solicitar la asesoría necesaria, la cual fue fundamental para recibir orientación y realizar las correcciones pertinentes en el proyecto.

En colaboración con el asesor, se llevaron a cabo las correcciones necesarias y se solicitó una revisión al comité de ética de la universidad Continental, abarcando tanto el trabajo principal como los anexos. Tras obtener la aprobación del comité de ética y contar con la resolución correspondiente de esta entidad, se procedió a gestionar los permisos necesarios por parte de la institución hospitalaria correspondiente (IREN).

Se requirió la presentación del plan de tesis y se llevaron a cabo entrevistas entre el área de investigación del IREN y las investigadoras para delimitar el tema; asimismo, presentar diversos requisitos y absolver dudas en general. A continuación, se realizaron revisiones exhaustivas por parte de la Oficina de Investigación, el Comité de Ética y el Área de quimioterapia del IREN sobre el trabajo de investigación. Posteriormente, se implementaron diversas correcciones y filtros, culminando en la emisión de una carta de autorización por parte del IREN a las investigadoras que permitió el acceso al área y la realización de las entrevistas con los pacientes que conformaban la muestra.

Después de, obtener las autorizaciones necesarias, se procedió a realizar las pruebas en la muestra designada en la investigación, compuesta por pacientes oncológicos comprendidos entre las edades de 20 a 64 años. La selección de participantes se llevó a cabo mediante criterios de inclusión y exclusión cuidadosamente establecidos. La sistematización de la información se realizó a través de herramientas estadísticas avanzadas (SPS, entre otros), lo cual permitió obtener una descripción exhaustiva tanto de la problemática abordada como la de la variable central de estudio.

3.8. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos a partir de la prueba aplicada en la muestra establecida, se procedió a usar la plantilla de corrección de la prueba CAEPO para extraer los datos de estrés. Los datos obtenidos de la prueba se programaron en SPSS Statistics 27 y allí se determinó las frecuencias absolutas y porcentajes de las dimensiones.

3.9. Aspectos éticos

Uno de los pasos fundamentales para iniciar la investigación es el de trabajar bajo el código de ética del psicólogo peruano, Colegio de Psicólogos del Perú (2018), donde puntualiza en el capítulo III, primar el respeto a la normatividad a la cual estamos sujetos; por ello, se inicia con solicitar la aprobación en el IREN Centro como también al Comité de Ética de la universidad Continental para la verificación de tema y los procedimientos planteados denotando y resaltando el fin netamente académico en conjunto con los documentos que avalan el anonimato de la información para reafirmar los principios éticos de confidencialidad de la información para el manejo de los datos obtenidos. Debemos considerar como punto base el Código de Nuremberg (1946), uno de los precedentes más importantes; ya que, prima el consentimiento voluntario del paciente como absolutamente esencial, el paciente tiene la capacidad legal y plena voluntad para detener la aplicación del proyecto cuando lo desee.

Se procuró obtener el consentimiento informado de cada participante para salvaguardar su derecho a decidir y preservar su autonomía, conforme a lo establecido en el código ético del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), artículo 24, que explicita y subraya que el consentimiento voluntario debe centrarse en informar de manera transparente sobre las implicaciones, respetando los aspectos personales del paciente, como su estado de ánimo y sus tiempos, entre otros. Es el paciente quien determina los límites del trabajo de investigación y decide su participación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y análisis del tratamiento de información

El Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos abreviado como CAEPO de Gonzales (2004), evidencia en su manual las puntuaciones de validez y confiabilidad necesarias para satisfacer los estándares de calidad; siendo el proceso realizado en la ciudad de Lima. Dentro de la investigación se puntualiza la relevancia de ajustar el instrumento según el contexto específico delineado por las pautas científicas para la muestra seleccionada. En este sentido, se llevó a cabo la validación y la estandarización de la prueba para el entorno particular, resaltando la pertinencia de considerar las características específicas del contexto en cuestión; es decir, el conjunto de datos permite establecer la puntuación del Alfa de Cronbach.

4.1.1. Análisis de fiabilidad – Alfa de Cronbach.

La aplicación del estadístico Alfa de Cronbach ofrece una evaluación de la consistencia interna del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos de Gonzáles (2004).

La tabla 2 evidencia el valor de fiabilidad o consistencia interna obteniendo la puntuación de Alfa de Cronbach en 0.656 para los 40 ítems que conforman el instrumento aplicado a una muestra de 150 pacientes oncológicos. Este valor se encuentra dentro de los intervalos de consistencia interna, indicando un nivel específico de coherencia entre los elementos evaluados.

Tabla 2. Estadística de fiabilidad – alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N° de elementos
.656	40

4.1.2. Análisis de fiabilidad – Coeficiente de dos mitades de Guttman.

La investigación empleó el Coeficiente de fiabilidad de dos mitades de Guttman, que tiene por finalidad evaluar la consistencia interna del análisis al dividir la prueba en dos mitades y calcular la correlación de Spearman-Brown entre las porciones, proporcionando una medida de confiabilidad del cuestionario y su relación entre distintos grupos.

La tabla 3 exhibe un valor del Coeficiente de dos mitades de Guttman de 0.723, indicando una puntuación de nivel de fiabilidad de los ítems del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos (González, 2004). Este resultado, considerado como una puntuación media-alta, sugiriendo la fiabilidad de ellos ítems del cuestionario al realizar la prueba paralela para determinar la estabilidad del instrumento de medición en la muestra seleccionada.

Tabla 3. Estadística de fiabilidad – Coeficiente de dos mitades de Guttman

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.443
		Nº de elementos	20 ^a
	Parte 2	Valor	.474
		Nº de elementos	20 ^b
Nº total de elementos			40
Correlación entre formulación			.567
Coeficiente de Spearman	Longitud igual		.723
	Longitud desigual		.723
Coeficiente de dos mitades de Guttman			.723

4.1.3. Análisis de validez del instrumento – Criterio de jueces.

Para analizar la congruencia entre los jueces seleccionados en relación con los ítems, se emplea el coeficiente de validez de contenido de Hernández-Nieto. Este coeficiente desempeña un papel crucial al evaluar el nivel de validez de contenido del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos de González (2004) debido a que asegura la relevancia, pertinencia y credibilidad de la medición, al mismo tiempo, que previene sesgos y ambigüedades en el instrumento de evaluación, garantizando que la información sea fiable y aplicable al propósito específico de la investigación.

La tabla 4 presenta el valor del coeficiente de validez de contenido del instrumento (consistencia), con un resultado de validez de contenido de Hernández-Nieto de 0.893 para los 40 ítems que conforman el instrumento, aplicado a una muestra de 150 pacientes oncológicos. Este valor establece que la prueba alcanza un nivel de validez catalogado como bueno, indicando una robusta consistencia en la evaluación del contenido del cuestionario en la muestra examinada.

Tabla 4. Estadística de validez de contenido de Hernández - Nieto

Cálculo de valores				
Sxi	Mx	CVCi	Pei	CVCte
16	4.000	1.000	0.004	0.996
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
14	3.500	0.875	0.004	0.871
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
14	3.500	0.875	0.004	0.871
13	3.250	0.813	0.004	0.809
14	3.500	0.875	0.004	0.871
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
12	3.000	0.750	0.004	0.746
14	3.500	0.875	0.004	0.871
14	3.500	0.875	0.004	0.871
15	3.750	0.938	0.004	0.934
14	3.500	0.875	0.004	0.871
14	3.500	0.875	0.004	0.871
12	3.000	0.750	0.004	0.746
15	3.750	0.938	0.004	0.934

15	3.750	0.938	0.004	0.934
16	4.000	1.000	0.004	0.996
15	3.750	0.938	0.004	0.934
14	3.500	0.875	0.004	0.871
14	3.500	0.875	0.004	0.871
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
13	3.250	0.813	0.004	0.809
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
14	3.500	0.875	0.004	0.871
13	3.250	0.813	0.004	0.809
14	3.500	0.875	0.004	0.871
14	3.500	0.875	0.004	0.871
11	2.750	0.688	0.004	0.684
15	3.750	0.938	0.004	0.934
15	3.750	0.938	0.004	0.934
			CVCt	0.893

4.2. Estadísticos descriptivos

4.2.1. Frecuencias descriptivas de Género

La tabla 5 se evidencian la frecuencia del género de los pacientes oncológicos evaluados, determinamos que el género con mayor frecuencia fue el de femenino con

117 de las evaluaciones totales en un 78%, mientras que el género masculino contó con 33 evaluados en un 22%.

Tabla 5. Frecuencia del género de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Femenino	117	78,0	78,0	78,0
Masculino	33	22,0	22,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

La figura 9 demuestra que aproximadamente la mayoría de los evaluados encuestados fueron mujeres en un 78%, mientras que el género masculino contó aproximadamente la cuarta parte del total en un 22%.

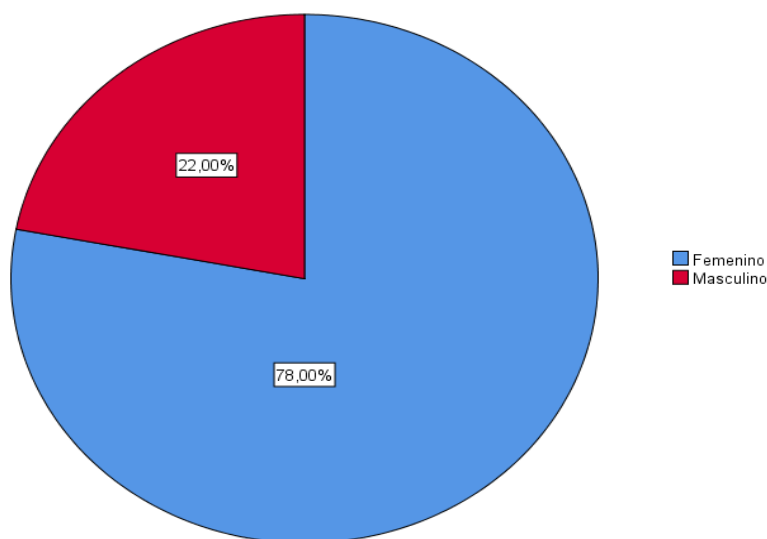


Figura 9. Gráfico circular de la frecuencia de los pacientes oncológicos entrevistados

4.2.2. Frecuencias descriptivas de rango etario

La tabla 6 muestra la frecuencia de los rangos etarios considerados en los pacientes oncológicos evaluados, siendo la frecuencia más alta en los pacientes ubicados en el rango de adultez media de 40 a 50 años con un total de 120 evaluados y equivalente al 80 %, la siguiente frecuencia más alta es el rango de adultez temprana de 25 a 40 años de edad con 26 participantes y un porcentaje de 17.3%; finalmente se encuentra el rango de adultez tardía de 50 a 60 años con una frecuencia con 4 participantes en este rango y equivalente al 2.7%.

Tabla 6. Frecuencia del rango etario de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Adultez temprana	26	17,3	17,3	17,3
Adultez media	120	80,0	80,0	97,3
Adultez tardía	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

La figura 10 demuestra la frecuencia de los rangos etarios en los pacientes oncológicos evaluados, siendo el segmento más alto de los pacientes quienes están en la adultez media de 40 a 50 años con un total de 120 evaluados y equivalente al 80 % siendo más de la mitad, el rango de adultez temprana de 25 a 40 años de edad con 26 participantes tiene un porcentaje de 17.3% y el rango de adultez tardía de 50 a 60 años con 4 participantes en este rango equivalente al 2.7% contando con la menor cantidad de participantes.

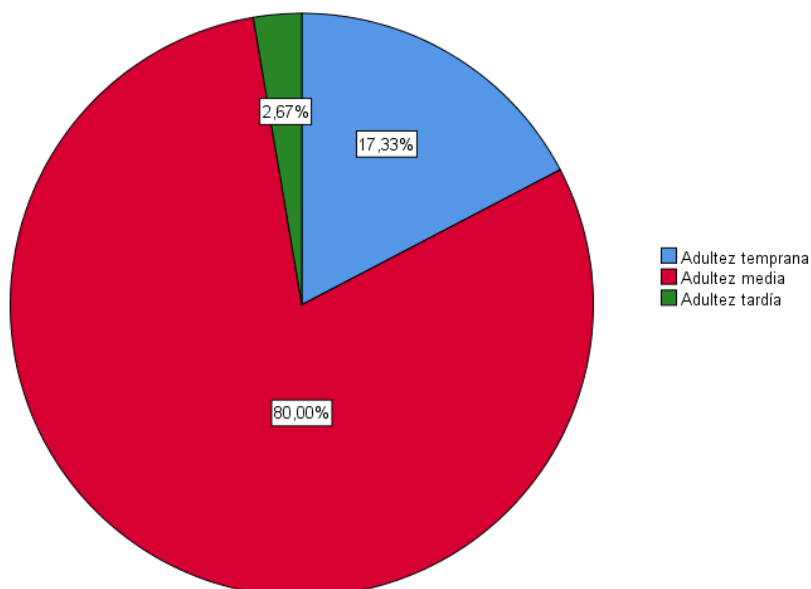


Figura 10. Gráfico circular de la frecuencia del rango etario de los pacientes oncológicos evaluados

4.2.3. Frecuencias descriptivas de la procedencia

En la tabla 7 se muestra la frecuencia del lugar de procedencia de los pacientes oncológicos evaluados, siendo el de mayor frecuencia la región de Junín contando con 103 participantes equivalente al 60.7%, seguido de la región Huancavelica con 17 participantes equivalente al 11.3%, consecutivo a ello 16 participantes son de la región de Huánuco equivalente al 10.7%, las frecuencias más bajas son las de la región de Cerro de Pasco con 6 evaluados equivalente al 4%, seguido de la región Ayacucho con 4 participantes equivalente al 2.7%, consecutivo a ello 3 participantes provienen de la región Ucayali equivalentes al 2% y finalmente de la región Lima se tenía solo un participante equivalente al 0.7.

Tabla 7. Frecuencia de la procedencia de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Huancavelica	17	11,3	11,3	11,3
Junín	103	68,7	68,7	80,0
Huánuco	16	10,7	10,7	90,7
Cerro de Pasco	6	4,0	4,0	94,7
Ayacucho	4	2,7	2,7	97,3
Lima	1	,7	,7	98,0
Ucayali	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

La figura 11 evidencia la proporción del lugar de procedencia, siendo más de las 2/4 partes de la muestra provenientes de la región de Junín contando con 103 participantes equivalentes al 60.7%, seguido de la región Huancavelica con 17 participantes equivalente al 11.3%, 16 participantes son de la región de Huánuco equivalentes al 10.7%, la región de Cerro de Pasco contó con 6 evaluados equivalente al 4%, la región Ayacucho evidenció a 4 participantes equivalentes al 2.7%, participantes provienen de la región Ucayali equivalentes al 2% y, finalmente de la región Lima se tenía solo un participante equivalente al 0.7%.

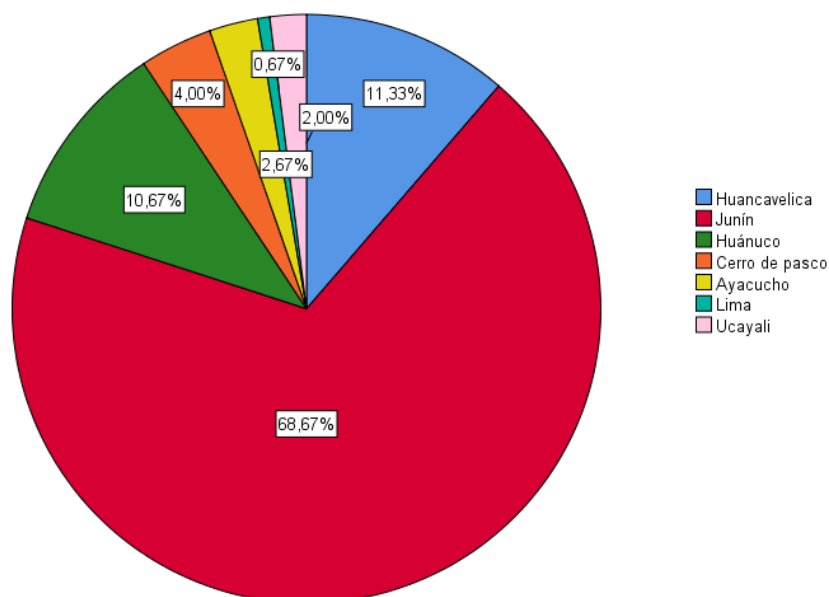


Figura 11. Gráfico circular de la frecuencia de la procedencia de los pacientes oncológicos evaluados

4.2.4. Frecuencias descriptivas del grado de instrucción

En la tabla 8 demuestra la frecuencia del grado de instrucción de los pacientes oncológicos evaluados, mostrando la mayor frecuencia de los participantes es el de la secundaria incompleta contando con 51 pacientes equivalente al 34%, seguido de 37

participantes que cuentan hasta la fecha con primaria incompleta equivalentes al 24.7 %, continuo a ello contamos con 18 participantes que cuentan con primaria completa equivalente al 12%, igualmente se cuenta con 18 pacientes que tienen secundaria completa equivalente al 12%, las puntuaciones más bajas son las del grado de instrucción de superior completa con 15 participantes equivalente al 10% y finalmente 11 participantes con el grado de superior incompleta equivalentes al 7.3%.

Tabla 8. Frecuencia del grado de instrucción de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Primaria Incompleta	37	24,7	24,7	24,7
Primaria Completa	18	12,0	12,0	36,7
Secundaria Incompleta	51	34,0	34,0	70,7
Secundaria Completa	18	12,0	12,0	82,7
Superior Incompleta	11	7,3	7,3	90,0
Superior Completa	15	10,0	10,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En la figura 12 se muestra la dimensión y magnitud del grado de instrucción de los pacientes oncológicos evaluados, siendo poco más de la mitad de la muestra está la secundaria incompleta con 51 pacientes equivalente al 34%, casi llegando a considerarse el $\frac{1}{4}$ de la muestra, se tienen hasta la fecha con primaria incompleta a 37 evaluados equivalentes al 24.7 %, 18 participantes que cuentan con primaria completa y otros 18 cuentan con secundaria completa corresponden respectivamente al 12% cada uno; el grado de instrucción de superior completa cuenta con 15 participantes

equivalente al 10% y finalmente 11 participantes con el grado de superior incompleta equivalentes al 7.3%.

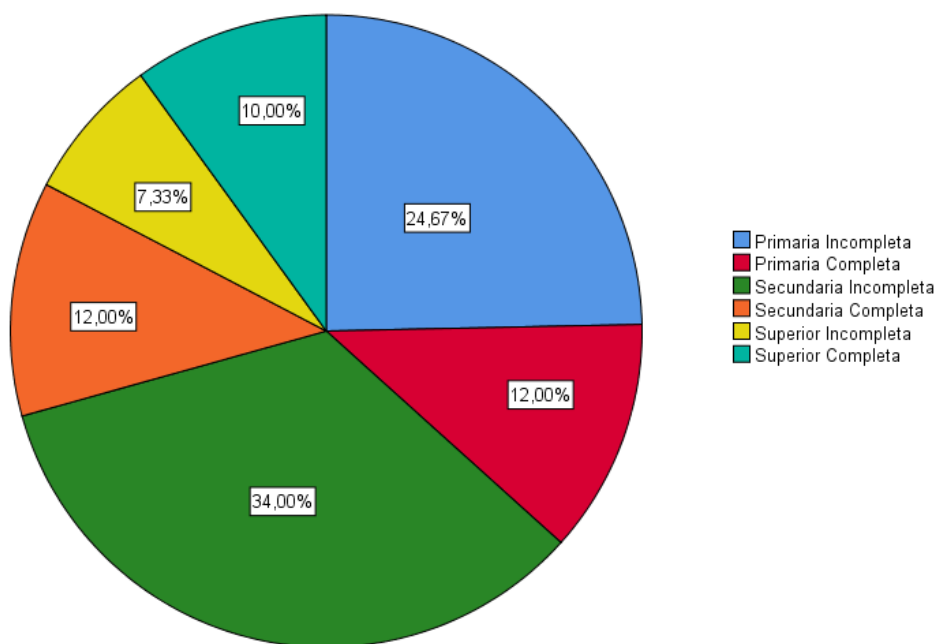


Figura 12. *Gráfica circular de la frecuencia de la procedencia de los pacientes oncológicos evaluados*

4.2.5. Frecuencias descriptivas del estado civil

En la tabla 9 se muestra las frecuencias del estado civil de los pacientes oncológicos evaluados, se evidencia que la frecuencia más alta es la del estado civil casado(a) con 69 personas equivalente al 46%, seguido de 28 personas con el estado civil de conviviente equivalente al 18.7%, seguido de 24 personas con el estado civil de soltero(a) equivalente al 16%, continuando con 19 participantes con el estado civil de separado(a) equivalentes al 12.7%, las frecuencias más bajas con 7 participantes con el estado civil de viudo(a) equivalente al 4.7% y finalmente con 3 participantes con el estado civil de divorciado (a) con el 2%.

Tabla 9. Frecuencia del estado civil de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Soltero/a	24	16,0	16,4	16,0
Casado/a	69	18,7	18,7	80,7
Conviviente	28	18,7	18,7	80,7
Separado/a	19	12,7	12,7	93,3
Divorciado/a	3	2,0	2,0	95,3
Viudo/a	7	4,7	4,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En la figura 13 se muestra la dimensión y magnitud del grado de instrucción de los pacientes oncológicos evaluados, siendo poco más de la cuarta parte del total de la muestra terminaron la secundaria incompleta con 51 pacientes equivalente al 34%, casi llegando a considerarse la cuarta parte de la muestra total que se tienen hasta la fecha con primaria incompleta a 37 evaluados equivalentes al 24.7 %, 18 participantes que cuentan con primaria completa y otros 18 cuentan con secundaria completa corresponden respectivamente al 12% cada uno; el grado de instrucción de superior completa cuenta con 15 participantes equivalente al 10% y finalmente 11 participantes con el grado de superior incompleta equivalentes al 7.3%.

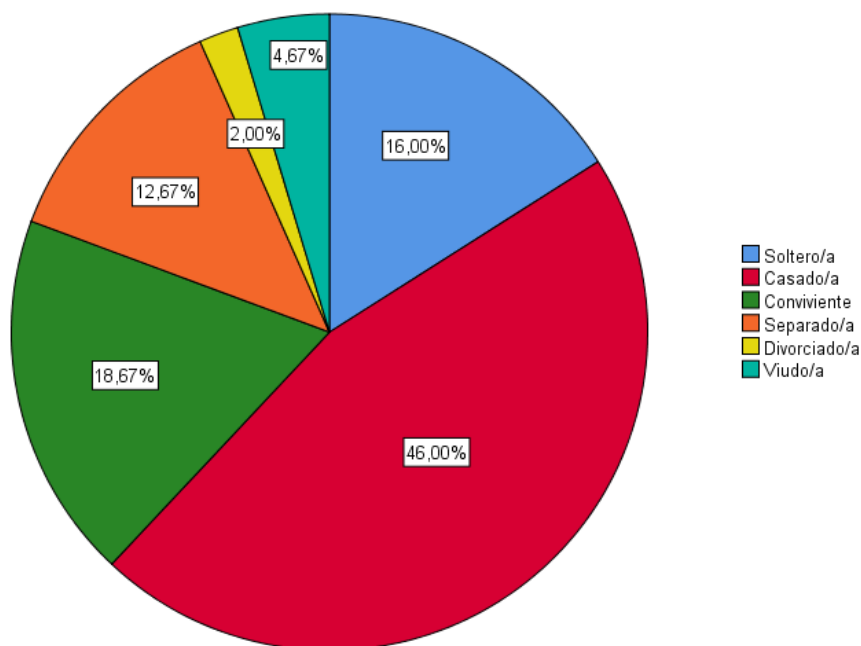


Figura 13. Gráfica circular de la frecuencia del estado civil de los pacientes oncológicos evaluados.

4.2.6. Frecuencias descriptivas del Año de diagnóstico

En la tabla 10 se muestra las frecuencias del año de diagnóstico de cáncer en los pacientes oncológicos evaluados, se evidencia la mayor frecuencia del año de diagnóstico es el 2022 con 69 pacientes equivalente al 46%, seguido de 65 pacientes diagnosticados en el 2023 equivalente al 43.3%, las puntuaciones más bajas son en el año 2021 con 12 pacientes diagnosticados, equivalentes al 8%, en el año 2020 3 de nuestros participantes obtuvieron su diagnóstico equivalente al 2% y finalmente 1 persona fue diagnosticada en el 2019 equivalente al 0.7%.

Tabla 10. Frecuencia del año de diagnóstico de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2019	1	,7	,7	,7
2020	3	2,0	2,0	2,7
2021	12	8,0	8,0	10,7
2022	69	46,0	46,0	56,7
2023	65	43,3	43,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En la figura 14 demuestran las frecuencias del año de diagnóstico de cáncer que poseen los pacientes oncológicos evaluados, se evidencia casi la mitad partes de la muestra con del año de diagnóstico es el 2022 (69 pacientes) que representan al 46%, seguido de 65 pacientes diagnosticados en el 2023 representando al 43.3%, el año 2021 cuenta con 12 pacientes diagnosticados equivalentes al 8%, en el año 2020 3 de nuestros participantes obtuvieron su diagnóstico equivalente al 2% y finalmente 1 persona fue diagnosticada en el 2019 equivalente al 0.7%.

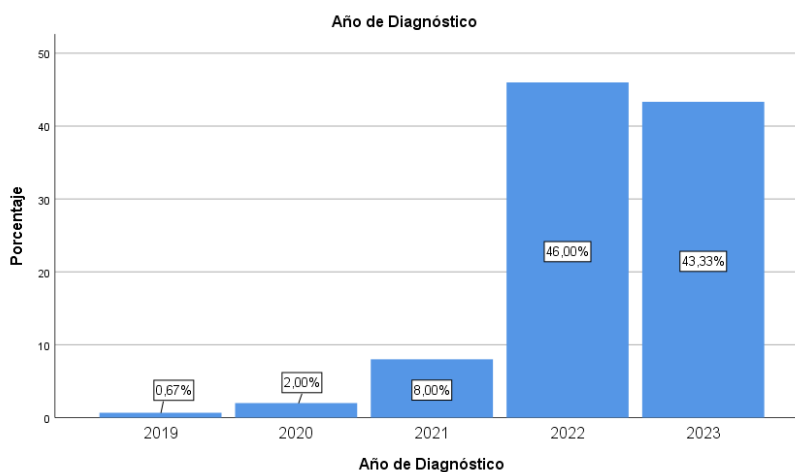


Figura 14. Gráfica de barras de la frecuencia del año de diagnóstico de los pacientes oncológicos evaluados

4.2.7. Frecuencias descriptivas de la etapa del cáncer

En la tabla 11 muestra las frecuencias del año de diagnóstico de cáncer en los pacientes oncológicos evaluados, se evidencia que 65 de los pacientes se encuentran en la segunda etapa equivalente al 43.3%, seguido de 54 pacientes que se encuentran en la tercera etapa de cáncer equivalentes al 36%, además, se encuentran 21 pacientes en la cuarta etapa equivalente al 14% y, finalmente, 10 participantes se encuentran en la primera etapa con el 6.7%.

Tabla 11. Frecuencia de la etapa de cáncer de los pacientes

Etapas del cáncer	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primera	10	6,7	6,7	6,7
Segunda	65	43,3	43,3	50,0
Tercera	54	36,0	36,0	86,0
Cuarta	21	36,0	36,0	86,0
Total	150	100,0	100,0	

En la figura 15 demuestra que casi la mitad partes de la muestra (65 pacientes) se encuentran en la segunda etapa con el 43.3%, seguido de un poco más de la cuarta parte de la muestra 54 pacientes que se encuentran en la tercera etapa de cáncer equivalentes al 36%, 21 pacientes en la cuarta etapa equivalente al 14% y, finalmente, 10 participantes se encuentran en la primera etapa con el 6.7%.

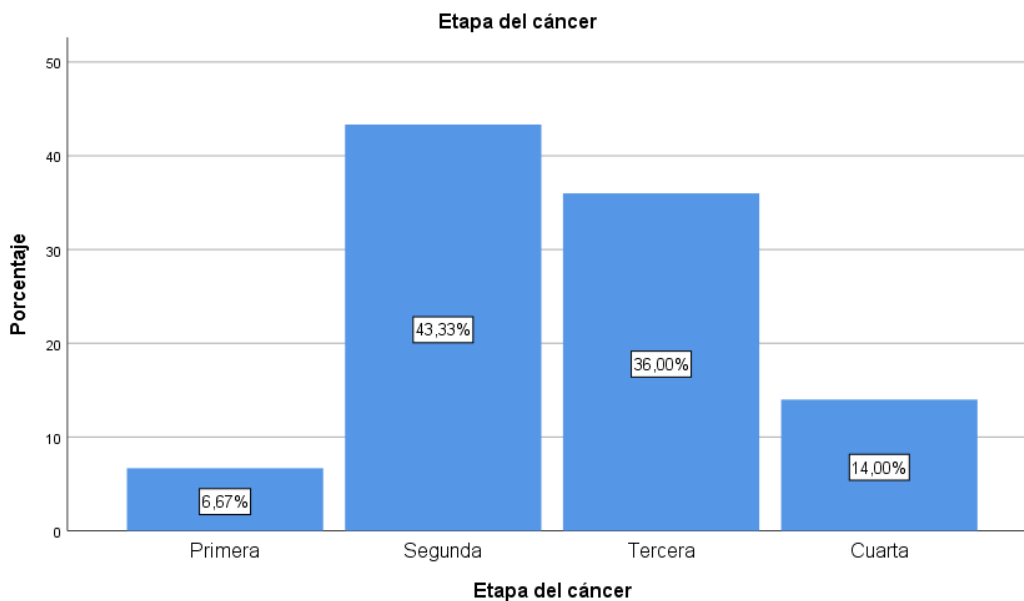


Figura 15. *Gráfica de barras de la Frecuencia de la etapa de cáncer de los pacientes oncológicos evaluados*

4.2.8. Frecuencias descriptivas de las sesiones de quimioterapia

En la Tabla 12, se presentan las frecuencias del número de sesiones de quimioterapia en los pacientes evaluados. La mayoría, un 17.3%, se encontraba en la 3° sesión, seguidos por un 11.3%, en la 1° sesión, otros 11.3%, en la 2° y 5° sesión. Similarmente, el 7.3% se ubicaba en la 6° y 7° sesión; mientras que, el 6.7% estaba en la 8° sesión. Los pacientes en la 9° sesión representaban el 3.3%, y los de las sesiones 10° y 11° equivalían al 2.3%. Las puntuaciones más bajas incluían el 2.3% para las sesiones 12° y 14°, y el 1.3% para las sesiones 13° y 15°. Por último, el 0.7% estaba en la 12° y 14° sesión.

Tabla 12. Frecuencia de las sesiones de quimioterapia de los pacientes

Número de sesiones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
1	17	11.3	11.3	11.3
2	17	11.3	11.3	22.7
3	26	17.3	17.3	40.0
4	22	14.7	14.7	54.7
5	17	11.3	11.3	66.0
6	11	7.3	7.3	73.3
7	11	7.3	7.3	80.7
8	10	6.7	6.7	87.3
9	5	3.3	3.3	90.7
10	4	2.7	2.7	93.3
11	4	2.7	2.7	96.0
12	1	.7	.7	96.7
13	2	1.3	1.3	98.0
14	1	.7	.7	98.7
15	2	1.3	1.3	100.0
Total	150	100,0	100,0	

En la figura 16 se muestra la disposición referente al número de sesiones de quimioterapia en los pacientes oncológicos evaluados, evidenciando que la frecuencia más alta representado menos de la cuarta parte del total de pacientes se encontraban en la 3° sesión de quimioterapia (26 evaluados) con el 17.3%, 17 personas que se encontraban en la 1° sesión de quimioterapia representando 11.3%, 17 pacientes se

hallaban en la 2° sesión y 5° sesión de quimioterapia equivalentes respectivamente al 11.3%; 11 pacientes se ubicaban en la 6° y 7° sesión equivalentes respectivamente al 7,3%; en la 8° sesión estaban 10 pacientes equivalente al 6.7%, 5 evaluados que se encontraban en la 9° sesión con el 3.3%, las puntuaciones más bajas eran con 4 personas en la 10° y 11° sesión de quimioterapia, equivalentes al 2.3% respectivamente; seguidamente, se encontraban 2 personas en 13° y 15° sesión equivalentes al 1.3% en forma simultánea; finalmente 1 persona en la 12° y 14° sesión equivalentes al 0.7% respectivamente.

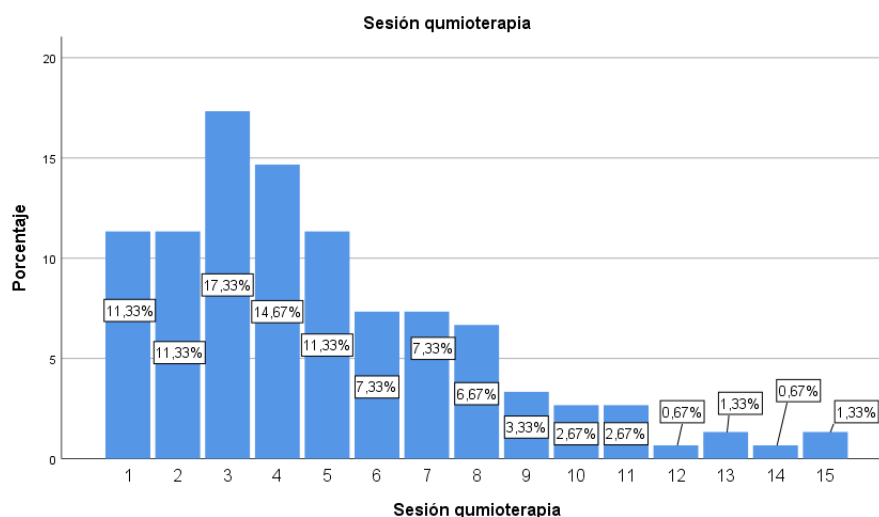


Figura 16. *Gráfica de barras de la frecuencia de las sesiones de quimioterapia de los pacientes oncológicos evaluados*

4.2.9. Frecuencias descriptivas del tipo de cáncer

En la tabla 13 se evidencia la disposición referente al número de sesiones de quimioterapia en los pacientes oncológicos evaluados, constatando que la frecuencia más alta de tipo de cáncer es la de mama, siendo 55 casos en la muestra equivalentes a un 36.7%, seguido por el cáncer al útero con un total de 35 casos con el 23.3 %, 12 pacientes con diagnóstico de cáncer al colon equivalente a un 8%, continuando 9

pacientes tenían cáncer de próstata con un 6%, se obtuvieron 8 pacientes con cáncer de ovario con el 5.3%, de igual forma 6 personas con el diagnóstico de cáncer de estómago equivalentes a un 4%, 4 personas poseían un diagnóstico de cáncer de pulmón con un 2.7%, 3 personas poseían el diagnóstico de leucemia equivalente a un 2%; los puntajes más bajos presentados son: cáncer de cabeza, cáncer de cuello/cabeza, linfoma de Hodgkin y cáncer de hígado con 2 personas respectivamente en cada tipo de cáncer y que equivalen a un 1.3% cada uno; finalmente, con los puntajes más bajos están el cáncer de mieloma múltiple, tumor de la médula espinal, cáncer de hígado, cáncer de vejiga, tumor trofoblástico, osteosarcoma, cáncer rectal, cáncer de tiroides, cáncer de lengua, linfoma a los ganglios y cáncer de vesícula cada uno de los tipos de cáncer tiene un paciente con diagnóstico equivalentes respectivamente al 0.7%.

Tabla 13. Frecuencias de los tipos de cáncer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cáncer al testículo	2	1.3	1.3	1.3
Cáncer de colon	12	8.0	8.0	9.3
Cáncer al útero	35	23.3	23.3	32.7
Cáncer de mama	55	36.7	36.7	69.3
Mieloma múltiple	1	.7	.7	70.0
Cáncer de cabeza y cuello	2	1.3	1.3	71.3
Cáncer de próstata	9	6.0	6.0	77.3
Cáncer de ovario	8	5.3	5.3	82.7
Tumor de la médula espinal	1	.7	.7	83.3
Linfoma de Hodgkin	2	1.3	1.3	84.7
Cáncer de estómago	6	4.0	4.0	88.7

Leucemia	3	2.0	2.0	90.7
Cáncer de hígado	2	1.3	1.3	92.0
Cáncer de vejiga	1	.7	.7	92.7
Cáncer de pulmón	4	2.7	2.7	95.3
Tumor trofoblástico	1	.7	.7	96.0
Osteosarcoma	1	.7	.7	96.7
Cáncer rectal	1	.7	.7	97.3
Cáncer de tiroides	1	.7	.7	98.0
Cáncer de pulmón	4	2.7	2.7	95.3
Cáncer de lengua	1	.7	.7	98.7
Linfoma a los ganglios	1	.7	.7	99.3
Cáncer de vesícula	1	.7	.7	100.0
Total	150	100,0	100,0	

4.2.10. Análisis de la prevalencia del afrontamiento al estrés

En la tabla 14 se muestra la frecuencia al modo de afrontamiento al estrés, la frecuencia más alta es del afrontamiento preferentemente positivo con 68 participantes en esta categoría representando al 45%, seguidamente con 28 pacientes con el modo de no definido equivalente al 18.7%, además de, 25 pacientes con el modo de preferentemente negativo con el 16.7%, asimismo, 18 pacientes con el modo positivo representando al 12% y, finalmente, 11 pacientes con el modo negativo equivalente al 7.3%.

Tabla 14. Frecuencia de la prevalencia del afrontamiento al estrés

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Positivo	18	12.0%	12.0%	12.0%
Preferentemente positivo	68	45.3%	45.3%	57.3%
No definido	28	18.7%	18.7%	76.0%
Preferentemente negativo	25	16.7%	16.7%	92.7%
Negativo	11	7.3%	7.3%	100.0%
Total	150	100,0	100,0	

En la figura 17 se representa la disposición de los modos de afrontamiento al estrés, siendo el modo preferentemente positivo el más alto por representar más de la media de la población con 68 participantes con el 45%, 28 pacientes representaban el modo no definido con el 18.7%, siendo este menos de la cuarta parte del total, 25 pacientes con el modo preferentemente negativo equivalen al 16.7%, 18 pacientes con el modo positivo representando al 12% y, finalmente, 11 pacientes con el modo negativo equivalente al 7.3%.

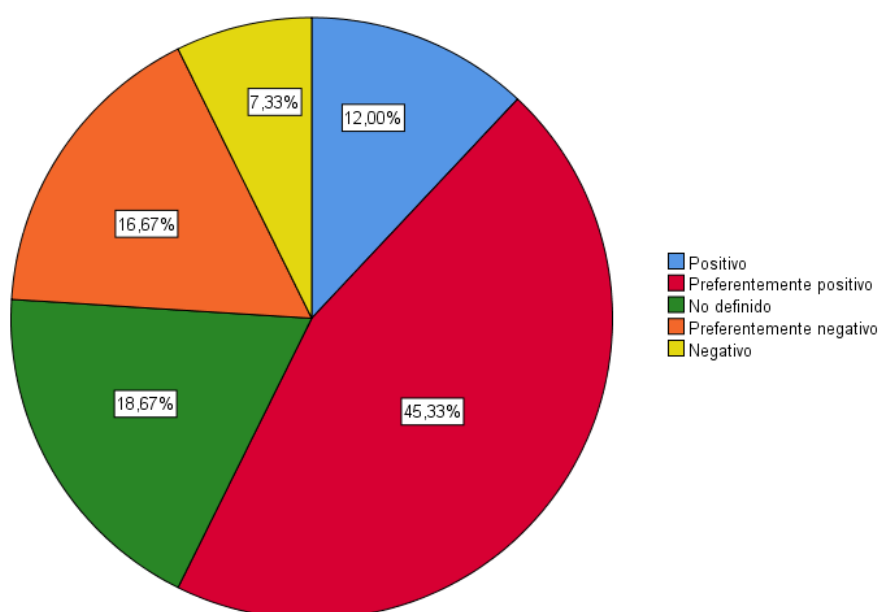


Figura 17. Gráfico frecuencia de la prevalencia del Afrontamiento al estrés

4.2.11. Comparación del tipo de prevalencia del afrontamiento al estrés con el género

La tabla 15 representa la comparación del tipo de prevalencia del afrontamiento al estrés con el género de los pacientes oncológicos evaluados, en los pacientes con más reiteración son los del tipo preferentemente positivo: 51 pacientes son del género femenino con el 34% y seguido del género masculino con 17 pacientes son el 11.3% sumando así, el 45.3%; así mismo, se observa en el tipo de afrontamiento no definido 21 pacientes son del género femenino con el 14% y 7 son masculinos con el 4.7% representando en conjunto el 18.7% igual a 28 participantes en total de la muestra; continuando en el tipo de afrontamiento Preferentemente negativo se tiene a 25 participantes siendo 20 participantes del género femenino con el 13.3% y 5 son del género masculino con el 3.3% llegando así con el 16.7% del total; en el tipo de afrontamiento positivo se tiene a 16 participantes del género femenino con el 10.7% y 2 son del género masculino con el 1.3% siendo la suma equivalente al 12% y sumando a 18 participantes en total; en la frecuencia más baja se tiene con el tipo de afrontamiento Negativo, siendo 9 evaluados con el género femenino equivalente al 6% y 2 participantes identificados con el género masculino con el 1.3% siendo 11 la suma total de este tipo de afrontamiento. La suma de todo lo mencionado es 150 correspondiente a la muestra.

Tabla 15. Frecuencia de la comparación del modo de prevalencia del afrontamiento al estrés con el género

		Tipo de afrontamiento					
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	Total
Femenino	Recuento	16	51	21	20	9	117
	% del total	10,7%	34,0%	14,0%	13,3%	6,0%	78,0%
Masculino	Recuento	2	17	7	5	2	33
	% del total	1,3%	11,3%	4,7%	3,3%	1,3%	22,0%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12,0%	45,3%	18,7%	16,7%	7,3%	100,0%

4.2.12. Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el rango etario

La tabla 16 evidencia la comparación entre el tipo de prevalencia al estrés y el rango etario donde: el rango de Adulthood media se encuentran 9 participantes con el tipo de afrontamiento negativo equivalente al 6% ; como también, 14 participantes con el afrontamiento positivo de un 9.3%, con el tipo de afrontamiento no definido y preferentemente negativo se encuentran 23 participantes respectivamente equivalente al 15.3% en cada tipo de afrontamiento; con mayores participantes en este rango etario se tiene a 51 participantes con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo y equivalente al 34%. En el siguiente rango adultez temprana se tiene: en el tipo de preferentemente negativo y negativo a 2 participantes en ambos tipos y equivalentes al 1.3% del total en cada uno de ellos; así también, 4 participantes con el tipo de afrontamiento positivo con el 2.7%, seguido a ello con el tipo de afrontamiento no definido se encuentran 5 participantes equivalentes al 3.3% y, finalmente, con el tipo

de afrontamiento preferentemente positivo con 13 participantes con el 8.7%. Por último, en el rango de adultez tardía se presenta: 4 participantes con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo equivalente al 2.7%.

Tabla 16. Frecuencia de la tabla cruzada de etapas de rango etario y tipo de afrontamiento al estrés

		Tipo de afrontamiento					Total
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	
Adultez temprana	Recuento	4	13	5	2	2	26
	% del total	2.7%	8.7%	3.3%	1.3%	1.3%	17.3%
Adultez media	Recuento	14	51	23	23	9	120
	% del total	9.3%	34.0%	15.3%	15.3%	6.0%	80.0%
Adultez tardía	Recuento	0	4	0	0	0	4
	% del total	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100.0%

4.2.13. Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la región de procedencia

La tabla 17 denota la equiparación de la prevalencia del tipo del afrontamiento al estrés y la región de procedencia de los pacientes que participaron en la muestra, teniendo en cuenta que, tenemos 5 tipos de afrontamiento (positivo, preferentemente positivo, indefinido, preferentemente negativo y negativo), tenemos: En la región de Junín, participaron 103 pacientes, lo que representa el 68.7% del total. De estos, 49 tenían afrontamiento preferentemente positivo (32.7%), 19 no definido (12.7%), 15

preferentemente negativo (10%), 13 positivo (8.7%) y 7 negativo (4.75%). Por otro lado, Huancavelica tuvo 17 participantes, el 11.3% del total, de los cuales 7 tenían afrontamiento preferentemente positivo (4.7%), 5 negativo (3.3%), 4 no definido (2.7%) y 1 positivo (0.7%). Huánuco aportó 16 participantes (10.7% del total), de los cuales 8 tenían afrontamiento preferentemente positivo (5.3%), 3 negativo (2%) y 2 no definido y positivo respectivamente (1.3%). Cerro de Pasco contó con 6 participantes (4% del total), 3 con afrontamiento preferentemente positivo (2%) y 1 con cada uno de los otros tipos. Ayacucho tuvo 4 participantes (2.7% del total), con un participante en cada tipo de afrontamiento. Ucayali y Lima presentaron 3 y 1 pacientes respectivamente, cada uno con un tipo de afrontamiento positivo.

Tabla 17. Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la región de procedencia de los participantes

		Tipo de afrontamiento					
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	Total
Huancavelica	Recuento	1	7	4	5	0	17
	% del total	0.7%	4.7%	2.7%	3.3%	0.0%	11.3%
Junín	Recuento	13	49	19	15	7	103
	% del total	8.7%	32.7%	12.7%	10.0%	4.7%	68.7%
Huánuco	Recuento	2	8	2	3	1	16
	% del total	1.3%	5.3%	1.3%	2.0%	0.7%	10.7%
Cerro de Pasco	Recuento	0	3	1	1	1	6
	% del total	0.0%	2.0%	0.7%	0.7%	0.7%	4.0%
Ayacucho	Recuento	1	0	1	1	1	4
	% del total	0.7%	0.0%	0.7%	0.7%	0.7%	2.7%
Lima	Recuento	1	0	0	0	0	1
	% del total	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
Ucayali	Recuento	0	1	1	0	1	3
	% del total	0.0%	0.7%	0.7%	0.0%	0.7%	2.0%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100.0%

4.2.14. El nivel educativo y prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés

En la tabla 18 se evidencia la comparación entre el nivel educativo (grado de instrucción) y la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés, siendo 51 participantes que cuentan con secundaria incompleta con un 34% del total, detallando: 19 participantes que cuentan con este nivel educativo poseen el tipo de afrontamiento de preferentemente positivo con 12.7%, 14 participantes cuentan con el tipo no definido equivalente al 9.3%, con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo se tuvo a 11 participantes equivalente al 7.3%; asimismo, 4 participantes contaban con el tipo de afrontamiento negativo con el 2.7% y, por último, con este tipo de grado de instrucción 3 participantes con el tipo de afrontamiento positivo equivalente al 2%. También se tiene 37 participantes que cuentan con Primaria Incompleta equivalente al 24.7% del total de evaluado donde 18 de ellos contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 12%, 7 de estos participantes poseen el tipo de afrontamiento no definido con el 4.7%; así también, los tipos de afrontamiento positivo, preferentemente negativo y negativo contaban con 4 participantes respectivamente y equivalentes al 2.7% en cada tipo de afrontamiento. Seguidamente, 18 participantes contaban con Primaria completa equivalentes al 12%; de los cuales 7 participantes contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo equivalente al 4.7%, 5 de los evaluados poseen el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 3.3%, 4 de los participantes que cuentan con este grado de instrucción tienen el tipo de afrontamiento no definido equivalente al 2.7% y 2 participantes contaban con el tipo de afrontamiento negativo equivalente al 1.3%. Con 18 participantes contaban con el grado de instrucción de Secundaria completa equivalentes al 12%, detallando con este nivel educativo: 7 participantes contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 4.7%, 5 de los participantes

poseen el tipo de afrontamiento positivo con el 3.3%, 3 de los participantes contaban con el tipo de afrontamiento no definido con el 2%, 2 de los participantes contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 1.3% y, por último, un participante con el tipo de afrontamiento negativo con el 0.7%. Asimismo, con el grado de instrucción Superior completa contaba con 15 participantes equivalentes al 10% del total, donde 9 de ellos contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 6%, 4 de los evaluados que cuentan con este nivel educativo contaban con el tipo de afrontamiento positivo con el 2.7% y 2 de los participantes contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 1.3%. Con el grado de instrucción Superior Incompleta se tuvo a 11 participantes equivalentes al 7.3% del total, donde 8 de los participantes con este nivel educativo contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo equivalente al 5.3%, 2, de ellos, poseían el tipo de afrontamiento Positivo con el 1.3% y, por último, con un participante con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 0.7%.

Tabla 18. Frecuencia de la tabla cruzada de nivel educativo (grado de instrucción) y el tipo de prevalencia del afrontamiento al estrés

		Tipo de afrontamiento					Total
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	
Primaria Incompleta	Recuento	4	18	7	4	4	37
	% del total	2.7%	12.0%	4.7%	2.7%	2.7%	24.7%
Primaria Completa	Recuento	0	7	4	5	2	18
	% del total	0.0%	4.7%	2.7%	3.3%	1.3%	12.0%
Secundaria Incompleta	Recuento	3	19	14	11	4	51
	% del total	2.0%	12.7%	9.3%	7.3%	2.7%	34.0%
Secundaria Completa	Recuento	5	7	3	2	1	18
	% del total	3.3%	4.7%	2.0%	1.3%	0.7%	12.0%
Superior Incompleta	Recuento	2	8	0	1	0	11
	% del total	1.3%	5.3%	0.0%	0.7%	0.0%	7.3%
Superior Completa	Recuento	4	9	0	2	0	15
	% del total	2.7%	6.0%	0.0%	1.3%	0.0%	10.0%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100.0%

4.2.15. Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el estado civil

La tabla 19 evidencia la comparación entre el tipo de afrontamiento al estrés y el estado civil de los pacientes evaluados, donde 69 participantes tienen el estado civil de casado, equivalente al 46% del total. 36 de los participantes quienes están casados poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo equivalente al 24%, 12 de

estos participantes casados contaban con el afrontamiento “preferentemente negativo” con el 8%, 10 participantes poseen el tipo de afrontamiento no definido con el 6.7%, 6 de los participantes contaban con el tipo de afrontamiento positivo equivalente al 4% y 5 de ellos poseen el tipo de afrontamiento negativo con el 3.3%.

Así también, 28 participantes tienen el estado civil de convivientes equivalentes al 18.7% del total; donde 11 de los participantes poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 7.3%, 8 de los participantes poseen el tipo de afrontamiento no definido con el 5.3%, 4 de ellos contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo equivalente al 2.7%, 3 de los evaluados poseen el tipo de afrontamiento positivo con el 2% y 2 de los evaluados cuentan con el tipo de afrontamiento negativo con el 1.3%.

También, 24 de los participantes tienen el estado civil de solteros equivalentes al 16% del total, donde 9 de los participantes cuentan con tipo de afrontamiento preferentemente positiva con el 6%; con los tipos de afrontamiento no definido y preferentemente negativo cuentan ambos con 5 participantes, equivalentes al 3.3% en cada tipo, 4 de los participantes poseen el tipo de afrontamiento positivo con el 2.7% y un participante posee el tipo de afrontamiento negativo con el 0.7%.

Del mismo modo, 19 de los participantes son separados, siendo el 12.7% del total, 7 de los participantes separados poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 4.7%; los tipos de afrontamiento positivo y no definido tienen ambos 4 participantes con 2.7% en cada tipo de afrontamiento, seguido a ello 3 de los participantes separados cuentan con tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 2% y con el tipo de afrontamiento negativo se cuenta a un participante equivalente al 0.7%.

También, 7 participantes tienen el estado civil de viudo(a) equivalente al 4.7% del total, donde 3 de los participantes poseen tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 2%, 2 participantes contaban con tipo de afrontamiento negativo con el 1.3% y, finalmente, con los tipos de afrontamiento no definido y los tipos de afrontamiento preferentemente negativo cuentan con un participante en cada tipo, equivalentes al 0.7% respectivamente.

Finalmente, 3 participantes son de estado civil de divorciado (a) equivalente al 2% del total, donde 2 de los participantes cuentan con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 1.3% y un participante con el tipo de afrontamiento positivo equivalente al 0.7%.

Tabla 19. Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el estado civil de los pacientes

		Tipo de afrontamiento					Total
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	
Soltero/a	Recuento	4	9	5	5	1	24
	% del total	2.7%	6.0%	3.3%	3.3%	0.7%	16.0%
Casado/a	Recuento	6	36	10	12	5	69
	% del total	4.0%	24.0%	6.7%	8.0%	3.3%	46.0%
Conviviente	Recuento	3	11	8	4	2	28
	% del total	2.0%	7.3%	5.3%	2.7%	1.3%	18.7%
Separado/a	Recuento	4	7	4	3	1	19
	% del total	2.7%	4.7%	2.7%	2.0%	0.7%	12.7%
Divorciado/a	Recuento	1	2	0	0	0	3
	% del total	0.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%

Viudo/a	Recuento	0	3	1	1	2	7
	% del total	0.0%	2.0%	0.7%	0.7%	1.3%	4.7%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100.0%

4.2.16. Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el año de diagnóstico

La tabla 20 evidencia la comparación entre el año de diagnóstico y el año de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés de los pacientes evaluados, siendo 69 participantes diagnosticados en el año 2022, equivalentes al 46% del total, donde 33 de los participantes diagnosticados en el 2022 poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 22%, 13 de estos participantes poseen el tipo de afrontamiento no definido con el 8.7%, 10 de los evaluados contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 6.7%, 7 de los participantes poseen el tipo de afrontamiento positivo con el 4.7% y 6 de los pacientes poseen el tipo de afrontamiento negativo equivalente al 4%.

Así también, 65 de los participantes fueron diagnosticados en el año 2023, equivalentes al 43.3 % del total, 31 de los participantes diagnosticados poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 20.7%, 12 de los participantes poseen el tipo de afrontamiento no definido con el 8%, incluso, 10 de los pacientes contaban con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 6.7%, 8 participantes diagnosticados poseen el tipo de afrontamiento positivo equivalente al 5.3% y 4 participantes contaban con el tipo de afrontamiento “negativo” con el 4%.

Igualmente, 12 de los pacientes fueron diagnosticados en el año 2021, equivalentes al 8% del total; de los cuales 4 de los diagnosticados poseen el tipo de

afrontamiento “preferentemente positivo” con el 2.7%; al igual que, 3 de los diagnosticados poseen el tipo de afrontamiento no definido con el 2%; en los tipos de afrontamiento positivo y preferentemente negativo se tienen a 2 diagnosticados con el 1.3% respectivamente en cada tipo de afrontamiento.

En el año 2020 fueron diagnosticados 3 personas, equivalentes al 2% del total, donde 2 de los diagnosticados poseen el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 1.3% y 1 persona encuestada posee el tipo de afrontamiento positivo con el 0.7%. Por último, se contaba con un participante diagnosticado en el año 2019 y que posee el tipo de afrontamiento preferentemente negativo equivalente al 0.7%.

Tabla 20. Frecuencia de la tabla cruzada del año de diagnóstico y de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés de los pacientes

		Tipo de afrontamiento					
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	Total
2019	Recuento	0	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
2020	Recuento	1	0	0	2	0	3
	% del total	0.7%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	2.0%
2021	Recuento	2	4	3	2	1	12
	% del total	1.3%	2.7%	2.0%	1.3%	0.7%	8.0%
2022	Recuento	7	33	13	10	6	69
	% del total	4.7%	22.0%	8.7%	6.7%	4.0%	46.0%
2023	Recuento	8	31	12	10	4	65
	% del total	5.3%	20.7%	8.0%	6.7%	2.7%	43.3%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150

% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100.0%
-------------	-------	-------	-------	-------	------	--------

4.2.17. Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el tipo de cáncer

La tabla 21 evidencia la comparación la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el tipo de cáncer de los pacientes evaluados, donde 2 pacientes estaban diagnosticados con cáncer al testículo, siendo el 1.3% del total, uno de ellos posee el tipo de diagnóstico preferentemente positivo y el restante posee el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con 0.7% respectivamente.

Así también se halló a 12 pacientes con cáncer al colon, equivalente al 8%, donde 1 paciente manifestaba el afrontamiento positivo con 0.7%, 8 pacientes poseían el afrontamiento preferentemente positivo con el 5.3%, 2 pacientes poseen el afrontamiento no definido con el 1.3% y 1 paciente con el afrontamiento negativo con el 0.7%.

También se diagnosticaron 35 pacientes con el cáncer al útero, equivalente al 23.3% del total, donde 4 poseían el afrontamiento positivo con 2.7%, 12 pacientes poseían el afrontamiento preferentemente positivo con el 8%, 4 pacientes poseían el afrontamiento no definido con el 2.7%, 10 pacientes obtuvieron el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 6.7% y 5 pacientes con el negativo con el 3.3%.

Con el cáncer de mama se diagnosticaron a 55 pacientes, equivalentes al 36.7% del total, de los cuales 8 pacientes tenían el afrontamiento positivo con el 5.3% del total, 27 pacientes poseían el afrontamiento preferentemente positivo con el 18%, 12 pacientes poseían el afrontamiento no definido con el 8%, 6 pacientes poseían el afrontamiento preferentemente negativo con el 4% y 2 pacientes poseían el afrontamiento negativo 1.3%.

Con el diagnóstico de mieloma múltiple se tiene a un paciente con el tipo de afrontamiento no definido con el 0.7%. Se tenía a 2 pacientes equivalentes al 1.3% del total y ambos poseían el tipo de afrontamiento positivo.

9 pacientes poseían el diagnóstico de cáncer de próstata equivalente al 6%, donde 1 paciente poseía el afrontamiento “positivo” con 0.7%, 3 pacientes poseían el afrontamiento preferentemente positivo con el 2%, 3 pacientes tenían el afrontamiento “no definido” con el 2%, 1 paciente poseía el afrontamiento preferentemente negativo con el 0.7% y 1 paciente poseía el afrontamiento negativo con el 0.7%.

Con el cáncer de ovario se tienen a 8 pacientes, equivalentes al 5.3% del total, donde 2 pacientes poseen el afrontamiento positivo con 1.3%, 2 pacientes poseen el afrontamiento preferentemente positivo con 1.3%, como también, 2 pacientes poseen el afrontamiento no definido y 2 pacientes poseen el afrontamiento preferentemente negativo.

Solo un paciente posee el diagnóstico de tumor de la médula espinal y posee el afrontamiento preferentemente positivo con el 0.7%.

2 pacientes están diagnosticados con el Linfoma de Hodgkin, equivalente al 1.3% del total, donde 1 paciente posee el afrontamiento preferentemente positivo y 1 paciente posee el afrontamiento no definido ambos equivalentes con el 0.7% respectivamente.

Se encontraron 6 pacientes con el diagnóstico de cáncer de estómago equivalente al 4% del total, de los cuales 4 pacientes poseen el afrontamiento preferentemente positivo con el 2.7%, 1 paciente posee el afrontamiento “preferentemente negativo” con el 0.7% y 1 paciente posee el afrontamiento negativo con el 0.7%.

3 pacientes poseen el diagnóstico de leucemia con el 2% del total, donde 2 de los pacientes poseía el afrontamiento preferentemente positivo con el 1.3% y 1 paciente poseía el afrontamiento negativo con el 0.7%.

2 pacientes estaban diagnosticados con cáncer al hígado, donde ambos poseen el afrontamiento preferentemente positivo con el 1.3% del total.

Un paciente posee el diagnóstico de cáncer de vejiga, quien manifiesta afrontamiento no definido con el 0.7% del total.

4 pacientes están diagnosticados con cáncer al pulmón, donde: 1 paciente posee el afrontamiento preferentemente positivo con el 0.7%, 2 pacientes de ellos tienen el afrontamiento no definido con el 1.3% y 1 paciente posee el afrontamiento negativo con el 0.7%.

Un paciente fue diagnosticado con tumor trofoblástico, quién posee el afrontamiento preferentemente positivo con el 0.7%.

Se contó con 1 paciente con el diagnóstico de osteosarcoma y 1 paciente con el diagnóstico de cáncer rectal obtuvieron el tipo de afrontamiento “preferentemente negativo” con el 0.7% cada uno respectivamente.

Un paciente con el cáncer de tiroides, un paciente con el diagnóstico de cáncer de lengua y con 1 participante diagnosticado con el cáncer del tipo de linfoma a los ganglios poseían el afrontamiento preferentemente positivo.

Para concluir se tiene a 1 paciente diagnosticado con cáncer de vesícula puntuando en el afrontamiento preferentemente positivo con el 0.7%.

Tabla 21. Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y el tipo de cáncer de los pacientes

		Tipo de afrontamiento					Total
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	
Cáncer al testículo	Recuento	0	1	0	1	0	2
	% del total	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%	0.0%	1.3%
Cáncer de colon	Recuento	1	8	2	1	0	12
	% del total	0.7%	5.3%	1.3%	0.7%	0.0%	8.0%
Cáncer al útero	Recuento	4	12	4	10	5	35
	% del total	2.7%	8.0%	2.7%	6.7%	3.3%	23.3%
Cáncer de mama	Recuento	8	27	12	6	2	55
	% del total	5.3%	18.0%	8.0%	4.0%	1.3%	36.7%
Mieloma múltiple	Recuento	0	0	1	0	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%
Cáncer de cabeza y cuello	Recuento	2	0	0	0	0	2
	% del total	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
Cáncer de próstata	Recuento	1	3	3	1	1	9
	% del total	0.7%	2.0%	2.0%	0.7%	0.7%	6.0%
Cáncer de ovario	Recuento	2	2	2	2	0	8
	% del total	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	0.0%	5.3%
Tumor de la médula espinal	Recuento	0	1	0	0	0	1
	% del total	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%

Linfoma de Hodgkin	Recuento	0	1	1	0	0	2
	% del total	0.0%	0.7%	0.7%	0.0%	0.0%	1.3%
Cáncer de estómago	Recuento	0	4	0	1	1	6
	% del total	0.0%	2.7%	0.0%	0.7%	0.7%	4.0%
Leucemia	Recuento	0	2	0	0	1	3
	% del total	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.7%	2.0%
Cáncer de hígado	Recuento	0	2	0	0	0	2
	% del total	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
Cáncer de vejiga	Recuento	0	0	1	0	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%
Cáncer de pulmón	Recuento	0	1	2	0	1	4
	% del total	0.0%	0.7%	1.3%	0.0%	0.7%	2.7%
Tumor trofoblástico	Recuento	0	1	0	0	0	1
	% del total	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
Osteosarcoma	Recuento	0	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
Cáncer rectal	Recuento	0	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
Cáncer de tiroides	Recuento	0	1	0	0	0	1
	% del total	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
Cáncer de lengua	Recuento	0	1	0	0	0	1
	% del total	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%

Linfoma a los ganglios	Recuento	0	1	0	0	0	1
	% del total	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
Cáncer de vesícula	Recuento	0	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100.0%

4.2.18. Prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la etapa del cáncer

La tabla 22 evidencia la comparación entre la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la etapa del cáncer de los pacientes oncológicos evaluados, se determina que 65 pacientes se encuentran en la segunda etapa del cáncer equivalente al 43.3% del total. Se detalla que 33 de los pacientes en esta etapa poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 22%, 14 de los pacientes diagnosticados en esta etapa cuenta con el tipo de afrontamiento no definido con el 9.3%, 8 de los pacientes cuenta con el tipo de afrontamiento positivo equivalente al 5.3%, con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo se tenían a 7 pacientes son equivalentes al 4.7% y 3 de los pacientes cuentan con el tipo de afrontamiento negativo con el 2%.

Al igual, en la tercera etapa fueron diagnosticados 54 pacientes, equivalentes al 36% del total, donde 25 de estos pacientes poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con el 16.7%, 11 de estos participantes poseen el tipo de afrontamiento no definido equivalentes al 7.3%, 7 de los pacientes cuentan con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 4.7%, con el tipo de afrontamiento negativo están 6 pacientes con el 4% y 5 de los pacientes en esta etapa cuentan con el tipo de afrontamiento positivo con el 3.3%.

También, 21 de los participantes se encuentran diagnosticados con la cuarta etapa del cáncer, equivalentes al 14% el total, donde 9 de estos pacientes cuentan con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 6%, con el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con 7 pacientes, siendo equivalentes al 4.7%, 3 pacientes contaban con el tipo de afrontamiento positivo con el 2% y 2 de los pacientes diagnosticados cuentan con el tipo de afrontamiento no definido con 1.3%.

Se diagnosticaron 10 pacientes en la primera etapa del cáncer, donde 3 de los pacientes poseen el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con el 2%; como también, con los tipos de afrontamiento Positivo, preferentemente positivo y negativo contaba con 2 pacientes respectivamente así mismo equivalentes al 1.3% en cada tipo.

Finalmente, 1 paciente en la primera etapa posee el tipo de afrontamiento no definido equivalente al 0.7%.

Tabla 22. Frecuencia de la tabla cruzada de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés y la etapa del cáncer de los pacientes

		Tipo de afrontamiento					
		Positivo	Preferentemente positivo	No definido	Preferentemente negativo	Negativo	Total
Primera	Recuento	2	3	1	2	2	10
	% del total	1.3%	2.0%	0.7%	1.3%	1.3%	6.7%
Segunda	Recuento	8	33	14	7	3	65
	% del total	5.3%	22.0%	9.3%	4.7%	2.0%	43.3%
Tercera	Recuento	5	25	11	7	6	54
	% del total	3,3%	16.7%	7.3%	4.7%	4.0%	36.0%
Cuarta	Recuento	3	7	2	9	0	21
	% del total	2.0%	4.7%	1.3%	6.0%	0.0%	14.0%
Total	Recuento	18	68	28	25	11	150
	% del total	12.0%	45.3%	18.7%	16.7%	7.3%	100%

4.3. Análisis de la prevalencia del modo de afrontamiento al estrés

4.3.1. Análisis de la prevalencia del Afrontamiento positivo

En la tabla 23 se centra en los participantes que poseen el afrontamiento positivo con 18 participantes y la comparación de este grupo, donde en la región de Huancavelica, una mujer en el rango de adultez temprana se identifica con este tipo de afrontamiento. En cuanto a Junín, 13 personas muestran afrontamiento positivo: 3 mujeres en el rango de adultez temprana, 9 mujeres y 1 hombre en el rango de adultez media. En Huánuco, se encuentran 2 personas con afrontamiento positivo, 1 mujer en el rango de adultez media y 1 varón con el rango de adultez media. En la región de Ayacucho, 1 hombre se ubica en el rango de adultez media; mientras que, en Lima, 1 hombre también se encuentra en el mismo rango de edad.

Tabla 23. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés positivo: tabla cruzada de las frecuencias de género, etapa del ciclo vital y la región de procedencia de los pacientes.

		Tipo de afrontamiento			
		Procedencia	Adultez temprana	Adultez media	Total
Huancavelica	Género	Femenino	1		1
Junín	Género	Femenino	3	9	12
		Masculino	0	1	
Huánuco	Género	Femenino		1	1
		Masculino		1	
Ayacucho	Género	Femenino		1	1
Lima	Género	Femenino		1	1
		Total	4	14	18

La tabla 24 se centra en los participantes que poseen el afrontamiento positivo con 18 participantes y la comparación de este grupo, donde los agrupamos por ocupación, grado de instrucción y el estado civil de los participantes.

Con el estado civil de solteros se tienen a una ama de casa con el grado de instrucción de primaria incompleta, uno de los participantes posee la ocupación de comerciante con el nivel académico de secundaria completa y una persona con la misma ocupación que posee el grado de educación superior completa; incluso, en este estado civil, se cuenta con 1 persona con el grado de educación superior completa posee la ocupación de técnica dental. Con el estado civil de casado (a) tenemos a una persona con primaria incompleta que posee la ocupación de agricultor, una persona que posee el nivel académico de secundaria incompleta posee la ocupación de ama de casa, una persona con secundaria completa tiene la ocupación de personal de limpieza y finalmente 3 personas poseen el grado académico de educación superior completa, teniendo por ocupaciones dentista, contadora y administradora. Por otro lado, se tiene el estado civil de conviviente; así como, se tienen a tres personas de las cuales todas poseen la ocupación de ama de casa, donde una de ellas posee secundaria incompleta; y las otras dos, posee el grado de secundaria completa y la última de ellas posee el grado de superior incompleta. Con el estado civil de separado (a) se tienen a 4 personas donde una de ellas con la ocupación de costurera que tiene la primaria incompleta, una de ellas, con el nivel educativo de superior incompleta posee la ocupación de municipal; y, finalmente, 2 de las personas poseen la ocupación de ama de casa, donde uno de los participantes posee el grado académico de secundaria incompleta y la otra secundaria completa. Por último, se tiene con el estado civil de divorciado (a) tenemos a 1 persona con la ocupación de ama de casa y el nivel académico de primaria incompleta.

Tabla 24. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés positivo: tabla cruzada de las frecuencias de ocupación, grado de instrucción y estado civil de los pacientes

Estado civil	Ocupación	Instrucción					Total
		Primaria Incompleta	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior Incompleta	Superior Completa	
Soltero/a	Ama de casa	1	0	1	0	0	1
	Comerciante	0	0	0	0	1	2
	Técnica dental	0	0	1	0	1	1
Casado/a	Agricultor/a	1	0	0	0	0	1
	Ama de casa	0	1	0	0	0	1
	Contadora	0	0	0	0	1	1
	Dentista	0	0	0	0	1	1
	Personal de limpieza	0	0	1	0	0	1
	Administradora	0	0	0	0	1	1
Conviviente	Ama de casa		1	1	1	0	3
Separado/a	Ama de casa	0	1	1	0	0	2
	Costurera	1	0	0	0	0	1
	Municipal	0	0	0	1	0	1
Divorciado/a	Ama de casa	1	0	0	0	0	1
	Total	4	3	4	2	5	18

La tabla 25 se centra en los participantes que poseen el afrontamiento positivo con 18 participantes y la comparación de este grupo, donde se agrupó por tipo de cáncer, año de diagnóstico y etapa del cáncer de los participantes.

Un paciente posee el cáncer de colon diagnosticado el año 2023 y se encuentra en la cuarta etapa. Como también 4 pacientes poseen cáncer al útero donde una persona fue diagnosticada en el año 2021, encontrándose actualmente en la segunda etapa, una de ellas, diagnosticada en el año 2023 localizada en la tercera etapa y finalmente, dos de ellas, diagnosticadas en el año 2022, encontrándose en la segunda y tercera etapa respectivamente. También 8 personas poseen el tipo de cáncer de mama siendo 1 persona diagnosticada en el año 2020, encontrándose en la segunda etapa del cáncer, 1 persona con este tipo de cáncer fue diagnosticada en el año 2021 localizándose en la segunda etapa, 3 personas fueron diagnosticadas en el año 2022 de las cuales 2 se encuentran en la primera etapa y una se encuentra en la segunda etapa; asimismo, 3 personas fueron diagnosticadas en el año 2023 de las cuales una está ubicada en la segunda etapa, otra de ellas, se encuentra en la tercera etapa y la última, se encuentra en la cuarta etapa. Además, hay 2 personas diagnosticadas con el tipo de cáncer de cabeza y cuello siendo ambas diagnosticadas en el año 2023, una de ellas se encuentra en la segunda etapa y la otra en la tercera etapa. Una persona diagnosticada con el tipo de cáncer de próstata en el año 2023 se encuentra en la cuarta etapa y por último 2 pacientes poseen el tipo de cáncer de ovario, siendo una de ellas ubicada en la segunda etapa y la otra en la tercera etapa.

Tabla 25. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés positivo: tabla cruzada de las frecuencias de año de diagnóstico, etapa del cáncer y el tipo de cáncer de los pacientes

Diagnóstico			Etapa del cáncer				
			Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Total
Cáncer de colon	Año de diagnóstico	2023				1	1
Cáncer al útero	Año de diagnóstico	2021		1	0		1
		2022		1	1		2
		2023		0	1		1
Cáncer de mama	Año de diagnóstico	2020	0	1	0	0	1
		2021	0	1	0	0	1
		2022	2	1	0	0	3
		2023	0	1	1	1	3
Cáncer de cabeza y cuello	Año de diagnóstico	2023		1	1		2
Cáncer de próstata	Año de diagnóstico	2023				1	1
Cáncer de ovario	Año de diagnóstico	2022		1	1		2
Total			2	8	5	3	18

4.3.2. Análisis de la prevalencia del Afrontamiento preferentemente positivo

La tabla 26 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con 68 participantes en total, comparando por género, etapa del ciclo vital y región de procedencia. Desde Huancavelica, hay 7 pacientes en total: 4 mujeres (1 en adultez temprana y 4 en adultez media) y 2 hombres (ambos en adultez media). En Junín, se encuentran 49 participantes en total: 36 mujeres (10 en adultez temprana, 24 en adultez media y 2 en adultez tardía) y 13 hombres (12 en adultez

media y 1 en adultez tardía). Huánuco contribuye con 8 participantes, todas mujeres (2 en adultez temprana, 5 en adultez media y 1 en adultez tardía). De Cerro de Pasco se tiene a 3 participantes, 2 mujeres y 1 hombre, todos en adultez media. Finalmente, de Ucayali se tiene una paciente mujer en adultez media.

Tabla 26. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo: tabla cruzada de las frecuencias de año de género, etapa del ciclo vital y la región de procedencia de los pacientes

Procedencia			Etapas del ciclo vital			
			Adultez temprana	Adultez media	Adultez tardía	Total
Huancavelica	Género	Femenino	1	4		5
		Masculino	0	2		2
Junín	Género	Femenino	10	24	2	36
		Masculino	0	12	1	13
Huánuco	Género	Femenino	2	5	1	8
Cerro de Pasco	Género	Femenino		1		1
		Masculino		2		2
Ucayali	Género	Femenino		1		1
Total			13	51	4	68

La tabla 27 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con 68 participantes en total y la comparación de este grupo, donde agrupamos por ocupación, grado de instrucción y el estado civil de los participantes, evidenciando: 9 de los participantes poseen el estado civil de soltero (a) en donde 1 de ellos posee la secundaria completa y su ocupación es la construcción civil, 1 de los participantes cuenta con la primaria completa y se dedica a ser ama de casa, 2 de los participantes son de ocupación comerciantes y ambos tienen la

secundaria incompleta, 4 de los participantes son estudiantes y tienen el grado de educación superior incompleta y finalmente 1 de ellos tiene el grado de superior completa y su ocupación es la de antropóloga. Como también se tiene a 36 participantes con el estado civil de casado (a); 7 de los participantes tienen la ocupación de agricultor (a) de los cuales: 2 de ellos tienen el grado de primaria incompleta, 1 de ellos cuenta con el grado académico de primaria completa, 2 de los participantes tienen la secundaria incompleta, 1 persona tiene la secundaria completa y 1 de ellos cuenta con el grado de superior completa; del mismo modo, se tiene a una persona con secundaria incompleta, quien tiene la ocupación de construcción civil; asimismo, se tienen a 12 participantes con la ocupación de ama de casa siendo: 3 participantes cuentan con la primaria incompleta como grado académico, 1 participante cuenta con la primaria completa, 2 participantes cuentan con secundaria incompleta, 3 de ellos poseen secundaria completa y 2 de los pacientes poseen el nivel académico superior incompleta; como también se tienen a 10 pacientes tienen la ocupación de comerciantes, siendo: 3 participantes cuentan con la primaria incompleta como grado académico, 1 participante cuenta con la primaria completa, 4 participantes cuentan con secundaria incompleta, 1 de ellos tiene secundaria completa y 1 de los pacientes poseen el nivel académico superior completa; 4 de los participantes tienen el grado académico de superior completa; además de, contar con las ocupaciones de contadora, administradora, profesora y gerente general; de igual modo, se tiene a 1 participante que cuenta con secundaria completa, siendo su ocupación el de panificador; y, por último, 1 participante cuenta con secundaria incompleta teniendo por ocupación el de chofer. Continuando con el estado civil de conviviente se tiene a 11 participantes en total siendo: 5 pacientes poseen la ocupación de agricultor (a) de los cuales 2 de ellos poseen primaria incompleta, uno de ellos, tiene primaria completa

y, finalmente, 2 de ellos, cuentan con el grado de secundaria incompleta; 3 participantes tienen la ocupación de ama de casa teniendo 1 de ellos la secundaria completa y 2 de ellos la secundaria incompleta; 2 de ellos tienen la ocupación de comerciantes de los cuales 1 de ellos posee el grado de primaria incompleta y el otro participante tiene la secundaria incompleta; por último, se tiene a 1 participante con secundaria incompleta y por ocupación es mecánico. Como también con el estado civil de separado se tiene 7 personas: De estos, 3 son amas de casa, todas con educación primaria incompleta; además, hay 2 comerciantes, 1 con educación primaria incompleta y otro con educación secundaria incompleta; asimismo, 1 persona es agricultor con educación primaria incompleta, y otra, es dermatóloga con educación superior completa. En el grupo de participantes con estado civil de divorciado, se cuentan con 2 individuos: 1 de ellos es chofer con educación superior completa; mientras que, el otro es comerciante con educación superior incompleta. Respecto a, estado civil de viudo, hay 3 participantes, de los cuales 2 son amas de casa; 1 de ellas tiene educación primaria incompleta, y la otra tiene educación superior incompleta; finalmente hay 1 participante con educación primaria incompleta que trabaja como comerciante.

Tabla 27. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, grado de instrucción y estado civil de los pacientes

Estado civil	Ocupación	Instrucción						Total
		Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior Incompleta	Superior Completa	
Soltero/a	Constructor civil	0	0	1	0	0	0	1
	Ama de casa	0	1	0	0	0	0	1
	Comerciante	0	0	2	0	0	0	2
	Estudiante	0	0	0	0	4	0	4
	Antropóloga	0	0	0	0	0	1	1
Casado/a	Agricultor/a	2	1	2	1	0	1	7
	Constructor civil	0	0	1	0	0	0	1
	Ama de casa	3	2	2	3	2	0	12
	Comerciante	3	1	4	1	0	1	10
	Contadora	0	0	0	0	0	1	1
	Administradora	0	0	0	0	0	1	1
	Profesora	0	0	0	0	0	1	1

	Panificador	0	0	0	1	0	0	1
	Chofer	0	0	1	0	0	0	1
	Gerente general	0	0	0	0	0	1	1
Conviviente	Agricultor/a	2	1	2	0	0	0	5
	Ama de casa	0	0	2	1	0	0	3
	Comerciante	1	0	1	0	0	0	2
	Mecánico	0	0	1	0	0	0	1
Separado/a	Agricultor/a	1	0	0	0	0	0	1
	Ama de casa	3	0	0	0	0	0	3
	Comerciante	1	1	0	0	0	0	2
	Dermatóloga	0	0	0	0	0	1	1
Divorciado/a	Comerciante	0	0	0	0	1	0	1
	Chofer	0	0	0	0	0	1	1
Viudo/a	Ama de casa	1	0	0	0	1	0	2
	Comerciante	1	0	0	0	0	0	1
	Total	18	7	19	7	8	9	68

La tabla 28 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento preferentemente positivo con 68 participantes en total y la comparación de este grupo por año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer, evidenciando: se tuvo a 1 paciente con cáncer de testículo diagnosticado el año 2022, el cual se encuentra en la tercera etapa del cáncer. 8 personas tienen el diagnóstico de cáncer de colon donde 3 personas fueron diagnosticadas en el año 2022 de las cuales 1 de ellas se encontraba en la segunda etapa y 2 de ellas se encontraba en la tercera etapa, 5 pacientes fueron diagnosticados en el año 2023 donde 2 de ellas estaban en la segunda etapa y 3 de ellas estaban en la tercera etapa. Asimismo, 12 pacientes poseían el diagnóstico de cáncer al útero donde, 5 fueron diagnosticados en el año 2022 de las cuales: 3 se encontraban en la segunda etapa, 1 se ubicaba en la tercera etapa y 1 de ellas se encontraba en la cuarta etapa; así también 7 pacientes fueron diagnosticados en el año 2023 de las cuales 5 se encontraban en la segunda etapa, 1 se encontraba en la tercera y 1 se hallaba en la cuarta. También 27 pacientes poseían el diagnóstico de cáncer de mama donde: 3 personas fueron diagnosticadas en el año 2021 y se encontraban en la segunda etapa; así también 12 pacientes fueron diagnosticadas en el año 2022 de los cuales 7 se encontraban en la segunda etapa, 4 estaban en la tercera etapa y 1 se hallaba en la cuarta etapa; como también 12 pacientes fueron diagnosticados en el año 2023 de las cuales 1 de ellas estaba en la primera etapa, 7 se hallaban en la segunda etapa, 2 se ubicaban en la tercera etapa y 2 se encontraban en la cuarta etapa. Además 3 pacientes poseían el diagnóstico de cáncer de próstata donde 2 de ellos fueron diagnosticadas en el año 2022, los cuales estaban en la segunda etapa y 1 paciente fue diagnosticado el año 2023 se encontraba en la tercera etapa. 2 pacientes diagnosticados con el cáncer de ovario en el año 2022, uno de los pacientes estaba en la segunda etapa y otro estaba en la tercera etapa. 1 paciente diagnosticado con el

tumor de la médula espinal en el año 2022 y 1 con el linfoma de Hodgkin diagnosticado en el año 2023, ambos se encontraban en la tercera etapa. Como también, 4 pacientes poseían con cáncer de estómago, donde 2 pacientes fueron diagnosticados en el año 2022 del cual una de ellas estaba en la segunda etapa y la otra en la tercera etapa; como también 2 fueron diagnosticados en el año 2023 se encontraban en la tercera etapa. Además, 2 pacientes poseían leucemia en el año 2022, 1 de los pacientes se encontraba en la primera etapa y el otro en la tercera etapa. También 2 pacientes poseían cáncer de hígado diagnosticadas en el año 2022 y encontrándose en la tercera etapa. En el año 2023 se diagnosticaron a 1 paciente con cáncer al pulmón en la cuarta etapa y 1 paciente con tumor trofoblástico en la primera etapa. En el año 2021 se diagnosticó a 1 persona con cáncer de tiroides que se encontraba en la tercera etapa, así también en el año 2022 se diagnosticó a 1 persona con cáncer de lengua en la segunda etapa y finalmente en el año 2023 se diagnosticó a 1 persona con cáncer de linfoma a los ganglios en la cuarta etapa.

Tabla 28. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente positivo: tabla cruzada de las frecuencias del año de diagnóstico, etapa de cáncer y tipo de cáncer de los pacientes

Diagnóstico			Etapa del cáncer				
			Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Total
Cáncer al testículo	Año de diagnóstico	2022	0	0	1	0	1
Cáncer de colon	Año de diagnóstico	2022	0	1	2	0	3
		2023	0	2	3	0	5
Cáncer al útero	Año de diagnóstico	2022	0	3	1	1	5
		2023	0	5	1	1	7
Cáncer de mama	Año de diagnóstico	2021	0	3	0	0	3
		2022	0	7	4	1	12
		2023	1	7	2	2	12
Cáncer de próstata	Año de diagnóstico	2022	0	2	0	0	2
		2023	0	0	1	0	1
Cáncer de ovario	Año de diagnóstico	2022	0	1	1	0	2
Tumor de la médula espinal	Año de diagnóstico	2022	0	0	1	0	1
Linfoma de Hodgkin	Año de diagnóstico	2023	0	0	1	0	1
Cáncer de estómago	Año de diagnóstico	2022	0	1	1	0	2
		2023	0	0	2	0	2
Leucemia	Año de diagnóstico	2022	1	0	1	0	2
Cáncer de hígado	Año de diagnóstico	2022	0	0	2	0	2
Cáncer de pulmón	Año de diagnóstico	2023	0	0	0	1	1
Tumor trofoblástico	Año de diagnóstico	2023	1	0	0	0	1
Cáncer de tiroides	Año de diagnóstico	2021	0	0	1	0	1
Cáncer de lengua	Año de diagnóstico	2022	0	1	0	0	1
Linfoma a los ganglios	Año de diagnóstico	2023	0	0	0	1	1
Total			3	33	25	7	68

4.3.3. Análisis de la prevalencia del Afrontamiento no definido

La tabla 29 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento no definido con 28 participantes en total y la comparación de este grupo por género, etapas del ciclo vital y región de procedencia. En Huancavelica, hay 4 participantes en total: 2 mujeres (una en adultez temprana y otra en adultez media) y 2 hombres (ambos en adultez media). En Junín, se encuentran 19 participantes en total: 15 mujeres (4 en adultez temprana y 11 en adultez media) y 4 hombres (todos en adultez media). Huánuco contribuye con 2 participantes en adultez media, uno de cada género. Cerro de Pasco y Ayacucho tienen 1 participante femenino cada uno, ambos en adultez media. Finalmente, Ucayali contribuye con 1 participante femenino en adultez media.

Tabla 29. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés no definido: tabla cruzada de las frecuencias del género, etapas del ciclo vital y región de procedencia de los pacientes

Procedencia			Etapas del ciclo vital		
			Adultez temprana	Adultez media	Total
Huancavelica	Género	Femenino	1	1	2
		Masculino	0	2	2
Junín	Género	Femenino	4	11	15
		Masculino	0	4	4
Huánuco	Género	Femenino		1	1
		Masculino		1	1
Cerro de Pasco	Género	Femenino		1	1
Ayacucho	Género	Femenino		1	1
Ucayali	Género	Femenino		1	1
		Total	5	23	28

En la tabla 30 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento no definido con 28 participantes en total y la comparación de este grupo por género, grado de instrucción y estado civil, donde se evidencia que 5 pacientes poseen el estado civil de soltero (a), de los cuales 1 de ellos posee el grado de instrucción de secundaria completa y tiene la ocupación de agente de seguridad; mientras los pacientes restantes tienen secundaria completa y sus ocupaciones son: constructor civil, ama de casa, comerciante y ganadero respectivamente. Con el estado civil de casado (a) se tiene a 10 pacientes de los cuales 3 pacientes son agricultores y cuentan con el grado de instrucción de primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa; así también se tiene a 3 pacientes que tienen por ocupación el de ama de casa y 2 de ellos cuentan con el grado de instrucción de primaria incompleta y la otra cuentan con el grado de primaria completa, de igual modo, se tiene a 2 participantes con secundaria incompleta y la ocupación de comerciantes; como también se presenta en este estado civil a una persona con secundaria incompleta y la ocupación de encargada de limpieza, concluyendo se tiene a un participante con grado de instrucción de secundaria completa y con la ocupación de ganadero. En el grupo de pacientes con estado civil de conviviente, se encuentran 8 individuos: Uno de ellos, es agricultor con primaria completa; además, hay 3 amas de casa, de las cuales 2 tienen primaria incompleta y 1 tiene secundaria incompleta, también se encuentran 2 comerciantes con secundaria incompleta. Un paciente es músico con secundaria incompleta, y finalmente, hay un participante sin ocupación debido a problemas de salud. Con el estado civil de separado (a), se tiene 3 individuos: todos son comerciantes, uno con primaria completa y los otros dos con secundaria incompleta; además hay 1 ama de casa con primaria incompleta. Por último, entre los viudos, hay 1 ama de casa con primaria incompleta.

Tabla 30. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés no definido: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, el grado de instrucción (nivel educativo) y estado civil de los pacientes

Estado civil	Ocupación	Instrucción				Total
		Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	
Soltero/a	Constructor civil			1	0	1
	Ama de casa			1	0	1
	Comerciante			1	0	1
	Seguridad			0	1	1
	Ganadero/a			1	0	1
Casado/a	Agricultor/a	0	1	1	1	3
	Ama de casa	2	1	0	0	3
	Comerciante	0	0	2	0	2
	Personal de limpieza	0	0	1	0	1
	Ganadero/a	0	0	0	1	1
Conviviente	Agricultor/a	0	1	0		1
	Ama de casa	2	0	1		3
	Comerciante	0	0	2		2
	Ninguna	1	0	0		1
	Músico	0	0	1		1
Separado/a	Ama de casa	1	0	0		1
	Comerciante	0	1	2		3
Viudo/a	Ocupación	1				1
	Total	7	4	14	3	28

En la tabla 31 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento no definido con 28 participantes en total y la comparación de este grupo por año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer, en donde: se tiene a dos participantes con cáncer de colon, ambos diagnosticados en el año 2022, uno de ellos, se encuentra en la segunda etapa y el otro, en la tercera etapa del cáncer; asimismo, con el tipo de cáncer de útero se tiene a 4 pacientes diagnosticados en el año 2022 en donde 3 de ellos se encuentran en la segunda etapa del cáncer y uno de ellos en la cuarta etapa. Con el tipo de cáncer de mama se tiene a 12 pacientes, 2 de ellas fueron diagnosticadas en el año 2021 donde una de ellas, está en la segunda etapa y otra, en la cuarta; también se tiene a 4 pacientes con cáncer diagnosticada en el año 2022 donde 1 de ellas se encuentra en la segunda etapa del cáncer y las otras 3, en la tercera etapa; 6 pacientes fueron diagnosticadas en el año 2023 de las cuales 4, se encuentran en la segunda etapa y 2 de ellas en la tercera. Con el tipo de cáncer del mieloma múltiple se tiene a un paciente diagnosticado en el año 2022 y se encuentra en la tercera etapa. 3 pacientes tienen el tipo de cáncer de próstata, encontrándose en la segunda etapa, siendo 2 de ellos diagnosticados en el año 2022 y otro, en el año 2023. De igual forma, se tiene a 2 pacientes con cáncer de ovario diagnosticadas en el año 2023, de los cuales 1 de ellas, está en la segunda etapa y la otra, en la tercera etapa. 1 paciente posee el cáncer del Linfoma de Hodgkin diagnosticado el año 2023 y se encuentra en la tercera etapa. Se tiene a un paciente con cáncer de vejiga diagnosticado en el año 2022 y se encuentra en la primera etapa de cáncer. Finalizando, se tiene a 2 pacientes con cáncer al pulmón diagnosticados en el año 2022 y 2021 respectivamente, ambos se encuentran en tercera etapa del cáncer.

Tabla 31. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés no definido: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, el grado de instrucción (nivel educativo) y estado civil de los pacientes

			Etapa del cáncer				
Diagnóstico			Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Total
Cáncer de colon	Año de Diagnóstico	2023		1	1		2
Cáncer al útero	Año de Diagnóstico	2022		3		1	4
Cáncer de mama	Año de Diagnóstico	2021		1	0	1	2
		2022		1	3	0	4
		2023		4	2	0	6
Mieloma múltiple	Año de Diagnóstico	2022			1		1
Cáncer de próstata	Año de Diagnóstico	2022		2			2
		2023		1			1
Cáncer de ovario	Año de Diagnóstico	2023		1	1		2
Linfoma de Hodgkin	Año de Diagnóstico	2023			1		1
Cáncer de vejiga	Año de Diagnóstico	2022	1				1
Cáncer de pulmón	Año de Diagnóstico	2021			1		1
		2022			1		1
Total			1	14	11	2	28

4.3.4. Análisis de la prevalencia del Afrontamiento preferentemente negativo

En la tabla 32 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con 25 participantes en total y comparando por género, etapas del ciclo vital y región de procedencia. De los 5 participantes de Huancavelica, 3 son mujeres (1 en adultez temprana y 2 en adultez media) y 2 son hombres (ambos en adultez media). De los 15 participantes de Junín, 13 son mujeres (1 en adultez temprana y 12 en adultez media) y 2 son hombres (ambos en adultez media). En Huánuco, hay 3 participantes, 2 mujeres (en adultez media) y 1 hombre (en adultez media). De Cerro de Pasco, hay 1 mujer (en adultez media), y de Ayacucho, también hay 1 mujer (en adultez media).

Tabla 32. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente negativo: tabla cruzada de las frecuencias del género, etapas del ciclo vital y región de procedencia de los pacientes

Procedencia			Etapas del ciclo vital		
			Adultez temprana	Adultez media	Total
Huancavelica	Género	Femenino	1	2	3
		Masculino	0	2	2
Junín	Género	Femenino	1	12	13
		Masculino	0	2	2
Huánuco	Género	Femenino		2	2
		Masculino		1	1
Cerro de Pasco	Género	Femenino		1	1
Ayacucho	Género	Femenino		1	1
Total			2	23	25

En la tabla 33 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con 25 participantes en total y comparando ocupación, grado de instrucción y estado civil. Entre los solteros, hay 5 personas: 2 agricultores con primaria completa y secundaria incompleta, 1 comerciante con secundaria incompleta, 1 trabajadora social con superior completa y 1 cocinera con secundaria incompleta. En cuanto a, los casados, hay 12 participantes: 4 agricultores con primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y superior incompleta, 5 amas de casa con primaria incompleta, primaria completa y secundaria completa, 2 comerciantes con secundaria incompleta y 1 profesora con superior completa. Los convivientes incluyen 4 participantes con secundaria incompleta: 2 agricultores, 1 trabajador de construcción civil y 1 comerciante. Tres participantes están separados: 1 ama de casa con primaria completa y 2 comerciantes con primaria incompleta y secundaria completa. Finalmente, hay 1 viudo con secundaria completa que es ama de casa.

Tabla 33. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente negativo: tabla cruzada de las frecuencias de la ocupación, grado de instrucción (nivel educativo) y estado civil de los pacientes

Estado civil	Ocupación	Instrucción						Total
		Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior Incompleta	Superior Completa	
Soltero/a	Agricultor/a		1	1			0	2
	Comerciante		0	1			0	1
	Trabajadora social		0	0			1	1
	Cocinera		0	1			0	1
Casado/a	Agricultor/a	1	1	1	0	1	0	4
	Ama de casa	2	2	0	1	0	0	5
	Comerciante	0	0	2	0	0	0	2
	Profesora	0	0	0	0	0	1	1
Conviviente	Agricultor/a			2				2
	Constructor civil			1				1
	Comerciante			1				1
Separado/a	Ama de casa	0	1	0				1
	Comerciante	1	0	1				2
Viudo/a	Ama de casa				1			1
	Total	4	5	11	2	1	2	25

En la tabla 34 se presenta los participantes que poseen el tipo de afrontamiento preferentemente negativo con 25 participantes en total y la comparación de este grupo por año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer, en donde: 1 paciente fue diagnosticado el año 2022 y posee cáncer al testículo, 1 paciente diagnosticado en el año 2023 tiene cáncer al colon. También 10 pacientes poseen cáncer al útero de las cuales una fue diagnosticada en el año 2019, ubicándose en la cuarta etapa, una de ellas fue diagnosticada en el año 2020, encontrándose en la cuarta etapa; 4 de ellas, fueron diagnosticadas en el año 2022 donde una de ellas, se encuentra en la cuarta etapa, dos de ellas, se ubican en la tercera etapa y una de ellas, en la primera etapa; del mismo modo, se tiene a 4 pacientes diagnosticadas en el año 2023 donde cada una se encuentran en cada etapa del cáncer respectivamente. También, se tiene a 6 pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama de las cuales 1 fue diagnosticada en el año 2019 encontrándose en la tercera etapa, dos pacientes fueron diagnosticadas en el año 2021 ubicándose en la segunda y tercera etapa respectivamente; asimismo, se tiene a dos pacientes que fueron diagnosticadas en el año 2022, ubicándose en la segunda y cuarta etapa proporcionalmente, un paciente fue diagnosticada en el año 2023 y se encuentra en la segunda etapa; además, se tiene a un paciente con cáncer de próstata diagnosticado el año 2023 y se encuentra en la segunda etapa. Se tiene a dos pacientes con cáncer al ovario, una de ellas diagnosticada en el año 2022, ubicándose en la tercera etapa y la otra paciente diagnosticada en el año 2023, encontrándose en la segunda etapa. Se tiene a un paciente con cáncer de estómago diagnosticado el año 2022 encontrándose en la cuarta etapa; así también, se tiene a un paciente con el tipo de cáncer de osteosarcoma ubicándose en la tercera etapa. Igualmente, el año 2023 se tiene a dos pacientes en la cuarta etapa, uno de ellos, presenta cáncer rectal y el otro, paciente diagnosticado con cáncer de vesícula.

Tabla 34. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés preferentemente negativo: tabla cruzada de las frecuencias del año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer de los pacientes

Diagnóstico	Año de Diagnóstico	Etapa del cáncer				Total
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	
Cáncer al testículo	2022		1			1
Cáncer de colon	2023				1	1
Cáncer de útero	2019	0	0	0	1	1
	2020	0	0	0	1	1
	2022	1	0	2	1	4
	2023	1	1	1	1	4
Cáncer de mama	2020		0	1	0	1
	2021		1	1	0	2
	2022		1	0	1	2
	2023		1	0	0	1
Cáncer de próstata	2023		1			1
Cáncer de ovario	2022		0	1		1
	2023		1	0		1
Cáncer de estómago	2022				1	1
Osteosarcoma	2022			1		1
Cáncer rectal	2023				1	1
Cáncer de vesícula	2023				1	1
	Total	2	7	7	9	25

4.3.5. Análisis de la prevalencia del Afrontamiento negativo

En la tabla 35 se centra en los participantes que poseen el tipo de afrontamiento negativo con 11 participantes en total y la comparación de este grupo por año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer donde: De la región Junín se tienen a 7 pacientes ubicados en la adultez media de los cuales 6 pertenecen al género femenino y uno al género masculino, de la región Huánuco de tiene a un paciente de género femenino de la adultez temprana, de Cerro de Pasco se tiene a un paciente de género femenino ubicado en la adultez media, un paciente de Ayacucho se identifica con el género masculino ubicado en la adultez media y para finalizar un paciente de Ucayali pertenece al género femenino ubicándose en la adultez temprana.

Tabla 35. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés negativo: tabla cruzada de las frecuencias de género, etapa de ciclo vital y región de procedencia de los pacientes

Procedencia			Etapas del ciclo vital		
			Adultez temprana	Adultez media	Total
Junín	Género	Femenino		6	6
		Masculino		1	1
Huánuco	Género	Femenino	1		1
Cerro de Pasco	Género	Femenino		1	1
Ayacucho	Género	Masculino		1	1
Ucayali	Género	Femenino	1		1
Total			2	9	11

En la tabla 36 se registra a 11 participantes que emplean estrategias de afrontamiento negativas, teniendo en cuenta, su región de origen, estado civil y nivel educativo. Entre los solteros, se encontró un participante de Junín con educación

secundaria incompleta. En cuanto a los casados, se identificaron 5 participantes: 3 de Junín (1 con primaria completa y 2 con secundaria incompleta), uno de Cerro de Pasco (primaria completa) y 1 de Ayacucho (primaria incompleta). Además, se registraron 2 participantes convivientes, 1 de Huánuco con primaria completa y 1 de Ucayali con primaria incompleta. Se halló también un participante separado de Junín con primaria incompleta, y finalmente, 2 participantes viudos de Junín, 1 con secundaria incompleta y 1 con secundaria completa.

Tabla 36. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés negativo: tabla cruzada de las frecuencias de la región de procedencia, estado civil y grado de instrucción de los pacientes

Estado civil	Procedencia	Instrucción				Total
		Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	
Soltero/a	Junín			1		1
Casado/a	Junín	1	0	2		3
	Cerro de Pasco	0	1	0		1
	Ayacucho	1	0	0		1
Conviviente	Huánuco	0	1			1
	Ucayali	1	0			1
Separado/a	Junín	1				1
Viudo/a	Junín			1	1	2
	Total	4	2	4	1	11

En la tabla 37 se registra a 11 participantes que poseen el tipo de afrontamiento negativo, enfocándose en la comparación del año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer. De estos, 5 pacientes presentan cáncer uterino, con un diagnóstico en

2021 (tercera etapa), 3 en 2022 (2 en segunda etapa y 1 en primera etapa) y 1 en 2023 (tercera etapa). 2 pacientes tienen cáncer de mama, ambos diagnosticados en 2022 (1 en segunda etapa y 1 en tercera etapa). Un paciente muestra cáncer de próstata, diagnosticado en 2023 (tercera etapa). Se registra un caso de cáncer de estómago diagnosticado en 2022 (tercera etapa), así como, uno de leucemia diagnosticado en 2023 (primera etapa). Finalmente, se encuentra un paciente con cáncer de pulmón diagnosticado en 2023 (tercera etapa).

Tabla 37. Frecuencia de la prevalencia del tipo de afrontamiento al estrés negativo: tabla cruzada de las frecuencias del año de diagnóstico, etapa del cáncer y tipo de cáncer de los pacientes

Diagnóstico		Etapa del cáncer				
		Primera	Segunda	Tercera	Total	
Cáncer al útero	Año de Diagnóstico	2021	0	0	1	1
		2022	1	2	0	3
		2023	0	0	1	1
Cáncer de mama	Año de Diagnóstico	2022		1	1	2
Cáncer de próstata	Año de Diagnóstico	2023			1	1
Cáncer de estómago	Año de Diagnóstico	2022			1	1
Leucemia	Año de Diagnóstico	2023	1			1
Cáncer de pulmón	Año de Diagnóstico	2023			1	1
	Total		2	3	6	11

4.4. Discusión de resultados

La investigación tuvo como principal motivación identificar la prevalencia de los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos pertenecientes al IREN – región centro que se encontraban en tratamiento de quimioterapia en el año

2023. Para ello, se derivan los resultados, al identificar que el tipo de afrontamiento preferentemente positivo representa el mayor porcentaje con un 45% representado con 68 participantes; por otro lado, se observa una diferencia significativa con 28 pacientes, optando por el tipo no definido porque equivale al 18.7%. Sigue muy de cerca el tipo preferentemente negativo, con 25 pacientes (16.7%), mientras que, el modo positivo es elegido por 18 pacientes (12%), y el tipo negativo por 11 pacientes (7.3%). Estos hallazgos concuerdan con la teoría de Lazarus y Folkman (1984), donde se considera al aspecto psicológico como un actor activo que puede hacer frente al estrés de acuerdo a la evaluación cognitiva que pueda tener cada individuo. Campos y Padilla (2021), mencionan que el afrontamiento al estrés es una adaptación que conlleva procesos cognitivos en respuesta a las exigencias del medio.

En referencia a los objetivos inferenciales de la investigación se tuvo que identificar la variable en relación con la edad, género, etapa del cáncer, grado de instrucción y número de sesión de quimioterapia, encontrándose que el género predominante es el femenino (78%), con un grado de instrucción, teniendo predominancia secundaria incompleta (24%) (teniendo en cuenta que la población en su mayoría proviene de zonas rurales de región centro), en mayoría los pacientes cuentan con un sistema de apoyo familiar (46%), la mayoría de pacientes con afrontamiento negativo estaban ubicados en el tercer estadio del cáncer (36% de la muestra) y el tipo de cáncer más frecuente fue el de mama en conjunto con el de útero. (36.7% y 23.3% respectivamente). Como menciona Díaz y Yaringaño (2010), el afrontamiento adecuado al estrés dependerá del tratamiento, tipo de cáncer, estadio, los cuales son esenciales para valorar el tipo de afrontamiento que tiene; como también, recordar que está asociado con el tiempo de enfermedad se obtienen un afrontamiento positivo, que en nuestra investigación los resultados corroboran la

teoría; para Angulo (2020) indica que la asociación del tipo de cáncer y el afrontamiento al estrés que posee puede explicarse por las diferencias individuales en la reacción de los pacientes según su personalidad y el tratamiento, lo que influye en el tipo de afrontamiento que desarrollan, ya sea, positivo o negativo, y en su adaptación a la enfermedad.

Los resultados revelan la prevalencia, tanto en cantidad como en porcentaje, de los diferentes modos de afrontamiento al estrés, considerando datos sociodemográficos como el tipo de cáncer, grupo etario y número de sesiones de quimioterapia, entre otros. En contraste con investigaciones previas que analizan nuestra variable estrés al afrontamiento con otras variables, como la de Ibarra (2022), que analiza su relación con el apoyo social; Angulo (2020), que incorpora la variable del clima social; y Cabrera (2021) en conjunto con las investigadoras Aliaga y Tenicela (2019), quienes abordan la calidad de vida como su segunda variable, nuestro estudio se centra exclusivamente en explorar minuciosamente la prevalencia y los patrones de afrontamiento al estrés. Se examinan los diversos aspectos mencionados anteriormente con el objetivo de obtener una comprensión integral de esta faceta crucial en la experiencia de los pacientes oncológicos.

En la investigación de Migliaccio y Ogando (2018), evidencian en su población la mayoría es femenina, contando con 61.4% y que el rango de edad mayoritario fue de 58-67, donde analizando la variable de afrontamiento al estrés se tuvo por resultados que la puntuación promedio fue del afrontamiento preferentemente positivo indicando un buen manejo de emociones y control. Sin embargo, en la mencionada investigación se trabaja de la mano de calidad de vida, las personas que obtienen una calidad de vida óptima van de la mano con un afrontamiento al estrés positivo.

Angulo (2019), denota otros factores como gravedad, marginación, dolor, secuelas físicas, emocionales, entre otros, los cuales condicionan el tipo de afrontamiento que utiliza el paciente y es por ello, que el afrontamiento al estrés es independiente de la funcionalidad familiar. En la investigación se consideran factores más personales al paciente como tipo de cáncer, año de diagnóstico y número de sesión de quimioterapia, permitiendo mayor descripción de la variable.

Por su parte, Ibarra (2020), denotó no encontrar variables significativas del apoyo social que influyeran en las puntuaciones de afrontamiento, siendo un hecho a considerar para ampliar la investigación considerando la cultura en la que se encuentra la población estudiada, debido a que se pueden encontrar diferencias significativas a la población estudiada por Ibarra. Esto sugiere la necesidad de ampliar el estudio para considerar las influencias culturales presentes en la población estudiada; ya que, podrían existir diferencias significativas en comparación con la muestra investigada por Ibarra.

Debemos resaltar que la mayoría de pacientes con afrontamiento positivo y preferentemente positivo no contaban con grado académico mayor a secundaria completa y ello podría ser un factor determinante para su puntuación; debido a que, tendrían una limitación en la comprensión de la enfermedad y la búsqueda de la información. Angulo (2020), nos habla de una relación estrecha entre el nivel educativo, que a mayor nivel educativo se tiene mayor afrontamiento positivo, en este caso, nuestra investigación arroja resultados que contradicen lo mencionado, pero abriendo nuevos ámbitos de estudios para la variable.

La importancia de la variable presente radica en el apoyo para los profesionales que apoyan en la salud mental porque este instrumento permite obtener resultados sólidos, referente a la confiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.656; así en la

prueba se usó el coeficiente de dos mitades de Guttman de 0.723 y para la validez se trabajó con la validez de contenido de Hernández-Nieto = 0.893. Obteniendo los puntajes necesarios para dar validez y fiabilidad al instrumento. En relación con la investigación de Rodríguez y Rubiños (2020) se llega a la conclusión de que la revisión realizada por los jueces resultó en cambios sutiles en algunos términos, lo que mejoró la comprensión del instrumento en la población oncológica. Asimismo, se destaca que la validez del instrumento se mantuvo congruente, lo que demuestra su utilidad metodológica en el contexto de estudio.

Incitamos a la comunidad científica a ahondar en el tema, conocer a mayor escala los factores que influyen los resultados mostrados y que podrían diferir en nuevas investigaciones.

CONCLUSIONES

1. El estudio nos permite tener datos exactos de la prevalencia de tipos de afrontamiento en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el IREN región centro en el año 2023, de acuerdo al objetivo general el afrontamiento preferentemente positivo tiene mayor prevalencia en nuestra población con el 45% de los representantes, seguidamente, se obtiene al tipo no definido con el 18.7%, con poca diferencia, tenemos al tipo preferentemente negativo con el 16.7%, siguiendo el tipo positivo con el 12% de la muestra, y por último tenemos a el tipo negativo solo con 7.3%.
2. En los pacientes que obtuvieron el tipo de afrontamiento positivo podemos evidenciar que en mayoría eran del género femenino (10.7%), con el rango de adultez media (9.3%), la mayoría provenía de la región Junín y Huánuco (8.7% y 1.3%), estado civil de casado y con el grado de instrucción máximo de secundaria incompleta (12.7%). El tipo de cáncer más frecuente es el de mama y en estadio II.
3. Los pacientes que puntuaron en el tipo de afrontamiento preferentemente positivo fueron principalmente del género femenino (34.7%) con el rango de adultez media (34.0%), provenientes en mayoría de la región de Junín y Huánuco (32.7% y 5.3%) la mayoría contaba con el estado civil de casados y la etapa de cáncer más frecuente fue la segunda. Así como el tipo de cáncer más frecuente fue el de mama y útero.

4. Los pacientes que fueron ubicados con el tipo de afrontamiento no definido evidenciaron que en mayoría son del género femenino (14%), con el rango etario de adultez media (15.3%) de los cuales su lugar de procedencia es la región Junín (12.7%), mayor prevalencia en cáncer de mama en etapa II.
5. Referente a los pacientes con el tipo de afrontamiento preferentemente negativo se contabilizó que la mayoría era de género femenino (13.3%) encontrándose en el rango de adultez media (15.3%), procedentes mayormente de Junín (10.0%) y que alcanzó a terminar la secundaria completa, siendo los tipos de cáncer más frecuentes el de útero y mama, siendo la etapa de cáncer más frecuente la etapa III.
6. Los pacientes que puntuaron en el tipo de afrontamiento negativo fueron principalmente de género femenino (6.0%), con preferencia de rango etario de adultez media (6.0%) de la región de Junín (4.7%), la mayoría no alcanzó a terminar la secundaria, el tipo de cáncer más frecuente fue el de útero y la etapa de cáncer más en etapa III.
7. Basándonos en los datos demográficos recopilados de los pacientes oncológicos evaluados, se observa que la mayoría de ellos son mujeres y se encuentran en el rango de edad de 40 a 60 años, lo que constituye un porcentaje significativo. Además, la mayoría de los pacientes son originarios de la región Junín. En cuanto a su nivel educativo, la mayoría tiene educación secundaria incompleta, y el estado civil predominante es el de casado. Los tipos de cáncer más comunes son el de útero y el de mama en etapa II, lo que está relacionado con el predominio del género femenino. La mayoría de los pacientes se encuentran en su tercera o cuarta quimioterapia.

RECOMENDACIONES

1. A nivel general debemos dar la relevancia que amerita la psicología clínica en el ámbito oncológico en beneficio a los pacientes que afrontan este proceso difícil; así como, enfatizar en que hay factores que probablemente influyen en el afrontamiento al estrés como: ambiente familiar, grado económico, otros tratamientos, relaciones parentales y los efectos a corto, mediano y largo plazo los cuales deberían investigarse para enriquecer y sumar en el ámbito científico.
2. A nivel local debemos fomentar el cuidado de los pacientes oncológicos y desarrollar investigaciones para brindar mayor cuidado en la salud mental de los pacientes para promocionar la salud integral en este sector.
3. Al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro se le recomienda realizar seguimiento psicológico pertinente a los pacientes oncológicos que llegan a las instalaciones y prevenir algún riesgo o de manera contraria intervenir de manera temprana alguna dolencia psicológica; incluso, brindar las facilidades para que los pacientes puedan optar por programas y citas psicológicas promocionando mucho más al área de psicología que cuenta el IREN centro.
4. A los establecimientos de salud se sugiere dar prioridad en concientizar a los pacientes y fomentar el cuidado de la salud mental, promocionar los tamizajes de cáncer y los de psicología para identificar tempranamente alguna dolencia y permitir que los pacientes reciban atención temprana y puedan optar por la salud integral.

5. Para los futuros investigadores, se les recomienda la inclusión de aspectos adicionales en sus estudios, tales como: la dinámica familiar, antecedentes de procesos oncológicos previos, el contexto económico y la configuración familiar, entre otros elementos. Esta ampliación tiene como propósito la obtención de datos más detallados, brindando una comprensión más profunda de la enfermedad y enriqueciendo los resultados alcanzados. Asimismo, sugerimos contemplar la posibilidad de diversificar la metodología de investigación, explorando diseños correlacionales, estudios de caso o la implementación de programas específicos. Esta diversificación busca fomentar un abordaje más holístico, propicio para el surgimiento de nuevas perspectivas y líneas de investigación más exhaustivas.
6. A los potenciales usuarios se les aconseja realizar preguntas exhaustivas antes de su participación, involucrarse activamente en el proceso y brindar sus opiniones con el fin de fomentar la mejora continua en la atención, contribuyendo a la prestación de los servicios ofrecidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Aguilar, Flores. C y Vallejos C. S. (2020). *Situación del Cáncer en el Perú. Diagnóstico(Lima)*, 59(2):77-85. doi:<https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i2.221>
- Aliaga. J. J y Tenicela. D. A. T. (2019). *Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo – 2017*. [Tesis para optar al título de licenciado en enfermería, Universidad Peruana los Andes.]. Repositorio de la Universidad Peruana los Andes. Obtenido de <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1236/TESIS%20FINAL%20%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Angulo. K. (2019). *Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima* [Tesis para optar al título de licenciado en Psicología, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional de la Universidad Peruana Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1741/Karina_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Angulo. R. J. (2020). *Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*[Tesis para optar al título de licenciado en Psicología, Universidad Católica Sedes Sapientiae] . Repositorio institucional de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Obtenido de https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/777/Angulo%20S alas%2c%20R%c3%bger%20Joaqu%c3%adn%20_%20Estr%c3%a9s%20-%20Oncol%c3%b3gicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arias. W. L. (2021). Antecedentes, desarrollo y consolidación de la psicología cognitiva: un análisis histórico. *Revista Tesis Psicológica*, 16(2): 172-198. doi:<https://doi.org/10.37511/tesis.v16n2a9>
- Ascencio L. (2020). Análisis situacional de los psicólogos de cuidados paliativos . *Psicooncología*, 17(2): 357-373.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2022). *Cancer.Net (versión en español)*. Obtenido de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia>
- Baptista. M. P., Fernández. C. y Hernández. R. (2014). *Metodología de la investigación (6° edición)*. McGraw Hill.

- Barboza. G, Caudillo. L, García. M, Ramos. V. M, Roca. J. M y Hernández. M. A. (2020). *Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. Enferm. glob. vol.19 no.60*, 196-219. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400008
- Barrio. J., García. M., Ruiz. I. y Arce. A. (2006). *El Estrés como respuesta*. Solemos identificar la respuesta de estrés como preparación, defensa y activación para enfrentarse de manera más o menos adecuada a las situaciones de vida, 37-48. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Belloch. A, Sandín. B y Ramos. F. (2009). *Manual de psicopatología (Volumen II) (2º edición)*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Cabrera. Y. L. (2021). *Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores. [Tesis para optar al grado de licenciada en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]*. Repositorio de la Universidad Mayor de San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16754/Cabrera_by.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Camargo. J. A y Castañeda. J. G. (2019). *Psicooncología (1a edición)*. UNIMINUTO.
- Campos. L. K y Padilla. D. P. (2021). *Estilos de Afrontamiento en Mujeres Sometidas a Mastectomía en el Hospital Santa Rosa* [Tesis para optar al grado de licenciada en enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Obtenido de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11402/Estilos_CamposCuenca_Leonor.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=a%20mastectom%20C3%ADa%20en%20el%20Hospital%20Santa%20Rosa%2C%202021%2C%20se%20encontr%20B3,negaci%20B3n%2C%20conductas%20in
- Cobos. M. E y Rodas. M. L. (2016). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos. Atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca-Ecuador* [Tesis para optar la licenciatura de psicología clínica, Universidad del Azuay]. Repositorio de la Universidad del Azuay. Obtenido de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6354/1/12522.pdf>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Colegio de Psicólogos del Perú*. Obtenido de https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cruzado. J. A. (2013). *Manual de Psicooncología, Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer (1º edición)*. Pirámide.

- Díaz. A y Yaringaño. J. (2010). *Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Revista De Investigación En Psicología, 13(1), 69-86. doi:<https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i1.3737>
- Dueñas. R, Sánchez. A y Sánchez. P. (1999). En *Papel del oncólogo en el diagnóstico y seguimiento de cáncer*. (págs. 133-154). SEOM.
- El Peruano. (05 de febrero de 2022). DÍA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD. *El Peruano*. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/138721-mas-de-17000-nuevos-casos-de-cancer-se-registraron-en-el-2021>
- García. A, Miaja. M. M, Romero. R, Ibañez. E y Soriano. J. (2016). *Propiedades Psicométricas del cuestionario de enfrentamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)*. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 13, Núm. 2-3, 271-284.
- Gonzales. G. C. (2018). *Afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama* [Tesis para optar al grado de licenciada en Psicología con mención en clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Obtenido de https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12242/Gonzalez_Castillo_Afrontamiento_apoyo_social1.pdf?sequence=1 https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16754/Cabrera_by.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González. M. (2004). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)*. TEA Ediciones.
- Hernández. C, Fernández. C y Baptista. P. (2006). *Metodología de la investigación (4.º ed.)*. McGraw-Hill.
- Ibarra. N. (2022). El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana [Tesis para optar al grado de magister en Psicología con mención en Psicología clínica y de la salud, Pontificia Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Obtenido de https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4618/M-PSIC-T030_45742036_M%20%20IBARRA%20SANTOS%20NORMA%20ELEANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2019). *La quimioterapia y usted*. Oficina de Comunicaciones y Enlace Público del NC (Página en español). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/quimioterapia-y-usted.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2010). *NHI Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/adn>

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2019). *Casos Nuevos*. Obtenido de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmQ2MDU0ZjMtNmIxYy00OTViLTgxZmltZmE0MGUxMmEyYWZiIiwidCI6IjU0Mjk5YmJLWE4MzctNDVINy1hYzljLTZjMDlmM2E2YjkhOSJ9>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2019). *Datos Epidemiológicos*. Obtenido de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
- IREN Centro (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas). (26 de 05 de 2021). *IREN CENTRO*. Obtenido de El IREN Centro ha realizado 292 mil atenciones a pacientes de diversas regiones.: <https://portal.irencentro.gob.pe/el-iren-centro-ha-realizado-292-mil-atenciones-a-pacientes-de-diversas-regiones/#:~:text=La%20Instituci%C3%B3n%20que%20hasta%20la,total%20de%2093%20693%20pacientes.>
- Ipanaque. C. J. (2021). *Conocimiento sobre autocuidado y su relación con la calidad de vida de los apcientes con tratamiento de quimioterapia en la unidad de oncología del hospital III José Cayetano Heredia- Piura* [Tesis para optar al grado de licenciada en enfermería, Universidad Nacional de Piura]. Repositorio de la Universidad Nacional de Piura. Obtenido de <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/3360/ENFE-IPACAR-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- La Sociedad America Contra el Cáncer. (2009). *Obtenido de Sociedad America Contra el Cáncer.*: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.htm>
- López. P. L. (2004). *Población, muestra y muestreo*. Punto Cero, *Scielo. Punto cero*09(08), 69-74. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=e
- Mansilla. M. E. (2000). *Etapas del Desarrollo Humano*. Revista de Investigación en Psicología, *Vol.3 No.2.*, 105- 116. doi:<https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
- Mayorga. M y Peñaherrera. A. (2019). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios* [Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología clínica, Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2684/1/76882.pdf>
- Migliaccio. D y Ogando. L. (2018). *Calidad de vida, Estrés Y Estilos de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer del instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART). septiembre 2017 a febrero 2018*. [Tesis doctoral en psicología, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña].

Repositorio de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Obtenido de <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/572/Calidad%20de%20vida%20estres%20y%20estilos%20de%20enfrentamiento%20de%20pacientes%20diagnosticados%20con%20cancer%20del%20Instituto%20Nacional%20de%20Cancer%20Rosa%20Emil>

Ministerio de salud (MINSa). (2021). *Programa Presupuestal 0024 Prevención y control del Cáncer. Anexo N°2*. Obtenido de Minsa. : https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf

Missiaggia. E. (2004). *Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirurgia radial y de conservación*. [Tesis para optar al título de magister en psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2731/Missiaggia_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Naranjo . M. L. (2009). *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. *Educación*, vol. 33, núm. 2, 171- 190.

Noval. A. (2022). *Impacto psicológico del paciente con cáncer*. *NPunto*. 5 (56). , 30-51. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/56/impacto-psicologico-del-paciente-con-cancer>

OPS (Organización panamericana de la salud). (2021). *Organización panamericana de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contracancer-2021-yo-soy-voy#:~:text=El%20cancer%20puede%20prevenirse%20y,acceso%20a%20los%20cuidados%20paliativos>.

Organización Mundial de la salud (OMS). (Febrero de 2021). *Organización Mundial de la salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>

Organización mundial de la salud. (2000). En *Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10* (págs. 109-139). Panamericana .

Ramos. V. M, Caudillo. L, de la Roca. J. M, Hernández. M. A, Barboza. G y García. M. (2020). Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global Vol. 19 Núm. 4*, 196-207. doi:<http://doi.org/10.6018/eglobal.410951>

Rodríguez. L. R y Rubiños. S. M. (2020). *Evidencias de Validez de Contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes Oncológicos* [Tesis para optar al título de licenciado en Psicología, Universidad Cesar Vallejo.]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. Obtenido de

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55384/Rodr%C3%ADguez_VLR-Rubi%C3%B1os_RSM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ruiz. M. C. (2018). *Funcionalidad familiar, afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de un hospital de Huancayo* [Tesis doctoral en psicología, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Obtenido de https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/499/Ruiz%20Balvin%2cMaribel%20Carmen_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez. H y Reyes. C. (2015). *Metodología y Diseños en la investigación Científica (5ª ed.)*. Business Support Anneth SRL.

Sociedad Americana contra el Cáncer. (2009). *Tratamientos*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.html>

ANEXOS

Anexo 01

Matriz de consistencia

Título: Conducta antisocial y funcionamiento familiar en un centro juvenil en Junín, 2023.				
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1: Afrontamiento al estrés	Población: Por lo presentado en nuestra investigación se tomará como población a los pacientes oncológicos adultos de 20 a 64 años que estén en tratamiento de quimioterapia y que se atienden en el instituto regional de
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023. 	<ul style="list-style-type: none"> El estudio no presenta hipótesis por pertenecer al nivel descriptivo. 		
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento positivo en pacientes oncológicos 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la prevalencia del afrontamiento positivo en pacientes oncológicos 	<ul style="list-style-type: none"> El estudio no presenta hipótesis por pertenecer al nivel descriptivo. 		

<p>adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento preferentemente positivo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023? • ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento no definido en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de 	<p>adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia del afrontamiento preferentemente positivo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023. • Identificar la prevalencia del afrontamiento no definido en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de 			<p>enfermedades neoplásicas centro (IREN).</p> <p>Muestra:</p> <p>Población muestral de 150 pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia.</p> <p>Técnica y tipo de muestreo:</p> <p>No probabilística por conveniencia.</p>
--	--	--	--	--

<p>quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento preferentemente negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023? • ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto 	<p>quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia del afrontamiento preferentemente negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023. • Identificar la prevalencia del afrontamiento negativo en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto 			<p>Técnicas de recolección de datos:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumentos de recolección:</p> <p>Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos (CAEPO)</p>
---	---	--	--	--

<p>Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia según rango etario, género, etapa del cáncer, grado de instrucción y número de sesión de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023? 	<p>Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia del afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia según rango etario, género, etapa del cáncer, grado de instrucción y número de sesión de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023. 			
--	---	--	--	--

Anexo 02.*Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos (CAEPO)***CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)**

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, marcando con un aspa "x", con cuál de dichas formas se identifica más su manera de comportarse en esta situación. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considere más conveniente. Procure contestar con la mayor seriedad.

	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Generalmente cuando me siento nervioso(a), trato de hacer cosas que me tranquilicen como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.				
2. Estoy dispuesto(a) a enfrentar esta situación, aunque esté preocupada o nerviosa.				
3. Cuando estoy preocupado(a) como ahora, trato de pensar en algo agradable y positivo.				
4. Si estoy preocupado(a) suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.				
5. Trato de hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.				
6. Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.				
7. Pienso que, en mi situación actual, las cosas me van a salir bien.				
8. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.				
9. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.				
10. Hablo de mis preocupaciones con personas que son cercanas a mí: familia, amigos, etc.				
11. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.				
12. Trato de convencerme a mí mismo(a) de que todo va a salir bien.				
13. Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.				
14. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.				
15. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar mi enfermedad.				
16. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.				

	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
17. Estoy dispuesto(a) a luchar para que todo salga bien.				
18. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.				
19. Intento compartir mis emociones con algunas personas.				
20. Creo que los demás exageran y que en realidad lo que sucede carece de importancia.				
21. Trato de ser fuerte y enfrentar mi problema de salud.				
22. Siempre que estoy solo(a), pienso en lo que me está sucediendo ahora.				
23. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.				
24. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.				
25. Intento controlar mis emociones.				
26. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.				
27. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.				
28. Intento mostrarme sereno(a) y animado(a).				
29. Pienso constantemente lo que sería de mi vida si no me hubiera enfermado.				
30. Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.				
31. Hago todo lo que me indican porque creo que es bueno para mi recuperación.				
32. Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectada y nada será como antes.				
33. Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante personas importantes para mí.				
34. Me doy por vencido(a) en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".				
35. Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.				
36. La verdad es que estoy muy preocupado(a) por mi salud.				
37. Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.				
38. Procuo evadirme y no pensar en lo que me pasa.				
39. Creo que, si he superado muchas cosas antes ahora también lo lograré				
40. Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.				

Anexo 03.

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los bachilleres Ingaruca Carrasco Danae Nicolle y Meza Vasquez Tatiana Patricia, de la Universidad Continental. La meta de este estudio es encontrar incidencia de las escalas de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas centro 2022

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ingaruca Carrasco Danae Nicolle y Meza Vasquez Tatiana Patricia. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es encontrar incidencia de las escalas de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas centro 2022.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las investigadoras al teléfono 955928713 o 900530815.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a los teléfonos anteriormente mencionados.

--


Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha


Anexo 04.

Autorización de la institución Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN centro



JUNÍN

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”



**IREN
CENTRO**
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Concepción, 14 de abril del 2023

CARTA N° 067-2023/GRJ /DIRESA/IREN-CENTRO/DG

Señores:

**NICOLLE INGARUCA CARRASCO
TATIANA PATRICIA MEZA VASQUEZ**

Investigadoras

Presente.-


ASUNTO : Autorización para Ejecución de Protocolo de Investigación

REFERENCIA : Carta s/n

De mi consideración me dirijo a Usted para expresar mi cordial saludo y hacer de su conocimiento que, teniendo dictamen favorable por el Comité de Ética en Investigación y nota aprobatoria en la revisión metodológica, se emite la presente carta de autorización para ejecución de la enmienda del Protocolo de Investigación **“Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro 2023”**.

Con base en lo expresado anteriormente la Dirección General conceptúa que el protocolo cumple con todos los requisitos exigidos y en consecuencia otorga su aprobación para su ejecución y la recolección de datos respectiva, debiendo coordinar con la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos el otorgamiento de la identificación respectiva para el inicio de la ejecución del proyecto en caso ser necesario.

Atentamente.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
IREN
CENTRO NEOPLÁSICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO

Victor Martín González Palomino
DIRECTOR GENERAL

Fs. 01
VMGP/ acrr
C.c Archivo

N° DOC.	06616533
N° EXP.	04547868

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN - Centro
Progreso N° 1235, 1237, 1239 Sector Palo Seco Concepción - Junín
direccion@irencentro.gob.pe

Anexo 05.*Acta de aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad Continental*

Huancayo, 16 de enero de 2023

OFICIO N° 002-2023-CE-FH-UC

Señor(es):
BACH. INGARUCA CARRASCO, DANAE NICOL
BACH. MEZA VASQUEZ, TATIANA PATRICIA

Presente-

EXP. 002- 2023

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: “**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS EN TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN EL IREN CENTRO- CONCEPCION 2023**”, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

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

Atte,




Claudia Rios Cataño
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental