

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana

Por:
Laura Elena Huaman Huamani

Danitza Emily Lupaca Huarac

Asesor:
Lic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

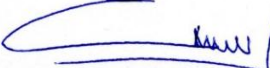
Lindsey Wildman Vilca Quiro, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana" constituye la memoria que presenta la Bachiller Danitza Emily Lupaca Huarac y Laura Huaman Huamaní para aspirar al título de Profesional de licenciatura, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, al 04 de abril del año 2019.


Lindsey Wildman Vilca Quiro,

“Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR

Psic. Eli Yáñez Cierzo
Presidente

Psic. Helen Sara Flores Mamani
Secretaria

Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo
Vocal

Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro
Asesor

Ñaña, 03 de abril de 2019

Dedicatoria

A mis padres por ser mi fuente inspiradora en todo en todo que hago y lo que soy, por su incondicional apoyo desde que nací, que aun en momentos difíciles se las ingeniaban para bríndame la mejor herencia, la educación; por eso y por los infinitos sacrificios que hicieron para ayudarme a cumplir este sueño. A mi hermano Elías que con su admiración me empujo a no desistir.

Laura Elena Huaman Huamani.

A mis padres Celedonio Lupaca Guevara y Rita Huarac Mendoza, quienes son mi principal motivación en cada sueño en esta vida, por su amor, paciencia, consejos y su tesonero soporte. A los profesionales que nos apoyaron a lo largo de los cinco años con su ejemplo, gestión y acciones. Así mismo, a nuestro estimado asesor Wildman Vilca, por su invaluable orientación al realizar este trabajo.

Danitza Emily Lupaca Huarac

Agradecimiento

En primer lugar, agradecemos a nuestro amado Dios, por su inmensa misericordia y sustento en momentos difíciles, por darnos sabiduría durante este proceso y porque permitió que ingresemos a nuestra alma mater, donde además nos bendijo con conocimientos y una plana docente ejemplar que fortaleció nuestra vida espiritual.

A nuestro Asesor, Wildman Vilca, por sus aportes para nuestro estudio, por su paciencia en este proceso de aprendizaje que fue vital para culminar esta meta tan anhelada y por la motivación constante.

A la Universidad Peruana Unión, por motivarnos a investigar y ser competitivos, por permitirnos crecer como profesionales infundiéndonos valores y principios cristianos lo cual demostraremos a doquiera que vayamos.

A la Escuela Profesional de Psicología y la plana docente que la conforma, por compartir sus conocimientos y transmitir su vocación de servicio.

Al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- Essalud en la cual realizamos la presente investigación.

Finalmente, al Ps. Raúl Huapaya quien nos brindó su apoyo durante el proceso de entrevistas con los pacientes oncológicos, por brindarnos conocimientos y guiarnos en el abordaje psicológico.

Índice general

Capítulo I	3
El problema	3
1. Planteamiento del problema	3
2. Formulación del problema	5
2.1. Problema general	5
2.2. Problemas específicos	5
3. Justificación	6
4. Objetivos de la investigación	6
4.1. Objetivo General	6
4.2. Objetivos específicos	7
Capítulo II	8
Marco teórico	8
1. Presuposición filosófica	8
2. Antecedentes	9
2.1 Antecedentes internacionales	9
2.2 Antecedentes nacionales	11
3. Marco teórico	14
3.1. Apoyo social	14
3.1.1. Definición	14
3.1.2. Niveles de apoyo social	14
3.1.3. Las funciones del apoyo social	17
3.1.3.1. Perspectiva estructural del apoyo social	17
3.1.3.2. Perspectiva funcional del apoyo social	17
3.1.4. Tipos de apoyo social	18
3.1.5. Apoyo recibido versus apoyo percibido	20
3.1.6. Modelos teóricos	20

3.1.6.1. El modelo de Convoy ferroviario de las relaciones sociales de Kahn y Antonucci.	20
3.2. Afrontamiento al estrés	24
3.2.1 Definición	24
3.2.2 Formas de afrontamiento al estrés	25
3.2.3 Teoría de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman	26
3.2.3.1 Funciones básicas de afrontamiento	28
3.3. El cáncer	30
3.3.1. Definición	30
3.3.2. Epidemiología de enfermedades oncológicas	30
3.3.3 Enfermedades oncológicas	31
3.3.3.1 Cáncer de mama	31
3.3.3.2 Cáncer de cérvix	31
3.3.3.3 Cáncer de colon y recto	32
3.3.3.4 Cáncer de Ovario	32
3.3.3.5 Cáncer de cuello uterino	32
3.3.3.6 El cáncer de pulmonar	32
3.3.3.7 Cáncer de próstata	33
3.3.4. Estadios del cáncer	33
3.3.4.1. Escala de estadiaje del cáncer- TNM	34
3.3.5 Tratamiento de enfermedades oncológicas	35
3.3.5.1 Cirugía:	35
3.3.5.2 Quimioterapia	35
3.3.5.3 Inmunoterapia:	35
3.3.5.4 Medicina de precisión y terapia dirigida:	35
3.3.5.5 Terapia hormonal:	36
3.3.5.6 Trasplante de células madre	36

3.3.5.7 Medicina de precisión en el tratamiento del cáncer	36
3.3.5.8 Radioterapia:	36
4. Definición de términos	36
4.1 Psicooncología	36
4.2 Oncología	36
4.3 Redes sociales	37
5. Hipótesis de la investigación	37
5.1 Hipótesis general	37
5.2 Hipótesis específicas	37
Capítulo III	38
Materiales y métodos	38
1. Diseño y tipo de investigación	38
2. Variables de la investigación	38
2.1. Definición conceptual de las variables	38
2.1.1. Apoyo social	38
2.1.2. Afrontamiento al estrés	38
2.2 Operacionalización de las variables	39
3. Delimitación geográfica y temporal	39
4. Participantes	40
4.1. Características de la muestra	40
4.2. Criterios de inclusión y exclusión	41
4.2.1. Criterios de inclusión	41
4.2.2. Criterios de exclusión	41
5. Instrumentos	41
5.1. Cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)	41
5.2. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO)	42
6. Proceso de recolección de datos	43

7. Procesamiento y análisis de datos	44
Capítulo IV	45
Resultados y discusión	45
1. Resultados	45
1.1 Análisis descriptivo	45
1.1.1 Niveles de apoyo social	45
1.1.2 Nivel de apoyo social según datos sociodemográficos	45
a. Nivel de apoyo social según sexo.	45
b. nivel de apoyo social según edades.	46
1.1.3 Nivel de Afrontamiento al estrés según datos sociodemográficos	48
a. Nivel de afrontamiento al estrés según sexo	48
b. Nivel de afrontamiento según edades.	49
1.2 Asociación entre las variables	50
2. Discusión	54
Capítulo V	58
Conclusiones y recomendaciones	58
3. Conclusiones	58
4. Recomendaciones	59
Referencias	60
Anexos	73

Índice de tablas

Tabla 1: Operacionalización de la variable apoyo social.....	40
Tabla 2: Operacionalización de la variable afrontamiento al estrés.....	40
Tabla 3: Características de los participantes.....	41
Tabla 4: Niveles de apoyo social y sus dimensiones.....	45
Tabla 5: Niveles de apoyo social según sexo.....	45
Tabla 6: Niveles de apoyo social según edades.....	46
Tabla 7: Niveles de afrontamiento al estrés	48
Tabla 8: Niveles de afrontamiento al estrés según sexo.....	49
Tabla 9: Niveles de afrontamiento al estrés según edad.....	50
Tabla 10: Coeficiente de correlación entre apoyo social y afrontamiento al estrés.....	50
Tabla 11: Estimaciones de consistencia interna del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido.....	73
Tabla 12: Correlaciones sub test – test del Cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido.....	73
Tabla 13: Estimaciones de consistencia interna del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO).....	74
Tabla 14: Correlaciones sub test – test Del Cuestionario De Afrontamiento Al Estrés Para Pacientes Oncológicos (CAEPO).....	75

Índice de figuras

Figura 1. Niveles de análisis de las relaciones sociales	14
Figura 2. El modelo de Convoy ferroviario de las relaciones sociales.....	22
Figura 3: Niveles de apoyo social.....	24
Figura 4: Asociación entre los niveles de apoyo social y afrontamiento al estrés.....	51
Figura 5: Asociación entre los niveles de apoyo informativo y afrontamiento al estrés.....	52
Figura 6: Asociación entre los niveles de apoyo emocional y afrontamiento al estrés.....	53
Figura 7: Asociación entre los niveles de apoyo instrumental y afrontamiento al estrés.....	53

Índice de anexos

Anexos 1: Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS).....	74
Anexos 2: Propiedades psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO).....	75
Anexo 3: Consentimiento informado.....	77
Anexo 4: Ficha de datos.....	78
Anexo 5: Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS).....	79
Anexo 6: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO).....	80

Nomenclatura o símbolos usados

X^2 : Chicuadrado

p : Significancia

α : Alfa de Cronbach

k-s : Prueba de Kolmogorov- Smirnov

et al. : y otros

MOS: The Medical Outcomes Study.

Resumen

La presente investigación tiene el objetivo de estudiar la relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.

Para la medición de las variables del estudio los instrumentos utilizados fueron, the Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptada en Perú por Baca (2016) como el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) elaborado por Gonzales (2004). La muestra estuvo conformada por 99 pacientes hospitalizados en el servicio de oncología cuyas edades oscilen entre los 18 a 70 años. Se analizaron y procesaron los resultados en el *software* estadístico SPSS 22. Los resultados indicaron que existe una asociación significativa entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés ($X^2=44.854$; $p<.01$). De manera similar con las dimensiones de apoyo social, donde el afrontamiento al estrés se asocia significativamente con el apoyo informacional ($X^2=44.854$; $p<.01$), con el apoyo emocional ($X^2=35.114$; $p<.01$) y apoyo instrumental ($X^2=35.114$; $p<.01$).

Entonces se concluye que un nivel bajo de apoyo social se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente, un apoyo social moderado se asocia a un afrontamiento positivo y un elevado apoyo social se asocia a un afrontamiento no definido por parte del paciente.

Palabras clave: *Apoyo Social, Afrontamiento al Estrés, Cáncer.*

Abstrac

The present investigation has the objective of studying the relationship between social support and coping with stress in patients hospitalized in the oncology service of a hospital in Metropolitan Lima.

For the measurement of study variables, the instruments used were the Medical Outcomes Study (MOS) Sherbourne and Stewart 1991, adapted in Peru by Baca in 2016 as the MOS Questionnaire of Perceived Social Support (MOS) and the Coping Questionnaire. Stress for Cancer Patients (CAEPO) prepared by Gonzales (2004). The sample consisted of 99 patients hospitalized in the oncology service whose ages range from 18 to 70 years. The results were analyzed and processed in the statistical software SPSS 22. The results indicated that there is a significant association between social support and coping with stress ($X^2 = 44.854$, $p < .01$). Similarly with the dimensions of social support, where coping with stress is significantly associated with informational support ($X^2 = 44.854$; $p < .01$), with emotional support ($X^2 = 35.114$; $p < .01$) and instrumental support ($X^2 = 35.114$; $p < .01$).

It is concluded that a low level of social support is associated with negative coping by the patient, moderate social support is associated with positive coping and high social support is associated with an undefined coping on the part of the patient.

Keywords: social support, stress coping, cancer.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

El cáncer puede afectar al paciente a nivel físico, psicológico y social representando una carga enorme para los pacientes, las familias e incluso para la sociedad. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el cáncer es una de las causas de muerte a nivel mundial y se le atribuyeron 8,2 millones de muertes en el 2012 y en el 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Siendo casi el 70% de las muertes por cáncer registrados en países de ingresos medios y bajos.

En el Perú, El Ministerio de Salud (MINSA, 2013) publicó que antes del 2012 se diagnosticaban 46,000 casos de cáncer al año y desde el 2010 el cáncer es la segunda causa de muerte en el país y en Lima Metropolitana se registraron 60,710 casos de cáncer atendidos entre 2010-2012.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2016) desde el inicio de proyecto “Plan esperanza” en 2012 hasta septiembre de 2016 el número de pacientes atendidos han ascendido a 335, 594. Además, el MINSA (2017) publicó que desde enero a diciembre del 2016 se registraron 9805 casos de cáncer en 47 hospitales de la nación, dando a conocer que la frecuencia y la presencia de cáncer en edades tempranas es más en mujeres que en varones.

Ante esta problemática se necesita ampliar el conocimiento sobre la atención en el aspecto psicosocial del paciente oncológico para un tratamiento integral, ya que la enfermedad

supone para el paciente una ruptura de su mundo interior, provocando un sentimiento de limitación e interrupción de la realización de su proyecto personal de vida. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo desconocido donde la persona tiene que aprender a convivir con la enfermedad, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento (Fernández y Bastos, 2011).

Entre estas variables el afrontamiento al estrés juega un rol importante en los pacientes oncológicos. Lazarus y Folkman definen esta variable como los esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas generadoras de estrés que valoraba el individuo como desbordantes de sus recursos (Citado por Miaja, Romero, Ibáñez, Soriano y García, 2017).

En este contexto, el fenómeno salud-enfermedad y el apoyo social están estrechamente ligados con calidad de vida, condiciones de vida y afrontamiento (Gómez y Lagoueyte, 2012). Además, el apoyo social incide significativamente en la salud y es indispensable para afrontar la enfermedad y desarrollar el proceso de readaptación a las nuevas condiciones de vida (Cabrera, López, López E. y Arredondo, 2017).

En relación a ello Aranda y Pando (2014) entienden al apoyo social como las interrelaciones que se dan entre las personas, intercambio de conductas de cariño e interés, escucha, prestar objetos materiales, ayuda económica, cuidado, dar consejo, aceptación, satisfacción y compartir información. Para Rodríguez, Pastor y Lopez (1993) el apoyo social cuenta con una serie de variables como: la noción de proximidad emocional o intimidad, la procedencia del apoyo (familia, amigos, cuidadores, clubes, organizaciones, etc.), el tipo de apoyo, la cantidad de apoyo recibido, finalmente una variable muy importante es la percepción de apoyo por parte del sujeto.

Entonces, en el contexto oncológico, el apoyo social ayuda al paciente en la expresión de las emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la percepción de bienestar psicológico y en la selección de estrategias de afrontamiento eficientes frente a la enfermedad (Pérez, González, Mieles y Uribe, 2017; Zabalegui, Cabrera, Navarro y Cebria, 2013b).

Además, los miembros de la red social de una persona con cáncer influyen en la forma de afrontar la enfermedad y el patrón de estrategias y mecanismos de auto acción adoptados por el paciente (Downe, Butler y Coulter, 2006).

Huapaya (Comunicación personal, 20 de abril, 2018) considera que el apoyo social es uno de factores más importantes en la adaptación y recuperación del diagnóstico, además menciona que el apoyo familiar, la atención hospitalaria, la situación económica y el factor laboral son significativos. Así mismo señala que la población afectada es de pacientes entre 18 a 40 años, y que los tipos de cáncer con más prevalencias en el hospital donde labora son de estómago, linfoma y huesos. Finalmente, refiere que el paciente con cáncer es un sobreviviente que solo piensa en vivir, y mientras más apoyo reciba el paciente tendrá mayores probabilidades de sobreponerse.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general

¿Existe relación significativa entre el apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana?

2.2. Problemas específicos

- ¿Existe relación significativa entre apoyo informacional y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana

- ¿Existe relación significativa entre apoyo emocional y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre apoyo instrumental y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana?

3. Justificación

La presente investigación es relevante, toda vez que permitirá estudiar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer en un hospital de Lima Metropolitana. Además, con el estudio se podrá conocer la relación de los tipos de apoyo social y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos.

Además, siendo este uno de los países con altos índices con casos de cáncer, son escasos los estudios realizados en Perú que proponen continuar con investigaciones sobre apoyo social y afrontamiento al estrés, puesto que se encontraron que diversos factores están relacionados con el bienestar del paciente como la atención médica, la familia, el factor laboral, social, espiritual y económico, no se encontraron estudios que mencionan el nivel de influencia de tales factores.

Por otro lado, el estudio brindará información a las instituciones de salud pública, facilitará la intervención y generarán diversos puntos de investigación, programas de intervención y charlas preventivas, para mejorar las relaciones amicales y familiares del paciente en la población oncológica.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo General

Determinar si existe relación significativa entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar si existe relación significativa entre apoyo informativo y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre apoyo emocional y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre apoyo instrumental y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

En la sociedad actual se va desencadenando cada vez nuevas enfermedades incurables que afectan al ser humano. Este hecho no era el plan de Dios y se puede ver en 3 Juan 1:2 “Amado, ruego que seas prosperado en todo, así como prospera tu alma, y que tengas buena salud”, sin embargo, cuando el pecado entro al Edén, entró la mortalidad a la vida humana, mortalidad que heredaron todos los descendientes de Adán y Eva. “Por eso, así como por medio de un solo hombre el pecado entró en el mundo, y la muerte mediante el pecado, y así la muerte se extendió a todos los hombres porque todos habían pecado” (Romanos 5:12).

El pecado introdujo la muerte a la humanidad haciendo vulnerable a la enfermedad a los seres humanos. Dentro de esas enfermedades se encuentra el cáncer. Por eso es necesario cuidar el cuerpo para evitar enfermedad. Para White (1975) el cáncer, los tumores y todas las enfermedades inflamatorias son producidos mayormente por el consumo de carne, considera que la prevalencia de cáncer y tumores se debe mayormente a un sistema de vida vulgar a base de carne. Al igual que el cáncer muchas enfermedades a amenazan al ser humano con extinguir su vida ya sea por un estilo de vida inadecuado, genética u otros. Sin embargo, a pesar del pecado, Dios promete esperanza “El señor lo sostendrá en su lecho de enfermo; en su enfermedad, restaurarás su salud.” (Salmos 41:3). Dios no abandona en los momentos difíciles él menciona que enjugará toda lágrima de los ojos (Apocalipsis 7:17), pero también considera importante la interacción social con el enfermo “¿Está enfermo alguno de ustedes? Haga llamar a los ancianos de la iglesia para que oren por él y lo unjan

con aceite en el nombre del Señor. La oración de fe sanará al enfermo y el Señor lo levantará. Y si ha pecado, su pecado se le perdonará.” (Santiago 5:14-15). La Biblia aconseja siempre la unidad entre los miembros de la comunidad aún en momentos difíciles para brindar esperanza y amor “Preocupémonos los unos por los otros, a fin de estimularnos al amor y a las buenas obras. No dejemos de congregarnos, como acostumbran hacerlo algunos, sino animémonos unos a otros, y con mayor razón ahora que vemos que aquel día se acerca” (Hebreos 10:24-25). En distintos versículos de la Biblia, Cristo anuncia su pronta venida y promete un cielo nuevo y una tierra donde no habrá enfermedad, ni llanto, ni dolor. “Secará todas las lágrimas de ellos, y ya no habrá muerte, ni llanto, ni lamento, ni dolor; porque todo lo que antes existía ha dejado de existir” (Apocalipsis 21:4).

2. Antecedentes

2.1 Antecedentes internacionales

Santana, Zanin, y Maniglia (2008) realizaron un estudio para correlacionar las estrategias de afrontamiento y red y apoyo social. Participaron 22 pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados en el Hospital de Sao Paulo en Brasil. Los instrumentos utilizados fueron: la ficha de datos sociodemográficos y clínicas, cuestionario de hábitos de vida, la escala de modos de enfrentamiento de problemas (EMEP), medidas de red y apoyo social. Se encontró correlaciones entre apoyo emocional y afrontamiento enfocado en información ($r= 0.785$, $p<.01$), entre afrontamiento enfocado en el problema y la práctica religiosa ($r= 0,579$, $p< 0.05$), además se encontró que el apoyo social tiene relación positiva con la estrategia de enfrentamiento búsqueda por soporte social ($r = 0.572$, $p <0.01$).

Por otro lado, Juárez y Landero (2009) realizaron un estudio en México para describir las variables sociodemográficas y la relación de estrés, optimismo y la salud percibida. Participaron 72 mujeres con cáncer de mama de distintos hospitales del área metropolitana de Monterrey, los instrumentos utilizados fueron: La Escala de Estrés Percibido (*perceived*

stress cle, PSS), Cuestionario de Apoyo Social Funcional, y el Test de Orientación de Optimismo de Vida (*optimismo life orientation test*) y la Escala de Salud Percibida (QLQ-30.3). Los resultados evidenciaron que las mujeres con cáncer de mama manifestaron un nivel moderado de estrés y un nivel alto de apoyo social, optimismo y salud. Además, se encontró relación significativa entre estrés y apoyo social ($r = -.340, p < 0.01$), estrés y optimismo ($r = -.383, p < 0.01$), no se halló relación significativa entre apoyo social y optimismo ($r = 0.228, p > 0.05$) y salud ($r = 0.059, p > 0.05$).

Gómez y Lagoueyte (2012) ejecutaron una investigación con el objetivo de describir el apoyo social como estrategia de afrontamiento en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix. El estudio fue de tipo cualitativo llevado a cabo en el área metropolitana del Valle de Aburrá en Colombia, entre agosto de 2007 y mayo de 2009. Se entrevistó a 14 mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de cérvix, que se contactaron por intermedio de instituciones encargadas de brindar el tratamiento. Se obtuvo como resultado que el apoyo social, brindado por personal de salud, familia, vecinos y amigos, emergió como una estrategia de afrontamiento importante durante la trayectoria de la enfermedad.

Zabalegui, Cabrera, Navarro y Cebria (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional para analizar la relación entre los datos sociodemográficos y clínicos, apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer avanzado, participaron 132 pacientes los cuales tenían entre 18 y 83 años en tratamiento de quimioterapia, fueron reclutados de dos hospitales en el área metropolitana de Nueva York (Bellevue Hospital) y un hospital privado (New York University Medical Center); los instrumentos fueron: la ficha de información sociodemográfica, Cuestionario de Recursos Personales -85 (PRQ85) de Weinert y Brandt, (1987) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento para Pacientes con Cáncer (WOC-CA) elaborado por Lazarus y Folkman, en 1997. Los resultados indicaron que la percepción de la salud tiene relación positiva con el

apoyo social percibido ($r = 0.28$, $p < 0.001$), el apoyo social percibido está relacionado significativamente con la estrategia de centrarse en lo positivo ($r=0.25$, $p < 0.01$) y búsqueda de apoyo social ($r= 0.21$, $p < 0.001$). Además, la percepción de salud se relaciona positivamente con el mecanismo de distanciamiento ($r=0.36$, $p < 0.01$) de centrarse en lo positivo ($r 0.30$, $p < 0.001$). Sin embargo, se encontró que la percepción del estado de salud no está relacionado con el mecanismo de evitación cognitiva ($r 0.19$, $p < 0.05$).

Yilmaz, Bal, Beji y Arvas (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si las estrategias de afrontamiento están relacionadas con el apoyo social en mujeres con cáncer ginecológico en un hospital universitario en Estambul - Turquía, en 221 participantes. Los datos fueron recolectados a través de una ficha sociodemográficas y clínicas, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, y la Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés (SWCS) de Lazarus y Folkman. Los resultados indican que cuando hay más apoyo social percibido más aumentan el uso de estrategias para afrontar el estrés ($r= 0.264$, $p < .05$).

2.2 Antecedentes nacionales

Baca (2013) realizó un estudio con el objetivo de identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos durante el período noviembre-diciembre del 2012. Así mismo el diseño fue transversal y el tipo correlacional. Utilizaron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptado al Perú por Novella (2002); y el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007). Obtuvieron que existe correlación directa entre la resiliencia y el apoyo social percibido en los pacientes con cáncer ($r= .354$, $p < .01$)

Diaz y Yaringaño (2010) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital

Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM) en Lima. Se empleó el método descriptivo correlacional. Así mismo, la muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con edad promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Se utilizó la Escala de Clima Social Familiar – FES de Moos (1982) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004). Los resultados muestran relación significativa entre un adecuado clima social familiar y el afrontamiento positivo (Relaciones $\chi^2= 43.047$ p .045; Desarrollo $\chi^2= 57.209$ p =.014 ; Estabilidad $\chi^2= 73.093$ p=.000)

Espinoza y Ramos (2015) realizaron un estudio teniendo como objetivo relacionar la fatiga, el apoyo social y el afrontamiento en los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Seguin Escobedo (HNCSE) en Arequipa. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes oncológicos, entre 51 a 60 años. Se empleó el instrumento The Fatigue Symptom Inventory (MFSI-SF) para evaluar la fatiga relacionada al cáncer y su tratamiento, el cuestionario MOS de apoyo social, creado por Sherbourne y Stewart del grupo el MOS-SSS (The Medical Outcomes Study Social Support Survey), para medir la disponibilidad de ayuda proveniente de la red social y el apoyo de cercanos y familiares. Se empleó el Cuestionario de Afrontamiento en pacientes con cáncer, (Modelo Callista Roy versión española, adaptación Gutiérrez et al). Los resultados encontraron una relación estadística significativa entre fatiga y afrontamiento. ($\chi^2=27.46$ p<,05; $\chi^2=12,59$ p< .001) así como en apoyo social y afrontamiento ($\chi^2=28,8$ p < ,05 ; $\chi^2=12,59$ p <.001) y finalmente fatiga y apoyo social ($\chi^2=27.46$ p < ,05 ; $\chi^2= 9.48$, p <.001) mostrando que existe relación entre las variables fatiga relacionada al cáncer con el apoyo social, demostrándose que a mayor nivel de fatiga menor nivel de apoyo social.

Abanto y Sachun (2016) realizaron una investigación en Trujillo de tipo correlacional y de corte transversal con la finalidad de determinar la relación entre el funcionamiento

familiar, apoyo social y la resiliencia en el adulto oncológico. Empleando el Test de Percepción de Funcionamiento Familiar FF-SIL, Cuestionario MOS de Sherbourne y Stewart, del grupo el MOSS – SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey y Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Se contó con la participación de 80 pacientes oncológicos. El estudio encontró que la resiliencia guarda relación significativa con el funcionamiento familiar ($\chi^2=25.87$; $p < 0.05$) así como también presenta relación significativa la resiliencia con el apoyo social. ($\chi^2=19,126$; $p < 0,05$). Concluyendo que existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar con el nivel de resiliencia y el nivel de apoyo social con el nivel de resiliencia.

Luna (2016) realizó una investigación en Arequipa, con el objetivo de evaluar la correlación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur). La muestra estuvo conformada por 120 pacientes perteneciente a ambos sexos, 45 varones y 75 mujeres, entre las edades de 20 a 65 años, todos con diagnóstico de cáncer de cualquier tipo y distintos estadios. Trabajó con dos instrumentos de medición, la escala de clima familiar (FES) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). En los resultados se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos presentó correlación estadística significativa ($\chi^2=17.21$; $p < 0.05$); asimismo se observa que el 30% de los pacientes oncológicos con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

3. Marco teórico

3.1. Apoyo social

3.1.1. Definición

Aranda y Pando (2014), Ortego et al., (2010) y Vaux (1990) mencionan que el apoyo social es un proceso complejo y dinámico donde hay transacciones que se dan entre los individuos de la red como respuesta a las demandas. Es decir, se define al apoyo social como toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar a otros, que se realizan entre los individuos que componen la red social de una persona, los cuales interactúan entre sí, de la cantidad y la calidad de las relaciones se obtienen los recursos emocionales y físicos para afrontar situaciones difíciles, estos recursos son provisiones reales, expresivas y recibidas y son aportados por una comunidad, red social o amigos íntimos (Andrade y Vaitsman, 2002; Barrón y Sánchez, 2001; Castro, Campero y Hernández, 1997 y Sánchez Moreno, 2004); el cual incluye intercambios de conducta de cariño e interés, escucha, prestar objetos materiales, ayuda económica, cuidado, dar consejo, aceptación, satisfacción y compartir información, así mismo, las expresiones de comprensión, respeto, empatía, compasión y amor (Fernández, 2005; González y Restrepo, 2010; Orcasita y Uribe, 2010; Rodríguez et al., 1993).

3.1.2. Niveles de apoyo social

Gottlieb (1983) propuso tres contextos vinculados al concepto y medida del apoyo social que se corresponderían tres niveles ecológicos de análisis:

- a. *Nivel comunitario o macro: integración y participación social;* comprende sentimientos de pertenencia e integración de la comunidad en su conjunto y se presente como organización de apoyo.
- b. *Nivel medio: redes sociales;* comprende el entorno social más próximo del individuo, el resultado de la interacción y vinculación que correspondería a un apoyo dispensado

por las redes sociales a la que pertenece la persona que pueden ser el trabajo, el vecindario, etc.

- c) *Nivel micro o de relaciones íntimas: relación íntima*; proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Para Lin (1986) el vínculo de una persona con el entorno social puede representarse en tres niveles distintos, que representan tres fuentes de apoyo social: las relaciones comunitarias, las redes sociales y las relaciones íntimas (ver figura 1).

- a) *Nivel 1: sentimiento de confianza en las relaciones íntimas*: el ámbito más próximo de la persona lo constituye el conjunto de sus relaciones íntimas o de su confianza, del que deriva un sentimiento de compromiso y donde se asume una serie de normas de reciprocidad y de responsabilidad por el bienestar del otro.
- b) *Nivel 2: sentimiento de vinculación las redes sociales*: a través de las cuales se accede directamente un número relativamente amplio de otras personas. Esta tiene un grado elevado de especificidad y tienden a construirse a partir de características, como las relaciones proporciona sentimientos de vinculación, requieren de la interacción personal y de un mayor esfuerzo que la mera participación.
- c) *Nivel 3: sentimiento de pertenencia relación comunitaria*: La participación en este estrato se reflejan en el grado en que la persona se involucra en la comunidad y las organizaciones de carácter voluntario. Este tipo de vinculación refleja la integración en la comunidad de la persona y proporciona un sentimiento de pertenencia una estructura un sentido general de identidad social.

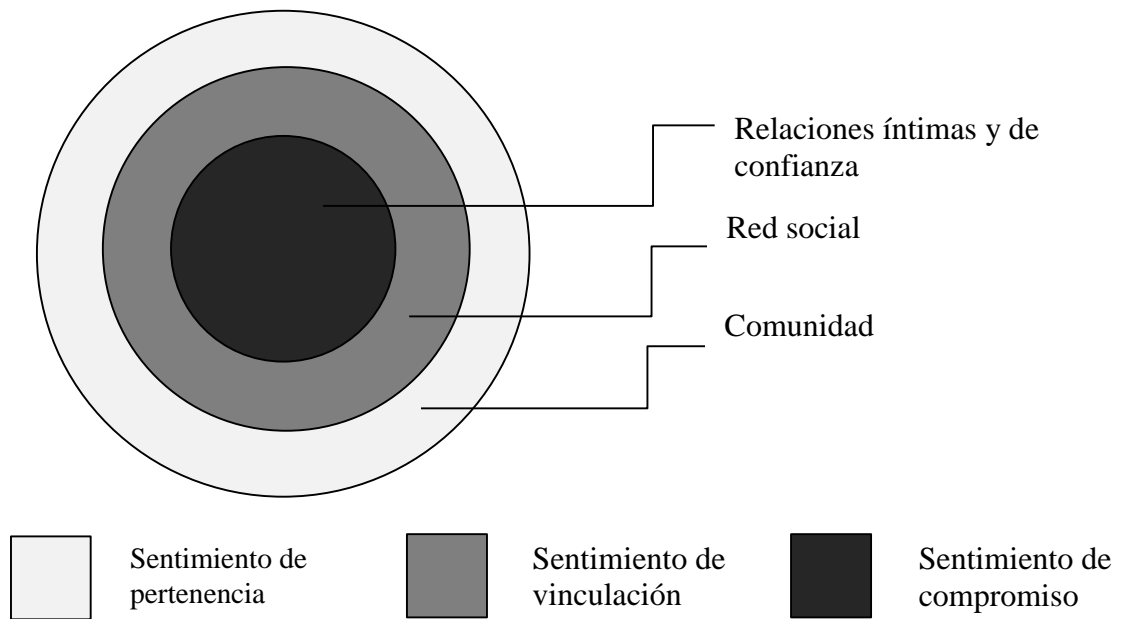


Figura 1. Niveles de análisis de las relaciones sociales adaptado por “convoys over te life course: attachment, roles, and social support” de Lin, 1986, *life-span developmentnd behavior*, 3, p. 257.

Se perciben tres fuentes de apoyo con efectos diferentes, identificarse con los procesos comunitarios puede llevar a percibir cierta afinidad con los valores, actitudes y creencias del contexto social más amplio. De ser éste el caso, la participación en diferentes procesos comunitarios (actividades culturales, asociaciones de vecinos, centros de ocio, etc.) se verá reforzada.

Estrella (1991) considera que la conceptualización de los grupos de apoyo social se compone de tres niveles cognitivo, afectivo y conductual.

- a) A nivel cognitivo: se busca brindar información sobre la enfermedad y el tratamiento para corregir los conceptos erróneos y clarificar las dudas del paciente.
- b) A nivel afectivo: que hace frente a las reacciones y sentimientos del paciente ante su enfermedad, animándoles manifestar sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y las relaciones sociales.

- c) A nivel conductual: busca ofrecer al paciente estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas, utilizando todos los recursos que puedan ser útiles como el modelo de otros pacientes que ya han pasado por la misma situación.

3.1.3. Las funciones del apoyo social

Para Riquelme (1998) en el apoyo social se distinguen dos tipos de abordaje en función de la perspectiva desde la que se la estudie.

3.1.3.1. Perspectiva estructural del apoyo social

Hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social, como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella. Dentro de las cuales se pueden señalar (Fernández, 2005):

- a) Tamaño: son el número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el individuo.
- b) Densidad: representa la interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central.
- c) Reciprocidad: es el grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.
- d) Parentesco: referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales.
- e) Homogeneidad: es la semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc.

3.1.3.2. Perspectiva funcional del apoyo social

En esta perspectiva se analizan los efectos o consecuencias que le suceden al sujeto y la conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981); Los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las

clasificaciones son: emocional, tangible o instrumental e informacional (Caplan, 1974; Sánchez, 2004).

- a) Emocional: representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona.
- b) Apoyo instrumental, tangible o material: hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa.
- c) Informacional: consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas.

Otros autores incluyeron otras funciones como el apoyo de estima, apoyo de evaluación, compañía social o la oportunidad que nos ofrecen las relaciones sociales para ser capaces de proporcionar apoyo a otros, no obstante este conjunto de funciones pueden agruparse en las dos grandes dimensiones propuestas por Lin (citado por Sánchez, 2009; Sánchez M., 2004).

- a) *Funciones instrumentales*: actos que la persona emprende para lograr unos fines o metas (trabajo, préstamo) y se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos.
- b) *Funciones expresivas*: Aquellas acciones que el individuo realiza y cuyo fin son ellas mismas; hace referencia las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas (sentirse amado, valorado, compartir sentimientos).

3.1.4. Tipos de apoyo social

Según Caplan existen tres tipos de apoyo social (citado por Sánchez, 2004).

- a) *Apoyo emocional*: se refiere al área afectiva y tiene que ver con la expresión de emociones, la importancia de compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, la necesidad de expresarse emocionalmente, la confianza y la intimidad, el afecto

positivo e intenso, el control de emociones, los sentimientos de ser querido y cuidado, de ser valorado o los elogios y expresiones de respeto

b) *Apoyo de información*: las personas que están alrededor pueden proporcionar información acerca de la naturaleza de un problema, pistas sobre su interpretación, valoración y adaptación cognitiva, indicarnos recursos relevantes para su afrontamiento y posibles vías de acción, así como feedback sobre la adecuación de las acciones de afrontamiento.

c) *Apoyó material, tangible o instrumental* se ha definido como prestación de ayuda material o servicios, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar, su efectividad se incrementa cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada

Para Rodríguez et al., (1993) el apoyo social se divide en dos tipos.

- a) *Apoyo social objetivo*, que serían los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos.
- b) *Apoyo social percibido*, que destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar.

Los tipos de apoyo o transacciones, de acuerdo con Guzmán, Huenchuán y Montes (2003) son cuatro:

- a) *Apoyos materiales*: recursos monetarios (dinero en efectivo, como aporte constante o no, remesas, regalos, otros) no monetarios (comida, ropa, pago de servicios).
- b) *Apoyos instrumentales*: transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.
- c) *Apoyos emocionales*: cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden presentarse mediante visitas periódicas, transmisión física de afecto

d) *Apoyos cognitivos*: intercambio de experiencias, transmisión de información (significado) consejos.

3.1.5. *Apoyo recibido versus apoyo percibido*

Una importante distinción en el análisis conceptual del apoyo social es la distinción entre el apoyo percibido y recibido, refiriéndose así a dos componentes de este constructo: el cognitivo y el conductual.

La definición de apoyo social propuestas por Caplan (1974) y Lin (1986) distinguen entre la dimensión objetiva y subjetiva del apoyo social; el apoyo recibido se refiere a la dimensión objetiva, es decir, la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un período de tiempo determinado. Con respecto al apoyo percibido que se refiere a la dimensión subjetiva, se distinguen dos vertientes: la cognición y la evaluación del apoyo. En el primer caso, se consideran las creencias que posee el sujeto con relación a las diversas fuentes de apoyo. El segundo se refiere a la valoración que hace el individuo de las fuentes de apoyo y del apoyo percibido en cuanto a la satisfacción y adecuación a sus necesidades.

3.1.6. *Modelos teóricos*

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

El modelo teórico de Convoy sustenta que la vida se asemeja a un viaje en tren que se comparte con personas importantes; durante ese viaje el vagón es frecuentado por distintas personas más importantes; conforme el convoy alcanza algunas estaciones las personas que nos acompañan van variando, unos suben y otros bajan, sin embargo, toda persona que comparta trayecto con nosotros no tiene la misma importancia. De esta manera las relaciones íntimas y las personas más próximas se sitúan más cerca de nuestro asiento, aquellos que poseen menor relevancia se sentarán más distantes (Antonucci, Fiori y Jackey, 2010; Antonucci, Ajrouch y Birditt, 2013; Sherman, Wan y Antonucci, 2016).

Kahn y Antonucci (1980) formularon el modelo teórico del convoy para explicar la composición de las relaciones sociales y el intercambio de apoyo a lo largo del ciclo vital. Surge a partir de la combinación entre la perspectiva sociológica, la teoría psicológica del apego de Bowlby, la perspectiva del ciclo vital y la importancia del contexto y de los roles sociales a lo largo de la vida. Según Antonucci et al. (2010) el apoyo social que se da y recibe en un momento dado depende de los roles que una persona ejerce a lo largo de su vida y en el momento presente. Respecto a la teoría del apego, se comprobó que experiencias de apego en la niñez son duraderas y tienen efectos relevantes en las relaciones sociales y el bienestar a lo largo de la vida (citado por Antonucci et al., 2013).

Recientemente, los autores plantean que el convoy proporciona una base protectora que es parte de una red social dinámica que se mueve a través del tiempo y el espacio. La estructura del convoy incluye aspectos como: el tamaño de la red social, el estado civil, la frecuencia de contacto y la participación en organizaciones y actividades sociales. La función hace referencia al intercambio de distintos tipos de apoyo (ayuda, afecto, intercambios de afirmación) entre los miembros de la red, si como la proporción de personas consideradas emocionalmente cercanas. La evaluación del convoy tiene que ver con el grado de satisfacción (positiva, negativa), con las relaciones y a la interacción negativa (Fiori, Smith y Antonucci, 2007; Sherman, Wan y Antonucci, 2016).

Respecto al modelo del convoy, Antonucci, Ajrouch y Birditt (2013) señalan a los convoyes como redes de protección de estrechos vínculos sociales que proporcionan apoyo y vínculos personales, familiares y culturales y profesionales para un individuo, donde también es relevante el nivel de calidad de relación negativa, las demandas interpersonales, los factores estresantes o incluso riesgos, además, los convoyes se mueven con el individuo a través del tiempo y el curso de la vida; por otro lado, las amplias investigaciones revelan que las características estructurales y la calidad del convoy ilustran el valor del modelo para

entender la asociación entre los vínculos sociales y los resultados críticos de salud y bienestar.

De acuerdo con el modelo (ver figura 2) la estructura del convoy se determina por las propiedades de la persona como: edad, género, personalidad, entre otros; y por las propiedades de la situación como: expectativas, roles, metas, entre otros; estos factores determinarían la necesidad de dar o recibir apoyo, también si el apoyo dado y recibido es apropiado. Todos estos aspectos tienen una consecuencia en la conducta y el bienestar del individuo, que puede ser positiva o negativa (citado por Sánchez, 2009). La estructura del convoy y la adecuación del apoyo pueden moderar la influencia de los factores situacionales y personales en el bienestar. Este modelo contempla la posibilidad de que el apoyo sea inadecuado por exceso o escases; por último, se resalta la importancia de la reciprocidad y el equilibrio en el intercambio de apoyo social como un componente evaluativo de las relaciones (Kahn y Antonucci, 1980; Antonucci et al., 2013; Sherman et al., 2016).

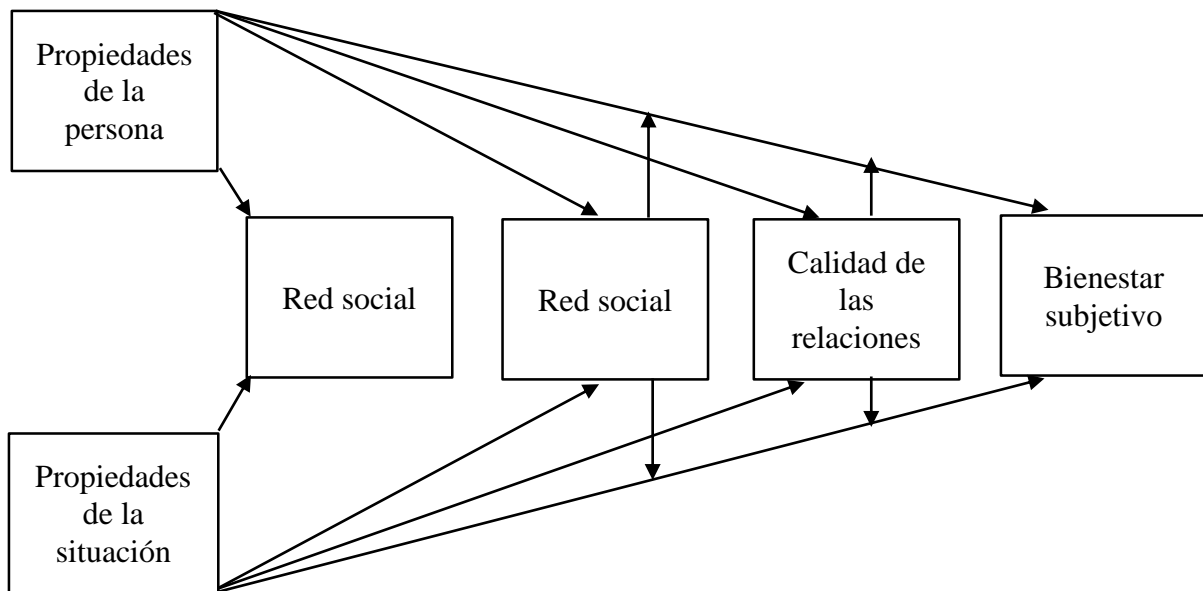


Figura 2. El modelo de Convoy ferroviario de las relaciones sociales adaptado por “The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective” de Antonucci et al., 2013; *The Gerontologist Cite journal as: The Gerontologist*, 22, p. 2. (citado por Sherman, Wan y Antonucci, 2016).

La medida de convoy consiste en colocar individuos cercanos e importantes en tres círculos concéntricos que representan tres niveles de cercanía (ver figura 3).

- a) *Nivel 1: personas conocidas:* en este círculo se encuentran las personas conocidas, que son menos cercanas, pero suponen una fuente de apoyo significativo. Esto implica que dependen de los roles que desempeña la persona y es posible que cambien cuando se producen cambios en la situación. Este círculo está conformado por vecinos, compañeros de trabajo y asociados, en este caso el intercambio depende de los factores situacionales y la mayoría veces la frecuencia de contacto es escasa.
- b) *Nivel 2: personas de confianza:* el segundo círculo está representado por aquellas personas que son de confianza, que proporcionarían una mayor cantidad de apoyo, la pertenencia dependerá en menor medida de los roles, en este grupo se encuentran familiares, amigos y vecinos.
- c) *Nivel 3: personas íntimas:* en este círculo se encuentran las personas íntimas, con las que el intercambio de cantidad de apoyo es significativo, están conformados por aquellos con quien se ha creado un vínculo de apego y que acompañan a lo largo de la vida. En él se encuentran los hijos, la pareja, los miembros de familia más cercanos y los mejores amigos. Las relaciones son más estables y la pérdida conlleva a una crisis en los miembros.

Las relaciones sociales a lo largo de la vida pueden tener consecuencias positivas o negativas en el bienestar de la persona, la existencia y el tamaño del círculo de personas íntimas serán más significativos, este enfoque plantea que las relaciones íntimas serán importantes para mantener el bienestar con las personas de confianza y los conocidos, las relaciones con los miembros más cercanos de convoy funcionarían como una red psicológica de soporte y amortiguador ante los cambios y el bienestar (Antonucci et al., 2010).

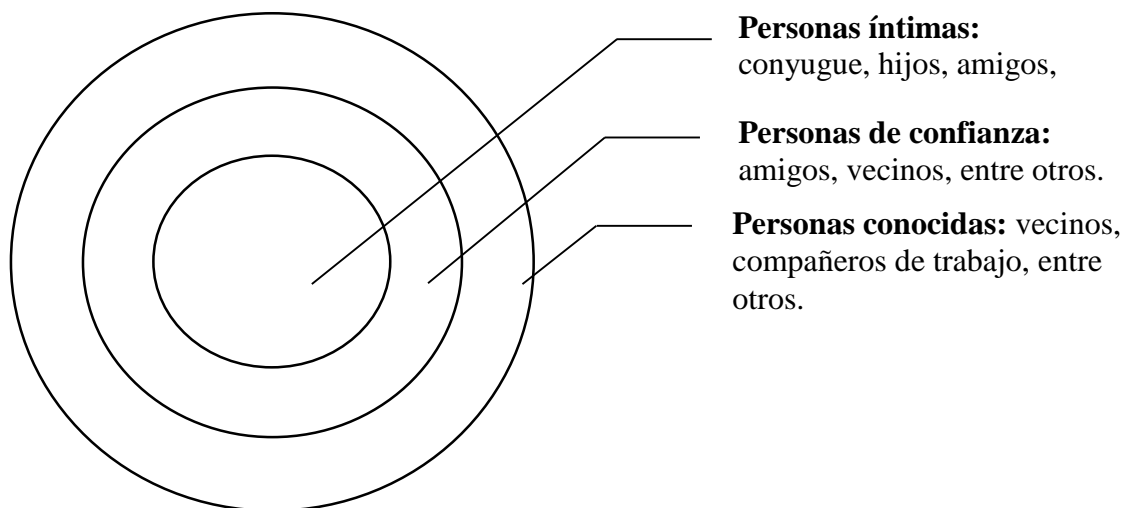


Figura 3: Niveles del apoyo social adaptado por “Convoys of Social Relations: Integrating Life-Span and Life-Course Perspectives” de Antonucci, Fiori y Jackey, 2010, *The Handbook of Life-Span Development*. p. 434.

3.2. Afrontamiento al estrés

3.2.1 Definición

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento al estrés como los esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas generadoras de estrés que valoraba el individuo como desbordantes de sus recursos.

Así mismo Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz (2003) mencionan que el afrontamiento puede definirse como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante. Actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad.

Así mismo las estrategias de afrontamiento que utilice un sujeto son importantes, ya que si son efectivas para lograr que éste resuelva los problemas y logren reducir o eliminar el malestar emocional que la situación conlleva, podrán contribuir a lograr una mejor

adaptación o mejor ajuste; y al contrario, cuando las estrategias no resuelven el problema, interfieren o impiden la adaptación o el ajuste del sujeto a su situación (González, 2015).

3.2.2 Formas de afrontamiento al estrés

Según Folkman et al., (1986) establecen mediante análisis factorial, ocho formas habituales de afrontar las situaciones de estrés.

- a) *Confrontamiento*: Constituyen actuaciones y los esfuerzos directos de un sujeto para modificar o alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
- b) *Planificación*: Esfuerzos dirigidos a cambiar la situación, acercándose e forma analítica a la solución del problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
- c) *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos para apartarse o alejarse del problema tratar de olvidarlo, y de que este lo afecte, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.
- d) *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo. Indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- e) *Búsqueda de apoyo social*: Esfuerzos y acciones que el individuo realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, buscando apoyo, asesoramiento, información o comprensión, asistencia, apoyo moral, consejos e información.
- f) *Aceptación de la responsabilidad*: Indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. El sujeto no solo reconoce el problema, sino que se hace cargo e intenta solucionarlo.

g) *Huida –Evitación*: Implica los esfuerzos que realiza el individuo por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte, realizando conductas dirigidas a evadir la situación como dormir, comer, beber, etc.

h) *Revaluación positiva*: Esfuerzos para buscar posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas (Alcoser, 2012).

3.2.3 Teoría de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman

La teoría identifica dos procesos, evaluación cognitiva y hacer frente como mediadores críticos del ambiente estresante de la persona las relaciones y sus resultados inmediatos y de largo alcance (Folkman et al., 1986).

Según Lazarus y Folkman (1984) en las perspectivas que consideran al estrés como interacción, el énfasis se pone en los factores psicológicos subjetivos (cognitivos que median entre los agentes estresantes (estímulos) y las respuestas fisiológicas de estrés. En ese sentido, el estrés es un estado mental interno de tensión o activación. Son los procesos interpretativos, emocional, defensivo y de afrontamiento que acontecen en el interior de la persona.

La evaluación cognitiva es un proceso a través del cual la persona evalúa si un encuentro particular con el medio ambiente es relevante para su bienestar y de qué manera.

La evaluación primaria es irrelevante, cuando el encuentro con el entorno no conlleva complicaciones para el individuo y este no siente interés por las posibles consecuencias, ya que el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la transformación. Es benigno-positivo, si tienen lugar las consecuencias del encuentro que

se valoran como positivas, si preservan o logran el bienestar, o parecen ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad. Y es estresante, si se incluyen aquellos que significan daño / pérdida, amenaza, desafío (Lazarus y Folkman, 1984). En la evaluación primaria, la persona evalúa si él o ella tiene cualquier cosa en juego en este encuentro. Por ejemplo, ¿Hay potencial daño o beneficio con respecto a los compromisos, valores o metas? ¿Está en riesgo la salud o el bienestar de un ser querido? ¿Hay potencial daño o beneficio a la autoestima? (Folkman et al., 1986).

La evaluación secundaria hace referencia a que cuando se está en peligro, bajo amenaza o bajo desafío, es preciso actuar sobre la situación; en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar qué pueda hacerse. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que puede hacerse algo y de lo que está en juego. Este no es solo un ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera (Lazarus y Folkman, 1984)

En la evaluación secundaria, la persona evalúa qué pasa si se puede hacer algo para superar o prevenir dañar o mejorar las perspectivas de beneficio. Varios afrontamientos se evalúan las opciones, como alterar la situación, aceptar buscando más información, o evitando actuar impulsivamente y de una manera contraproducente. (Folkman et al., 1986). Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento, y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad o contenido de la respuesta emocional. Tanto la evaluación primaria como secundaria convergen para determinar si la persona, ambiente y la transacción se considera importante

para el bienestar, y si es así, si es principalmente amenazante es decir que contiene la posibilidad de daño o pérdida, o desafiante, teniendo la posibilidad de dominio o beneficio (Folkman et al., 1986).

Finalmente, la Reevaluación, hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial sobre la base de la nueva información recibida del entorno, la cual puede bien eliminar la tensión del individuo o bien aumentarla, y/o basándose en la información que se desprende de las propias reacciones de éste. Una reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla. Esencialmente, ambos procesos no difieren entre sí.

3.2.3.1 Funciones básicas de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984) dividen estas estrategias en dos grandes grupos:

- a) *Afrontamiento centrado en el problema*: Tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales. Estas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como ellas generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación (Folkman et al., 1986). A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. El Afrontamiento Activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El Afrontamiento Demorado se considera como una respuesta

necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (citado por Di-Colloredo, Aparicio, y Moreno, 2007).

- b) *Afrontamiento centrado en la emoción*: tiene como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. Esto se puede conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno. De tal manera que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Estas estrategias centradas en la emoción incluyen varias categorías: el apoyo social emocional, el apoyo en la religión, la reinterpretación positiva, la concentración y desahogo de las emociones, la liberación cognitiva, la negación, la liberación hacia las drogas. (Di-Colloredo et al., 2007).

Es necesario considerar las situaciones específicas en la que se produce cada estrategia, ya que de esa forma se puede conocer mejor el modo individual de afrontamiento. Las estrategias centradas en el problema se corresponden con resultados más positivos para afrontar el estrés, mientras que las centradas en la emoción parecen relacionarse más con la inadaptación, asociándose con la ansiedad o la depresión. La confrontación y el distanciamiento parecen llevar a los peores resultados (Alcoser, 2012).

3.3. El cáncer

3.3.1. Definición

Según la OMS (2018) el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Así mismo, Chacon (2009) refiere que el cáncer es una enfermedad promovida por la transformación de células normales en células incapaces de controlar su crecimiento, provocada por complejos cambios en el material genético llamados mutaciones. La forma de almacenar la información de las células es a través de las cadenas de ADN, sitio crítico de la génesis tumoral, así como blanco específico de las drogas oncológicas.

El proceso por el cual se produce el cáncer (Carcinogénesis) es causado por anomalías en el material genético de las células. Estas anomalías pueden ser ocasionadas por: agentes carcinógenos, como las irradiaciones (ionizantes o ultravioleta), por algunos productos químicos como el humo del tabaco y el humo de leña, de la contaminación ambiental en general, por agentes infecciosos como el virus del papiloma humano y el de la hepatitis B, por anomalías genéticas adquiridas durante la replicación del ADN, entre otros. (Garza y Juárez, 2014).

3.3.2. Epidemiología de enfermedades oncológicas

Según Chacon (2009) el cáncer es una enfermedad muy frecuente en el ser humano. Si bien el término “cáncer” es muy connotativo, existen diversos subtipos tumorales con tratamientos y pronósticos diametralmente opuestos. Una de cada 2 personas desarrollará un tumor a lo largo de su vida, teniendo en cuenta que, si el diagnóstico y tratamiento es el apropiado, más del 50% de los afectados accederán a la curación. Curarse implica que la enfermedad no recurrirá durante la vida del paciente.

Considerando los datos de vigilancia y epidemiología de los Estados Unidos, el riesgo en el hombre de desarrollar cáncer de próstata es 1 en 6, pulmón 1 en 13, colon 1 en 17, vejiga 1 en 29, melanoma 1 en 57, leucemia 1 en 69, riñón 1 en 72 y gástrico 1 en 79 en la mujer el riesgo mayor es el de desarrollar cáncer de mama (1 en 8). La incidencia del cáncer es creciente en las últimas décadas, con múltiples observaciones que justificarían dicho incremento, desde el marcado crecimiento demográfico, la mayor disponibilidad de técnicas diagnósticas hasta la extensión en la expectativa de vida de por lo menos 10 años en pacientes desarrollados en las últimas décadas. Pero también aparecen áreas oscuras que no encuentran justificativos en dicho aumento, ejemplificando el notorio incremento de cáncer de mama en mujeres jóvenes (Chacon, 2009).

3.3.3 Enfermedades oncológicas

3.3.3.1 Cáncer de mama

Es el Cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan la leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen la leche). Puede darse tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco común (Bouche, Jezdic, & Kornek, 2013).

3.3.3.2 Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino se desarrolla cuando las células normales del cuello del útero comienzan a cambiar y crecen descontroladamente. La mayoría de los cánceres del cuello del útero son carcinomas de células escamosas; se llaman así por el tipo de células donde se ha originado. El cáncer de cuello uterino ocurre más frecuentemente en mujeres entre 40 y 55 años de edad. A esta edad, muchas de las mujeres afectadas tienen familia y compromisos laborales, por lo que su impacto en la sociedad no es desdeñable

3.3.3.3 Cáncer de colon y recto

El cáncer colorrectal (CCR) corresponde a todos aquellos tumores ubicados en el intestino grueso, pudiendo estos tumores localizarse por lo tanto desde la valva ileocecal hasta el recto (Tapia, Roa, Manterola y Bellolio, 2010).

3.3.3.4 Cáncer de Ovario

El cáncer ovárico se origina en los ovarios. Los ovarios son glándulas reproductoras encontradas sólo en las mujeres que producen los óvulos para la reproducción. Los óvulos viajan a través de las trompas de Falopio hacia el útero donde el óvulo fertilizado se implanta y se desarrolla en un feto. Además, los ovarios son la fuente principal de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona. Un ovario está en cada lado del útero en la pelvis (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2014).

3.3.3.5 Cáncer de cuello uterino

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.

3.3.3.6 El cáncer pulmonar

El cáncer de pulmón generalmente se forma en el tejido de las células que recubren los conductos de aire en los pulmones. Los dos tipos principales son el cáncer pulmonar de células pequeñas (normalmente presente en los fumadores de cigarrillos) y el cáncer pulmonar de células no pequeñas, que tiende a crecer más lentamente y tarda más tiempo en extenderse más allá de los pulmones

3.3.3.7 Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es un tumor maligno que empieza a crecer en la glándula prostática. Más de 65% de todos los cánceres de próstata se diagnostican en los hombres de más de 65. La información relacionada con los familiares en primer grado (como el padre) han demostrado un aumento general en el riesgo de sufrir cáncer de próstata de 2 a 11 veces en los hombres que tienen historial de esta enfermedad en su familia. Muchos investigadores consideran que esto se debe a factores genéticos. La tasa de mortalidad para el cáncer de próstata es más de dos veces mayor en los hombres afroamericanos que en los hombres caucásicos. Debido a este riesgo adicional, la Sociedad Americana del Cáncer recomienda que, a partir de los 45 años.

3.3.4. Estadios del cáncer

En cuanto al pronóstico y tratamiento en el cáncer son distintos procesos, depende de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

Para establecer el estadio de los tumores existen varios sistemas, pero en general contemplan lo siguiente:

- Localización del tumor primario
- La medida y el número de tumores
- Los ganglios que están afectados
- El tipo de célula tumoral (si se asemeja mucho o poco al tejido normal donde se ha desarrollado)
- Presencia o ausencia de diseminación a distancia o metástasis a otras partes del cuerpo

En general, el estadio se define de la siguiente manera:

- Estadio 0: Carcinoma in situ (tumor inicial que está presente sólo a nivel de la capa celular donde se ha iniciado).

- Estadio I, estadio II, y estadio III: Cuando más elevado es, más extensión hay de la medida del tumor, extensión regional a ganglios o órganos cercanos al tumor primario.
- Estadio IV: Cuando el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

3.3.4.1. Escala de estadiaje del cáncer- TNM

El sistema TNM es uno de los sistemas más utilizado para describir el tipo de tumor y el grado de extensión. Hay tumores específicos que utilizan sistemas propios. El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM:

La letra T, (Indica la medida o extensión del tumor) seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.

La letra N, (Indica si la extensión afecta los ganglios cercanos o regionales) seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

La letra M, (Indica si hay diseminación a distancia o metástasis) seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

A cada una de las letras se añade un número para indicar la medida, extensión y si hay metástasis.

Tumor primario:

- Tx.: Es el tumor primario que no se puede evaluar
- T0.: No hay evidencia de tumor primario
- Tis.: es un tumor in situ, es un tumor inicial que no afecta ni a los tejidos cercanos ni se ha diseminado
- T1, T2, T3 y T4.: Indica la medida y/o extensión del tumor

Ganglios cercanos o regionales:

- Nx.: No se puede evaluar la afectación de ganglios regionales
- N0.: No hay afectación de los ganglios regionales
- N1, N2 y N3.: Afectación de los ganglios regionales (número y/o extensión de la diseminación)

Diseminación a distancia o metástasis:

- Mx. Metástasis a distancia que no se puede evaluar
- M0. No hay metástasis
- M1. Hay metástasis

3.3.5 Tratamiento de enfermedades oncológicas

Hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer. Algunas personas con cáncer solo reciben un tipo de tratamiento. Sin embargo, la mayoría reciben una combinación de tratamientos como cirugía con quimioterapia o con radioterapia. El Instituto Nacional Del Cáncer NIH (2017), define los principales tipos de tratamiento del cáncer son:

3.3.5.1 Cirugía:

La cirugía es un procedimiento en el que el cirujano extrae cáncer del cuerpo.

3.3.5.2 Quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas.

3.3.5.3 Inmunoterapia:

La inmunoterapia es un tipo de tratamiento del cáncer que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer.

3.3.5.4 Medicina de precisión y terapia dirigida:

Información sobre la función que desempeñan las terapias dirigidas en la medicina de precisión. Explica cómo las terapias dirigidas actúan contra el cáncer, quién recibe estas

terapias, los efectos secundarios más comunes y lo que se debe esperar al recibir este tipo de tratamientos.

3.3.5.5 Terapia hormonal:

La terapia hormonal es un tratamiento del cáncer que hace lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer.

3.3.5.6 Trasplante de células madre

Los trasplantes de células madre restauran las células madre que forman la sangre después de tratamientos del cáncer con dosis elevadas, como la quimioterapia y la radioterapia.

3.3.5.7 Medicina de precisión en el tratamiento del cáncer

Información sobre el papel que tiene la medicina de precisión en el tratamiento del cáncer. Incluye cómo se identifican los cambios genéticos en el cáncer de una persona y pueden usarse para seleccionar tratamientos con más probabilidad de ayudarlo.

3.3.5.8 Radioterapia:

Es un tratamiento exclusivamente local o loco-regional cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor, es decir, trata el cáncer en su lugar de origen y su objetivo varía en función de cuándo se administra (Ríos, 2011).

4. Definición de términos

4.1 Psicooncología

Es una especialidad de la psicología, ofrece soporte a los pacientes afectados de cáncer, a los familiares y profesionales de la salud, ayudado a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad. Además, se dedica a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer (Díaz y Jerez, 2013).

4.2 Oncología

La oncología es una rama de la medicina que se especializa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de tumores. Se interesa en cualquier tipo de tumor cancerígeno, ya sea sólido o

no, localizado o diseminado. El objetivo principal de la oncología es comprender mejor las posibles causas del desarrollo del cáncer en el paciente y monitorear el proceso de desarrollo con el fin de poder prevenirlo y curarlo con la mejor eficacia en el futuro (Cáceres, Ruiz, Germà y Busques, 2007).

4.3 Redes sociales

Las redes sociales son estructuras constituidas por cada individuo que interactúan a través de relaciones basadas en el intercambio recíproco de apoyo emocional y material por medio del cual se ofrece apoyo social (Ávila, 2009).

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana

5.2 Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre apoyo informacional y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre apoyo emocional y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana
- Existe relación significativa entre apoyo instrumental y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El diseño del estudio fue no experimental, ya que no se manipularon de manera intencional las variables. De alcance correlacional, pues se pretendió determinar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés; de corte transversal, ya que los datos son recolectados en un solo momento (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

2. Variables de la investigación

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Apoyo social*

Kahn y Antonucci (1980) definieron el apoyo social como “las transacciones interpersonales que incluyen la expresión de afecto positivo, la afirmación de los valores y creencias de las personas y/o la provisión de ayuda y asistencia” (p. 253).

2.1.2. *Afrontamiento al estrés*

Son los esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas generadoras de estrés que valoraba el individuo como desbordantes de sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984).

2.2 Operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable apoyo social

Variable	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Categoría de respuesta
Apoyo social	Apoyo informacional	3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 19.	Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)	Tipo de escala Likert
	Apoyo emocional	6, 10, 11, 12, 15, 20.		0= nunca 1=casi nunca 2= A veces 3=casi siempre 4=siempre
	Apoyo instrumental	2, 5, 7, 18.		

Tabla 2

Operacionalización de la variable afrontamiento al estrés

Variable	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Afrontamiento al estrés	Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)	1,2,13,16,17 21,24,31,39	Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO)	Tipo de escala Likert en 0= nunca 1= a veces 2= muchas veces 3= siempre
	Autocontrol y Control Emocional(ACE)	3,7,12,19,25, 28,40		
	Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	5,10,15,33		
	Ansiedad y Preocupación Ansiosa(APA)	4,6,14,22,26, 32		
	Pasividad y Resignación Pasiva(PRP)	11,23,34,35,37		
	Huida y Distanciamiento (HD)	8,9,18,29,30,338		
	Negación (N)	20,27,36		

3. Delimitación geográfica y temporal

La población de estudio comprende a los pacientes con diagnóstico de cáncer hospitalizados en el servicio de oncología en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), ubicado en la Avenida Miguel Grau N° 800 -La Victoria en Lima. Durante el periodo de mayo del 2018 a marzo del 2019.

4. Participantes

4.1. Características de la muestra

La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico tipo intencional, ya que se consideraron criterios de inclusión y exclusión, conformada por 99 pacientes de ambos sexos entre las edades de 18 a 70 años, hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen –EsSalud; además, las entrevistas fueron realizadas en cama durante el periodo de hospitalización de cada paciente.

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los participantes

	N	%
Sexo		
Masculino	56	56.6%
Femenino	43	43.4%
Edad		
11 a 20 años	4	4%
21 a 40 años	30	30.3%
41 a 65 años	57	57.6%
66 a más	8	8.1%
Estado Civil		
Soltero	26	26,3%
Casada	51	51.5%
Conviviente	15	15.2%
Divorciado	2	2.0%
Viudo	3	3.0%
Separado	2	2.0%
Religión		
Católico	73	73.7%
Evangélico	17	17.2%
Agnóstico	2	2.0%
Otros	7	7.1%
Instrucción		
Primaria	18	18.2%
Secundaria	35	35,4%
Superior	46	46,5%

En la tabla 1 se aprecia que la mayoría de los participantes pertenecen al sexo masculino (56.6%), se encuentran en un rango de edad de entre 41 a 65 años (57.6%) y en su mayoría

se son casados (51.5%). Así mismo, profesan la religión católica (73.7%) y cuentan con el grado de educación superior (46.5%).

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión

- Paciente de ambos sexos de 18 a 70 años.
- Paciente con diagnóstico de cáncer
- Paciente hospitalizada en el servicio de oncología
- Paciente que deseen participar voluntariamente
- Paciente que se encuentren orientadas en tiempo, espacio y persona

4.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no respondieron todos los ítems.
- Pacientes que no tuvieron una actitud positiva en la encuesta
- Pacientes que no llenaron la ficha de datos sociodemográficos

5. Instrumentos

5.1. Cuestionario de MOS de apoyo social percibido

EL Cuestionario de MOS de apoyo social percibido, fue desarrollo por Sherbourne y Stewart (1991) y adaptado por Baca (2016) en Perú. Es un cuestionario administrable de 20 ítems, conformado por dos áreas: apoyo social estructural (ítems 1: pregunta abierta) y apoyo social funcional (19 ítems de respuestas de tipo Likert), está dirigido a personas mayores de 18 años.

Se realizó la validación con una muestra de 100, se consideró apropiado el uso del análisis exploratorio, la medida de adecuación de muestreo KMO fue de .887 de nivel moderado, con lo cual se considera la factorización como apropiada; el test de esfericidad de Bartlett tuvo un valor Chicuadrado muy significativo ($p < .01$); así mismo, se aplicó la extracción de factores con el método de componentes principales, encontrándose que el modelo de tres

factores explicó 54.240% de la varianza total. Para la interpretación de los factores se utilizó la rotación promax de tipo oblicua, hallándose en la estructura factorial que: apoyo informacional (F1) con 9 ítems, apoyo afectivo (F2) con 6 ítems, y apoyo instrumental (F3) con 4 ítems, las saturaciones. Una vez determinados los tres factores, se analizó la confiabilidad por consistencia interna, donde se encontraron niveles adecuados de fiabilidad, en apoyo instrumental (.708), en apoyo afectivo (.871) y en apoyo informacional (.908) de consistencia interna entre los ítems y el test total.

Además, para este estudio se evaluó las propiedades psicométricas del cuestionario, donde presentan adecuados niveles de fiabilidad y validez de constructo (ver anexo 1).

5.2. Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO)

Para la siguiente variable se utilizó el cuestionario de afrontamiento al estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) elaborado por González (2015) el cual está compuesto por 40 ítems distribuidos en siete sub dimensiones: enfrentamiento lucha activa (ELA), autocontrol y de control emocional (ACE), búsqueda de apoyo social (BAS), ansiedad y preocupación ansiosa (APA), pasividad y resignación pasiva (PRP), huida y distanciamiento (HD) y negación (N). Empleando como categoría de respuesta la escala Likert de 0-4

En cuanto a la confiabilidad, se estableció mediante los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), obteniéndose en todas las escalas índices superiores a 0.80 excepto en la escala N donde la escala se acerca a ese valor. Por otro lado, la validez de constructo se realizó mediante el análisis factoriales exploratorios (componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser) y se determinó 7 factores o dimensiones en el CAEPO. Los valores de las saturaciones factoriales se sitúan entre 0.64 y 0.87, por lo que son muy satisfactorios y permiten afirmar la estructura factorial del cuestionario CAEPO y la validez de las escalas.

Las propiedades psicométricas fueron corroboradas en el estudio Díaz y Yaringaño (2010) donde presentó adecuados niveles de validez y fiabilidad.

En cuanto a la fiabilidad se calculó mediante los coeficientes de consistencia interna de las escalas Alfa de Cronbach (α); presentando coeficientes de consistencia que van desde 0,427 hasta 0,683.

Para la validez del cuestionario se llevó a cabo la validez discriminativa para lo cual se exploró las correlaciones entre las diferentes escalas y los modos de afrontamiento. De esta manera se encontraron las siguientes subescalas: enfrentamiento y lucha activa (ELA), Autocontrol y Control Emocional (ACE), Búsqueda y Apoyo Social (BAS), correlacionan de manera directa y significativa con el modo de Afrontamiento Positivo al Estrés y en el caso de las escalas Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA), Pasividad y Resignación Pasiva (PRP) Huida y Distanciamiento (HD) y Negación (N), se observa que correlacionan de manera directa y significativa con el modo de Afrontamiento Negativo al Estrés, resultados que coinciden con la propuesta del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO).

Además, para este estudio se evaluó las propiedades psicométricas del cuestionario, donde presenta adecuados niveles de fiabilidad y validez de constructo (ver anexo 2).

6. Proceso de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen ubicado en Lima Metropolitana. Se solicitó un permiso del hospital para iniciar la aplicación de entrevistas individuales de 30 minutos aproximadamente durante los meses de mayo a diciembre del 2018. Posteriormente se pasó a la depuración de pruebas inválidas de acuerdo a los criterios establecidos.

7. Procesamiento y análisis de datos

Primero, se efectuó el análisis estadístico en el *software* estadístico SPSS 22., se ingresaron los datos obtenidos para realizar la limpieza de datos y la recodificación; segundo, se efectuaron las tablas de frecuencia y para identificar si existe relación entre las variables se elaboraron las tablas de asociación con el estadístico chi cuadrado; tercero, se realizó el análisis de correspondencia por gráficos para analizar la relación entre los niveles de apoyo social y los niveles de afrontamiento al estrés.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1 Niveles de apoyo social

En la tabla 4 se aprecia que si bien la mayoría de los pacientes oncológicos presentan un nivel de apoyo social moderado (51.5%), existe un grupo importante que evidencia un nivel de apoyo social alto (23.2%); es decir estos jóvenes y adultos perciben que su entorno les muestra cariño, interés, respeto, empatía y apoyo, de manera similar se aprecia en apoyo informacional y emocional. Sin embargo, en la dimensión de apoyo instrumental se encontró que el 26.3% de los pacientes manifiesta haber recibido escasa ayuda económica y de recursos.

Tabla 4

Niveles de apoyo social y sus dimensiones en pacientes oncológicos hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.

	Alto		Moderado		Bajo	
	N	%	n	%	n	%
Apoyo Social	23	23.2%	51	51.5%	25	25.3%
Apoyo Informacional	23	23.2%	51	51.5%	25	25.3%
Apoyo Emocional	21	21.2%	53	53.5%	25	25.3%
Apoyo Instrumental	39	39.4%	34	34.3%	26	26.3%

1.1.2 Nivel de apoyo social según datos sociodemográficos

a. Nivel de apoyo social según sexo.

La tabla 5 evidencia que hay más varones que perciben niveles moderados de apoyo social (53.6%) que las mujeres social; el apoyo social con niveles bajos predominaron más

en mujeres (27.9 %) que varones (23.2%); sin embargo, existe un porcentaje menor en varones de 23.2% y mujeres de 23.3% que percibieron un nivel alto de apoyo social, evidenciando que existe un grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer perciben mayor muestra de apoyo de su entorno. Por otro lado, se observa que existe un porcentaje mayoritario de 58.9% de varones que percibieron mayor apoyo emocional en relación a las mujeres, sin embargo el grupo de mujeres evidenció mayor apoyo informacional con un 51.2% y mayor apoyo de recursos económicos con un 42.2%; lo cual indica que la mayoría de las mujeres consideran haber recibido mayor apoyo de información, consejería y orientación frente a sus dudas y preocupación por el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer que padecen, además, del apoyo económico y material, a diferencia de los varones quienes en mayoría consideraron haber recibido mayor apoyo afectivo y emocional.

Tabla 5

Niveles de apoyo social según sexo de los pacientes oncológicos hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana.

	Apoyo social		Apoyo informacional		Apoyo emocional		Apoyo Instrumental	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Masculino								
Alto	13	23.2%	13	23.2%	11	19.6%	20	35.7%
Moderado	30	53.6%	29	51.8%	33	58.9%	22	39.3%
Bajo	13	23.2%	14	25.0%	12	21.4%	14	25.0%
Femenino								
Alto	10	23.3%	10	23.3%	10	23.3%	19	44.2%
Moderado	21	48.8%	22	51.2%	20	46.5%	12	27.9%
Bajo	12	27.9%	11	25.6%	13	30.2%	12	27.9%

b. nivel de apoyo social según edades.

Los resultados de la tabla 6 demuestran que el grupo minoritario de pacientes hospitalizados en el servicio de oncología son adolescentes de 11 a 20 años, donde el 75% percibieron apoyo social a nivel moderado, considerando haber recibido mayor apoyo de información (75%) y emocional (75%); esto se explica por ser dependientes de sus padres y recibir recursos económicos, la percepción del apoyo instrumental (50%) es más baja. Los

pacientes de 21 a 40 años percibieron un nivel alto de apoyo social (26.7%), moderado (50.0%) y un grupo menor en el nivel bajo (23.3%), considerando que reciben mayor apoyo instrumental/material que apoyo de información y emocional. El grupo mayoritario de pacientes oncológicos hospitalizados son adultos que oscilan entre 41 a 65 años de edad, de los cuales una mayoría (52.6%) percibió un nivel moderado de apoyo social y un grupo menor un nivel bajo (22.8%); por último, los adultos mayores sorprendió con un 50% que percibieron bajos niveles de apoyo social lo que significa que los adultos mayores buscan mayor apoyo de información, afectivo/emocional e instrumentales; estos resultados demuestran que la percepción del apoyo social y sus dimensiones varía de acuerdo a las necesidades que cada atapa demanda.

Tabla 6

Niveles de apoyo social en pacientes hospitalizados del servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana según edades

	Apoyo Social		Apoyo informacional		Apoyo emocional		Apoyo Instrumental	
	n	%	n	%	n	%	n	%
11 a 20 años								
Alto	0	0.0%	0	0.0%	0	0%	1	25.0%
Moderado	3	75.0%	3	75.0%	3	75.0%	2	50.0%
Bajo	1	25.0%	1	25.0%	1	25.0%	1	25.0%
21 a 40 años								
Alto	8	26.7%	6	20.0%	5	16.7%	11	36.7%
Moderado	15	50.0%	15	50.0%	17	56.7%	12	40.0%
Bajo	7	23.3%	9	30.0%	8	26.7%	7	23.0%
41 a 65 años								
Alto	14	24.6%	16	28.1%	15	26.3%	26	45.6%
Moderado	30	52.6%	29	50.9%	30	52.6%	17	29.8%
Bajo	13	22.8%	16	21.1%	12	21,1%	14	24.6%
66 a más años								
Alto	1	12.5%	1	12.5%	1	12.5%	1	12.5%
Moderado	3	37.5%	4	50.0%	3	37.5%	3	37.5%
Bajo	4	50.0%	3	37.5%	4	50.0%	4	50.0%

1.1.2 Niveles de afrontamiento al estrés

En la tabla 7 se aprecia que la mayoría de pacientes con cáncer presentan un afrontamiento positivo (46.5%) lo que significa que los pacientes oncológicos a nivel cognitivo conductual adoptan un papel activo y colaborador de lucha contra la enfermedad; por otro lado, se observa que el 32,5% de estos pacientes tienen un afrontamiento no definido demostrando que sus recursos son positivos y negativos; por último, un grupo no menos importante (21.2%) recurre a estrategias negativas, es decir, que tienden a negar la realidad, padecen de alta sintomatología de ansiedad, se resignan y tienen una visión pesimista frente a la enfermedad generando mayor desequilibrio emocional y reduciendo las posibilidades de una recuperación frente al cáncer.

Tabla 7

Niveles de afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados del servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana.

	Afrontamiento al estrés	
	n	%
Afrontamiento negativo	21	21,2%
Afrontamiento no definido	32	32,3%
Afrontamiento positivo	46	46,5%

1.1.3 Nivel de afrontamiento al estrés según datos sociodemográficos

a. Nivel de afrontamiento al estrés según sexo

Como se aprecia en los resultados de la tabla 8, el 21.4% de los pacientes varones evidenciaron tener un afrontamiento negativo similar al grupo del 20.9% de las mujeres, aunque hay mayor muestra masculina con cáncer, las mujeres son las que más recurren a estrategias positivas para hacer frente a su diagnóstico (48.7%); se demostró que un gran número de pacientes varones y mujeres tienen un afrontamiento no definido es decir recurren a mecanismos de defensa positivos y negativos que interfiere, obstaculiza y lentifica la recuperación.

Tabla 8

Niveles de afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados del servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana según sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
Afrontamiento negativo	12	21.4%	9	20,9%
Afrontamiento no definido	19	33.9%	13	30,2%
Afrontamiento positivo	25	44.6%	21	48.7%

b. Nivel de afrontamiento según edades

Los resultados obtenidos en la tabla 9 indicaron que los adolescente de 11 a 20 años de edad enfrentan el cáncer con más recursos positivos (75%) demostrando que se aferran más a la vida con lucha, optimismo y búsqueda de apoyo social para alcanzar sueños, proyectos y metas; el 36.7% de los adultos jóvenes de 21 a 40 años tienen un afrontamiento no definido, puesto que en esta etapa las personas forman un hogar, empiezan una carrera laboral, emprenden negocios y entre otros proyectos que luego del diagnóstico se ven truncados, generando conflictos entre sus recursos positivos y negativos; sin embargo, el 50% de este grupo manifestó hacer frente a la enfermedad con recursos positivos, encontrando motivación y fortaleza en medio del desequilibrio. En el caso de los adultos de 41 a 65 años de edad se aprecia que el 24.6% de pacientes tienen un afrontamiento negativo evidenciando que tienen mayor padecimiento de ansiedad, preocupación excesiva por la enfermedad, resignación y distanciamiento de su familia. Por último, los adultos mayores de 66 a más años de edad confrontan el cáncer con recursos negativos (25%) interfiriendo negativamente en la recuperación, se puede decir que este grupo tiende a resignarse frente a la enfermedad ya que al mismo tiempo las acompañan otros padecimientos como enfermedades, desgaste y pérdida de energía, el temor constante a la muerte, entre otros. Sin embargo, existe un grupo

importante del 50% de ancianos que a pesar de la complejidad que implica la enfermedad se muestran optimistas y afrontan positivamente el cáncer.

Tabla 9

Niveles de afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana según edad

	Edades							
	11 a 20 años		21 a 40 años		41 a 66 años		66 a más años	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Afrontamiento negativo	1	25%	4	13.3%	14	24.6%	2	25%
Afrontamiento no definido	0	0.0%	11	36.7%	19	33.3%	2	25%
Afrontamiento positivo	3	75%	15	50%	24	42.1%	4	50%

1.2 Asociación entre las variables

Respecto a la asociación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, la tabla 10 muestra que el estadístico chi cuadrado de Pearson obtiene un valor de $X^2 = 44.854$ con un nivel de significancia de $p=.000$, es decir, existe asociación altamente significativa entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés en los pacientes hospitalizados del servicio de oncología. De manera similar se aprecia con las dimensiones de apoyo social.

Tabla 10

Coefficiente de correlación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana.

	Afrontamiento al estrés		
	X^2	gl	p
Apoyo social	44.854	4	.000
Apoyo informacional	44.854	4	.000
Apoyo Emocional	35.114	4	.000
Apoyo Instrumental	33.832	4	.000

Se observa en la figura 4 que un nivel bajo de apoyo social se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente con diagnóstico de cáncer, es decir los pacientes que tienen un afrontamiento negativo reaccionan con conductas y pensamientos ansiosos, de

resignación frente al pronóstico; tienen una visión respecto al futuro pesimista, llegando a negar la realidad de la enfermedad y sintiéndose incapaces de hacerle frente a la enfermedad a su vez perciben que no reciben conductas de cariño e interés, empatía, respeto, escucha, ayuda económica, cuidado y aceptación; o en todo caso no se les comparte información por parte de su entorno más cercano, además se aprecia que un nivel moderado de apoyo social se asocia a un afrontamiento positivo. Finalmente se observa en la figura que un nivel alto de apoyo social se asocia a un afrontamiento no definido por parte del paciente.

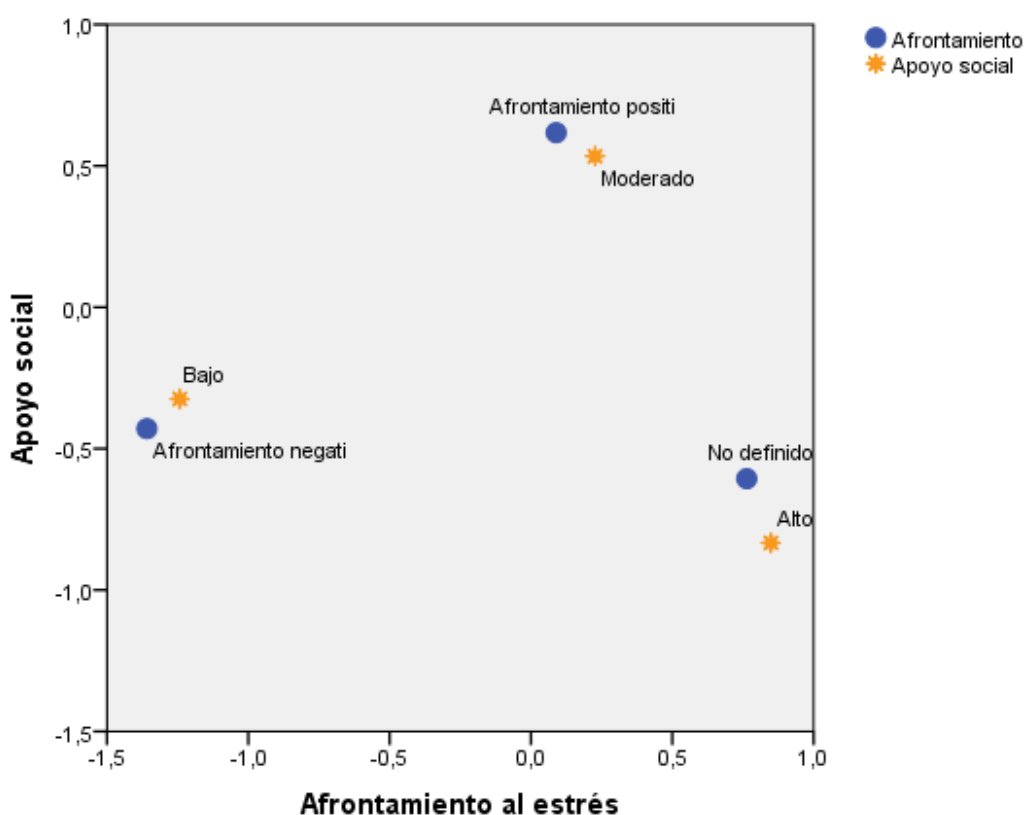


Figura 4: Asociación entre los niveles de apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana

De manera similar se aprecia en la figura 5 que un nivel bajo de apoyo informativo se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente con diagnóstico de cáncer, es decir los pacientes que tienen un afrontamiento negativo reaccionan con conductas y pensamientos ansiosos, se resignan frente al pronóstico, tienen una visión respecto al futuro pesimista, llegando a negar la realidad de la enfermedad y sintiéndose incapaces de hacerle frente a la

enfermedad , a su vez no reciben consejos, información o una guía para resolver sus problemas. Además, evidencia que un nivel moderado de apoyo social se asocia a un afrontamiento positivo por parte del paciente. Finalmente se observa en la figura que un nivel alto de apoyo social se asocia a un afrontamiento no definido por parte del paciente.

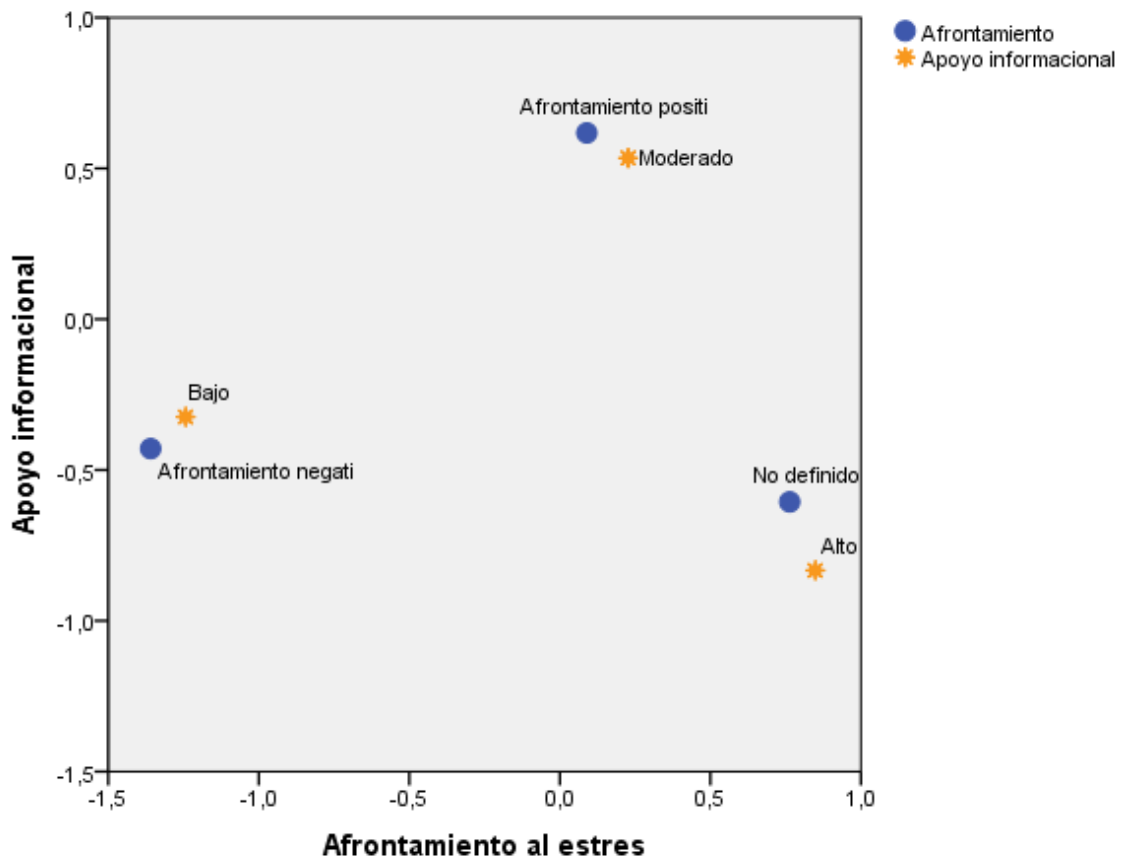


Figura 5: Asociación entre los niveles de apoyo informativo y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

Asimismo, en la figura 6 observamos que un nivel bajo de apoyo emocional se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente con diagnóstico de cáncer, es decir los pacientes que tienen un afrontamiento negativo reaccionan con conductas y pensamientos ansiosos, se resignan frente al pronóstico, tienen una visión respecto al futuro pesimista, llegando a negar la realidad de la enfermedad y sintiéndose incapaces de hacerle, a su vez no logran expresarse emocionalmente, ni poseen la confianza y la intimidad, no se sienten valorados, ni reciben elogios, ni expresiones de afecto y respeto de su entorno

cercano. Además, se observa que un nivel moderado de apoyo social se asocia a un afrontamiento positivo por parte del paciente. Finalmente se muestra en la figura que un nivel alto de apoyo social se asocia a un afrontamiento no definido por parte del paciente.

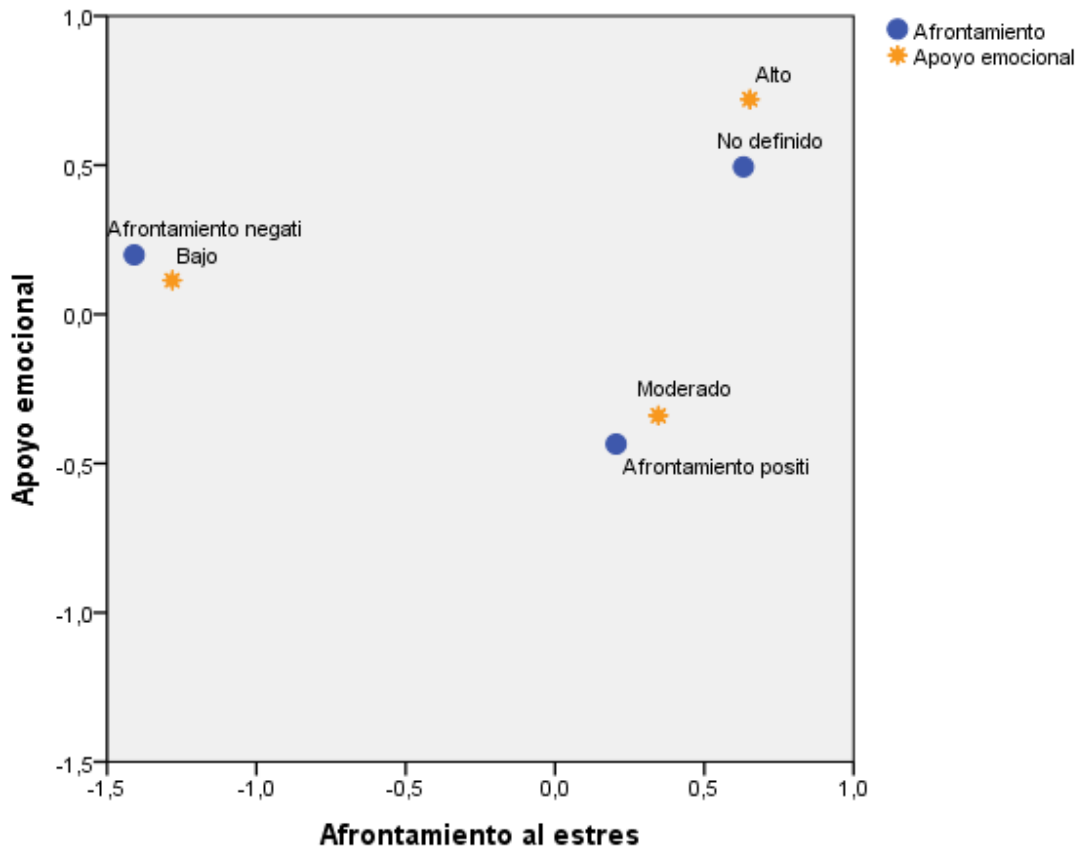


Figura 6: Asociación entre los niveles de apoyo emocional y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

Finalmente se aprecia en la figura 7 que un nivel bajo de apoyo instrumental se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente con diagnóstico de cáncer, es decir los pacientes que tienen un afrontamiento negativo reaccionan con conductas y pensamientos ansiosos, se resignan frente al pronóstico, tienen una visión respecto al futuro pesimista, llegando a negar la realidad de la enfermedad y sintiéndose incapaces de hacerle frente a la enfermedad, relacionándose con el que hecho de que no recibe apoyo material o de servicios, el paciente no percibe la ayuda en recursos monetarios como dinero en efectivo o regalos, ni recursos no monetarios como comida, ropa o pago de servicios. Además, se aprecia que un

nivel moderado de apoyo social se asocia un afrontamiento positivo por parte del paciente. Por otro lado, se observa en la figura que un nivel alto de apoyo social se asocia a un afrontamiento no definido por parte del paciente.

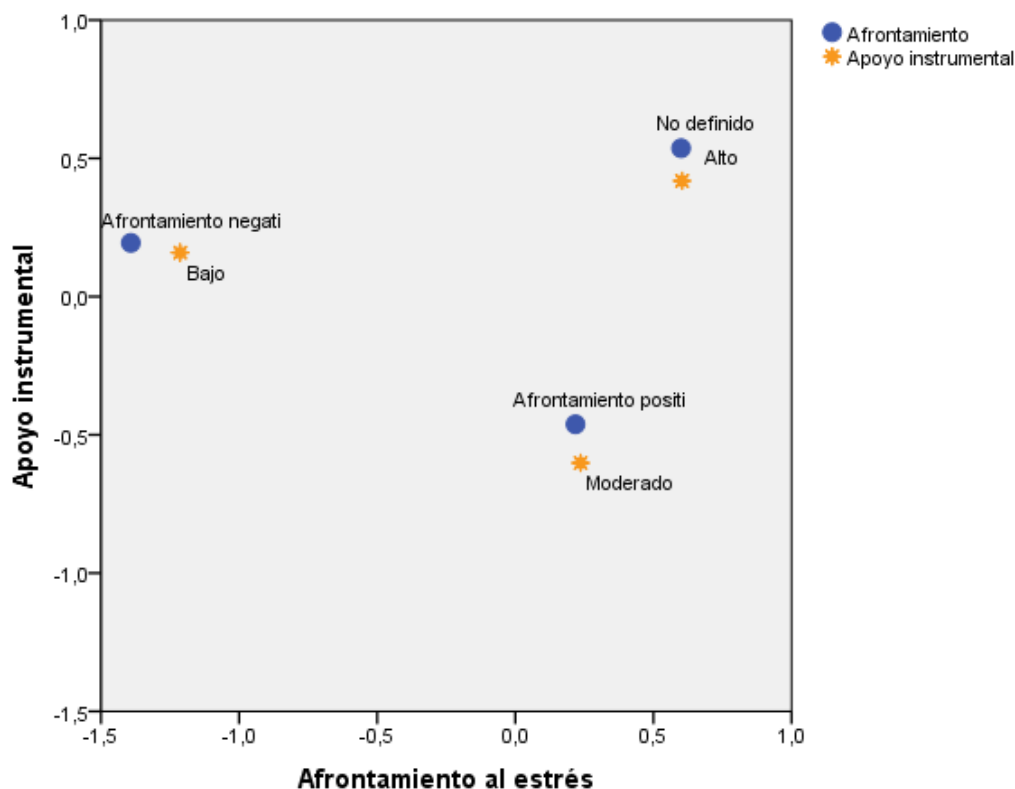


Figura 7: Asociación entre los niveles de apoyo instrumental y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

2. Discusión

El cáncer, al igual que otras enfermedades crónicas que implican un riesgo de muerte, genera un impacto abrupto en el paciente y su entorno. Este impacto provoca una gran cantidad de demandas, cambios internos y externos en el paciente y su entorno cercano. Estos cambios dependen de la severidad del diagnóstico, el grado de incapacidad, el tipo de tratamiento, la percepción de la deformación que comporta y el pronóstico de vida. Aunque existe conocimiento y estudios que sustentan lo mencionado, no se ahonda en el efecto del apoyo que recibe el paciente de su entorno y cómo puede auxiliar a superar los momentos más duros de la enfermedad, por ello se planteó este estudio que pretende conocer si existe

asociación entre el apoyo social que perciben los pacientes y el afrontamiento al estrés de la enfermedad.

En relación a ello, este estudio demuestra que sí existe asociación altamente significativa entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología ($X^2=44.854$; $p < .01$) de un hospital de Lima Metropolitana, encontrando que escasas o pocas muestras de apoyo social están asociados a paciente oncológicos que recurren a estrategias negativas como: la ansiedad, la preocupación excesiva, la negación de la enfermedad y el distanciamiento de su entorno; lo que incide negativamente en la recuperación de la enfermedad, coincidiendo con la hipótesis del efecto amortiguador que afirma que el estrés tendrá efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas que no tengan apoyo social (Cohen y Wills, 1985). Además, señalan que estos efectos negativos se reducen en aquellas personas con fuertes apoyos sociales, si bien el apoyo social es un factor importante que interviene en el proceso de recuperación, el recibir altos niveles de apoyo social no garantizan un afrontamiento positivo, puesto que puede limitar el uso de recursos en el paciente y es el entorno quien cubre esas necesidades, dificultando en el adecuado proceso de adaptación de la enfermedad. Así mismo, se encontró que el afrontamiento positivo se presenta en pacientes que perciben apoyo social moderado, entendiéndose que el paciente hace uso de sus propios recursos y los complementa con el apoyo que recibe de su entorno. Así mismo, Yilmaz, Bal, Beji y Arvas (2015) realizaron un estudio en Turquía con mujeres con cáncer y encontró que altos niveles de apoyo social reducen en el paciente el uso de recursos negativos para afrontar la enfermedad y los recursos efectivos aumentan a medida que incrementen las muestras de apoyo social de la familia, amigos y personas importantes; no obstante un excesivo apoyo al paciente puede hacerlo dependiente de su entorno, reduciendo sus propios recursos, mecanismos y estrategias que le permitan superar la situación (Espinoza y ramos, 2015; Díaz y Yaringaño, 2010; Santana,

Zanin, y Maniglia 2008; Juárez y Landero 2009; Zabalegui, Cabrera, Navarro y Cebria, 2013).

Al analizar la asociación entre la dimensión apoyo informacional con las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, se encontró una asociación altamente significativa ($X^2=44.854$; $p < .01$), es decir, cuando el paciente recibe niveles moderados de apoyo en información, orientación y consejería recurre a mecanismo de defensa positivos, en otro caso, cuando los pacientes reciben excesiva orientación, consejería e información de su entorno los recursos que utilizan para afrontar el cáncer tienden a utilizar estrategias no definidas, coincidiendo con lo mencionado por Rodriguez, Patoy y Lopez (1993) quienes señalan que la actitud excesivamente protectora del entorno puede limitar las acciones del paciente para enfrentarse a su enfermedad y afectar el proceso de adaptación, ya que impide al paciente hacer uso de sus recursos para confrontar el cáncer. Finalmente, cuando los pacientes carecen de apoyo informativo incrementan sus niveles de temor y ansiedad, a esto le añadimos que la escasa información que recibe de su entorno puede ser erróneo e inadecuado, perjudicando al paciente en el proceso de adaptación y provocando conductas de miedo o resignación tal como lo sostienen (Rodriguez, Patoy Y Lopez; 1993).

En el caso de la dimensión de apoyo emocional se encontró que existe asociación altamente significativa con el afrontamiento al estrés ($X^2=35.114$; $p < .01$), es decir, cuando el paciente oncológico percibe que su entorno le muestra escaso apoyo afectivo como muestras de cariño, respeto y comprensión tienden a afrontar la enfermedad negativamente con conductas y pensamientos ansiosos, se resignan frente al pronóstico; tienen una visión pesimista del futuro, llegando a negar la realidad de la enfermedad y sintiéndose incapaces de hacerle frente; a su vez no logran expresarse emocionalmente, ni poseen la confianza y la intimidad, manifestando altos niveles de ansiedad, resignación o negación, coincidiendo con lo mencionado por Estrella (1991) refiriendo que el apoyo emocional es beneficioso para

la recuperación del paciente cuando es ofrecido por su familia y su entorno cercano y tiene mayor efecto positivo cuando proviene de esta y no del personal médico.

Finalmente se encontró que existe relación altamente significativa entre el apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana ($X^2= 37,816$; $p < 0.01$). Encontrándose que un nivel bajo de apoyo instrumental se asocia a un afrontamiento negativo por parte del paciente con diagnóstico de cáncer, ya que tienden a reaccionar con conductas y pensamientos ansiosos, se resignan frente al pronóstico, tienen una visión pesimista del futuro y prefieren negar su enfermedad para no confrontarlo. Todas estas conductas antes mencionadas se relacionan con el hecho de que los pacientes no reciben apoyo material, económico y de servicios. Por otro lado, cuando la percepción del apoyo material es moderada los pacientes recurren a estrategias de afrontamiento positivos, ya que el proceso de adaptación al cáncer requiere que el paciente reciba apoyo de su entorno pero también emplee sus propios recursos coincidiendo con lo mencionado por Vega y Gonzales (2009) quienes mencionan que el papel de los cuidadores es primordial para que el enfermo crónico afronte con éxito los problemas propios de la enfermedad; sin embargo, estos cuidados y apoyo deben ser balanceados puesto que pueden llevar al cansancio o estresar a los cuidadores generando interferencias negativas que dificultan el proceso adecuado de adaptación o recuperación del paciente. Por último, los niveles altos de apoyo instrumental se asocian a un afrontamiento no definido por parte del paciente. De este modo estos resultados encuentran coincidencia con Caplan (1974) y Sánchez (2004) quienes mencionan que los pacientes oncológicos que reciben apoyo tangible y tienen la posibilidad de recibir ayuda material, económica o de servicios evidencian mejor afrontamiento al estrés, los cuales producen buenos pronósticos para la recuperación y el bienestar del paciente.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

3. Conclusiones

Los resultados obtenidos demostraron las siguientes conclusiones que darán un panorama más amplio en referencia a las variables de estudio.

- Respecto al objetivo general, se evidencia que sí existe relación altamente significativa entre el apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología ($X^2=44.854$; $p < .01$) en un hospital de Lima Metropolitana.
- En cuanto a las dimensiones, se demostró el apoyo informacional tiene relación altamente significativa con el afrontamiento al estrés ($X^2=44.854$; $p < .01$) en los pacientes hospitalizados del servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana.
- Existe relación altamente significativa entre la dimensión apoyo emocional tiene asociación altamente significativa con el afrontamiento al estrés ($X^2=35.114$; $p < .01$) en los pacientes hospitalizados den servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana.
- Finalmente, se encontró que la relación entre el apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés es altamente significativa ($X^2=35.114$; $p < .01$) en los pacientes hospitalizados den servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana.

4. Recomendaciones

A continuación, se presentan los puntos a considerar para estudios posteriores.

- Para posteriores investigaciones se recomienda instrumentos psicológicos que midan estrés con una menor cantidad de ítems, para reducir el tiempo de entrevista con los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados.
- Por otro lado, ampliar el tamaño de la muestra de modo que se pueda lograr una mayor comprensión y generalización de los resultados.
- Para futuros estudios relacionados con el afrontamiento al estrés considerar otras variables que puedan incidir en ella, tales como: la depresión, ansiedad, rasgos de personalidad y la calidad de atención hospitalaria recibida por los pacientes.
- Implementar un programa de intervención con un enfoque cognitivo conductual orientado a la modificación de la percepción en relación al problema y la emoción, como: depresión, ansiedad, huida, distanciamiento o resignación pasiva y negación de la enfermedad que son otros tipos de afrontamiento que presentaron los pacientes, por lo que sería indispensable proporcionar apoyo, además de incluir al grupo de apoyo, familia y amigos para conseguir mejores niveles de afrontamiento al estrés.

Referencias

- Abanto E., & Sachun L. (2016). *Funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en el adulto oncológico*. Universidad Privada Atenor Orrego.
- Alcoser, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados*. Universidad de Guayaquil.
- Alonso, C., & Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187–207. <http://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Andrade, G. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925–934. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2013). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92. <http://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Antonucci, T., Fiori, K., & Jackey, L. (2010). Convoys of Social Relations : integrating life-span and life- course perspectives. In and A. M. F. Richard M. Lerner, Michael E. Lamb (Ed.), *the handbook of life- Span Developmennt* (pp. 434– 473). <http://doi.org/DOI: 10.1002/9780470880166.hlsd002012>
- Aranda C. y Pando M. (2014). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación En Psicología*, 16(1), 233–245. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>
- Avila, J. (2009). Redes sociales, generacion de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 2(2), 65–73. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4905171.pdf>

- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3575/Baca_rd.pdf;jsessionid=A111C182B5C2C166769EB27BB6A2568A?sequence=1
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigacion En Psicologia*, 19(1), 177–190. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>
- Barrón, A. (1997). Apoyo social. *Psicothema*, 9, 459–461. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/116.pdf>
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17–23. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>
- Bouche, G., Jezdic, S., & Kornek, G. (2013). ¿Qué es el cancer de mama? Recuperado de <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
- Cabrera, Y., López, E. J., López, E., & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, pp. 115–127. Cuba. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Cáceres, M., Ruiz, F., Germà, J., & Busques, C. (2007). Manual para el paciente oncológico y su familia. *Manual Para El Paciente Oncológico Y Su Familia*, pp. 31–36. Recuperado de <http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. Behavioral Publications. Retrieved from <https://books.google.com.pe/books?id=B-dsAAAAMAAJ>

- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de La PUCP*, pp. 363–392. Perú. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849>
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425–435. <http://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>
- Chacon, M. (2009). Cáncer: reflexiones acerca de la incidencia, prevención, tratamiento y mitos. *Cuadernos de La Facultad de Humanidades Y Ciencias Sociales*, 37, 181–193. Recuperado de info@cuadernos-fhycs.org.ar
- Díaz, A., & Jerez, J. (2013). *Espiritualidad y Cáncer: Importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de su enfermedad*. Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133213/Memoria.pdf?sequence=1>
- Di-Collaredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de Afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 1(2), 125–156. <http://doi.org/http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>
- Downe, B., Butler, L., & Coulter, L. (2006). *The Relationship Between Meaning of Illness, Social Support, Coping Strategies, and Quality of Life for Lung Cancer Patients and Their Family Members*. *Cancer nursing*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7212912_The_Relationship_Between_Meaning_of_Illness_Social_Support_Coping_Strategies_and_Quality_of_Life_for_Lung_Cancer_Patients_and_Their_Family_Members

- Drageset, S. (2012). *Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer*. The University of Bergen, Noruega. Recuperado de http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6139/Appendices_Sigrunn_Drageset.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Espinoza, C., & Ramos, S. (2015). Fatiga, Apoyo Social Y afrontamiento en pacientes con cancer. Recuperado de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1183/ITEM@11458-1022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Estrella, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Universidad de Valencia*, 6(2), 257–271. <http://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria : Revista de Recerca I Formació En Antropologia*, 3(2), 000. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/record/51675>
- Fiori, K., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), P322–P330. <http://doi.org/10.1093/geronb/62.6.P322>
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a Stressfull encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. Recuperado de http://health.psych.ucla.edu/CDS/pubs/1986_FolkmanLazarus_Dynamics_of_a.pdf
- Galindo O., Valadez L., Álvarez M. & González C. (1985). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento ; experiencia del Instituto

- Nacional de Cancerología de México (INCan). *GAMO*, 10(22), 123–128. Recuperado de <http://www.elsevier.es/pt-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-estilos-afrontamiento-pacientes-con-cancer-X1665920111242419>
- Garza J., & Juárez P. (2014). *El Cáncer* (primera ed). Mexico: Universidad Autonoma de Nuevo León.
- Gloria, A., & Yaringaño, L. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación En Psicología*, 13(1), 69–86. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3737>
- Gómez M., & Lagoueyte M. (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances En Enfermería*, 30(1), 32–41. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf>
- González J. & Restrepo G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 12(2), 228–238. <http://doi.org/10.1590/S0124-00642010000200006>
- González M., (2015). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos*. (TEA, Ed.) (2nd ed.). Madrid. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gottlieb, B. H. (1983). Book Reviews : Social Support Strategies. *Health Education Quarterly*, 12(1), 107–109. <http://doi.org/10.1177/109019818501200109>
- Guzmán, J. M., Huenchuán, S., & Montes, V. (2003). *Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores. En: Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002-LC/L.* Recuperado de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/14182/lc11995_1.pdf

- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P, (2006). Metodología de la investigación (4ta ed.).México:MC Graw Hill.
- INEM. (2016). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana - Incidencia y Mortalidad 2010 - 2012. *Minsa - INEN*, V, 173. Recuperado de [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro de Cáncer Lima Metropolitana 2010 - 2012_02092016.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf)
- Juárez, D., & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, 6(2), 79–87.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-Span Development and Behavior*, 3(3), 253–286. <http://doi.org/10.1038/nature12518>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1997). *escala de modos de afrontamiento revisada*. *Journal of Personality*. Recuperado de [http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto Apoyo EPC 2006/INSTRUMENTOS EVALUACION/VALORACION DEL ESTRES/WOC-R/WOC-R_F.PDF](http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/VALORACION%20DEL%20ESTRES/WOC-R/WOC-R_F.PDF)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=i-ySQQUpr8C>
- Lin, N. (1986). 2 - Conceptualizing Social Support. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 17–30). Academic Press. <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-450660-2.50008-2>
- Luna, A. (2016). *Clima familiar y Afrontamiento al Estres en pacientes oncologicos de edad adulta temprana y media*. Universidad Catolica de Santa Maria.
- Miaja Avila, M., Romero Retes, R., Ibáñez Guerra, E., Soriano Pastor, J., & García-Conde,

- A. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, 13(2-3), 271–284. <http://doi.org/10.5209/PSIC.54436>
- MINSA. (2013). Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- MINSA. (2017). Vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. año 2016. *Ministerio de Salud*, 27, 706–8. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/21.pdf>
- NIH. (2017). Tratamiento del cancer. *Instituto Nacional del Cancer de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- Orcasita, L. T., & Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychología: Avances de La Disciplina*, 4(2), 69–82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090010.pdf>
- Ortego, C., López, S., & Alvarez, M. (2010). El apoyo social. In *Universidad de Cantabria* (pp. 1–24). Recuperado de: ocw.unican.es
- OMS. (2018). Temas de salud: cancer. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- OPS. (2014). El cáncer en la región de las américas. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=16805&Itemid=270&lang=es
- Pérez P., González A., Mieles I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las

- estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2).
<http://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase>
- Revilla L., Luna J., Bailón E., & Medina I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*, 6(1), 10–18.
Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
- Rios A. (2011). ¿Qué Es La Radioterapia? *Asociación Española Contra El Cáncer*, 3, 1 – 38.
Recuperado de http://www.escuelas.msssi.gob.es/podemosAyudar/cuidados/docs/Guia_Radioterapia_AECC.pdf
- Riquelme A, Buendia J. & Rodriguez M. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83–99.
- Riquelme A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=zgeeBIsnD0gC>
- Rodriguez J., Pastor M., & Lopez S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349–372. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2018629&info=resumen&idioma=SPA>
- Sánchez E. (2004). Collectivize social support? Elements for reconsidering the social dimension in the study of social support. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(2), 124–134. <http://doi.org/10.1017/S1138741600004820>
- Sánchez M. (2009). *Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores*

- españolas: Dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer*. Recuperado de <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/76320>
- Santana J, Zanin C. & Maniglia J. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 371–384. <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>
- Schaefer C., Coyne J. & Lazarus R. (1981). The Health-related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381–406.
- Sherbourne C. & Stewart A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* (1982), 32(6), 705–714. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>
- Sherman C., Wan W. & Antonucci T. (2016). Social Convoy Model. <http://doi.org/10.1002/9781118528921.wbeaa094>
- Sociedad Americana Contra El Cáncer. (2014). Cáncer de ovario ¿Qué es el cáncer de ovario? Recuperado de: http://www.fasgo.org.ar/images/Cancer_de_Ovario_Am_Society.pdf
- Tapia, O., Roa, J. C., Manterola, C., & Bellolio, E. (2010). Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos Colon and Rectum Cancer: Morphological and Clinical Description of 322 Cases. *Int. J. Morphol*, 28(2), 393–398. <http://doi.org/10.4067/S0717-95022010000200010>
- Vaux. (1990). social suport. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507–518. <http://doi.org/https://doi.org/10.1177/0265407590074007>
- White, E. (1975). *Consejos sobre el régimen alimenticio*. editorial Elena G. de White. Retrieved from mail@whiteestate.org.

Yilmaz S., Bal M., Beji N., & Arvas M. (2015). Ways of Coping With Stress and Perceived Social Support in Gynecologic Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 38(2), E57–E62. <http://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000186>

Zabalegui A., Cabrera E., Navarro M., & Cebria M. (2013a). Perceived social support and coping strategies in advanced cancer patients. *Journal of Research in Nursing*, 18(5), 409–420. <http://doi.org/10.1177/1744987111424560>

Zabalegui A., Cabrera E., Navarro M., & Cebria, M. (2013b). percepcion de apoyo social y las estrategias de supervivencia en pacientes con cancer avanzado. *Journal of Research in Nursing*, 18(5), 409–420.

Anexo 1

Propiedades Psicométricas del Cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido

Fiabilidad del cuestionario de MOS de apoyo social percibido

La fiabilidad global del cuestionario y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 1 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (19 ítems) en la muestra estudiada es de .940 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Asimismo, se aprecia que las dimensiones presentan adecuados niveles de fiabilidad.

Tabla 11

Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de MOS de apoyo social percibido

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Apoyo social global	19	.940
Apoyo informacional	9	.909
Apoyo emocional	6	.750
Apoyo instrumental	4	.769

Validez del cuestionario de MOS de apoyo social percibido

Como se observa en la tabla 2 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) entre las dimensiones y el constructo global es significativo, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo.

Tabla 12

Correlaciones sub test – test del cuestionario de MOS de apoyo social percibido

Dimensiones	Apoyo social	
	r	p
Apoyo informacional	.971	.000
Apoyo emocional	.924	.000
Apoyo instrumental	.914	.000

Anexo 2

Propiedades psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)

Fiabilidad del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 13 permite apreciar que la consistencia interna global del cuestionario (40 ítems) en la muestra estudiada es de .853 es decir se encuentra en un nivel adecuado. Asimismo, se aprecia que las dimensiones presentan adecuados niveles de fiabilidad.

Tabla 13

Estimaciones de consistencia interna del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Afrontamiento global	40	.853
Enfrentamiento y lucha activa	9	.664
Autocontrol y control emocional	7	.767
Búsqueda de apoyo social	4	.727
Ansiedad y preocupación ansiosa	6	.701
Pasividad y resignación pasiva	5	.658
Huida y distanciamiento	6	.612
Negación	3	.429

Validez del cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

Como se observa en la tabla 4 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) entre cada uno de las dimensiones son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo.

Tabla 14

Correlaciones sub test – test del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)

	ELA		ACE		BAS		APA		PRP		HD		N	
	R	p	r	p	R	p	r	P	r	p	r	p	r	p
EL			.70	.00	.38	.00	.15	.11	.18	.06	.22	.02	.02	0.81
A			6	0	4	0	9	7	7	4	4	6	4	2
AC			1		0.5	.00	.03	.75	.13	.19	.26	.00	.10	.310
E					8	0	2	6	2	3	0	9	3	
BA					1		.11	.07	.13	.18	.14	.16	.28	.005
S							7	9	5	2	2	1	1	
AP							1		.40	.00	.50	.00	.45	.000
A									5	0	5	0	7	
PRP									1		.23	.01	.35	.000
											8	8	0	
HD											1		.36	.000
													5	
N													1	

Anexo 3



Una Institución Adventista

CARGO

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

Villa Unión, 28 de setiembre de 2018

Doctor
Gisella Arbaiza Gómez
Jefa del Servicio de Psicología
Hospital Nacional Guillermo Almenara

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y expresarle un cordial saludo, deseándole éxitos en la dirección de la institución que usted dirige.

El motivo de la presente tiene como finalidad presentar a nuestros estudiantes **Laura Huaman Huamani** con código universitario N°201310115 y **Danitza Emily Lupaca Huarac** con código universitario N° 201420522, quienes se encuentran realizando una investigación titulada: **"Influencia del apoyo social en el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos en un hospital de Lima Metropolitana"**.

Por tal motivo, se solicita el permiso respectivo y las facilidades del caso para ejecutar la aplicación de los instrumentos en los pacientes del área de oncología.

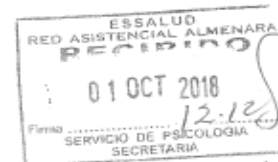
Para mayor información se puede comunicar al correo de la dirección de escuela: psicologia.fcs@upeu.edu.pe o al teléfono 6186300 anexo 3072.

Agradezco desde ya por el apoyo que se brinde a nuestros estudiantes con la investigación a realizarse y al mismo tiempo aprovecho la oportunidad para manifestarle mi estima personal.

Atentamente,



Mtro. Gino Gabriel Marca Dueñas
Director de la EP de Psicología



Villa Unión - Ñaña, altura Km 19 de la Carretera Central, Lurigancho - Chosica, Lima 15 - Perú
Teléfono: (01) 618-6300 Web: www.upeu.edu.pe e-mail: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe

Anexo 4

Ficha de datos

I. Datos personales

- **Edad:**
- **Sexo:** Varón () Mujer ()
- **Grado de instrucción:** Primaria () Secundaria () Superior ()
- **Lugar de procedencia** (Departamento):
- **Religión :** Católico () evangélico () Agnóstico () Otros ()
- **Estado civil :** Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo ()
Separado ()
- **Con quién(es) vive(s):** Pareja () Familia-Esposa e hijos () Familiares () Amigos
() Otros ()
- **Ocupación Laboral actual:** Si () No ()
Profesional () Carrera técnico () Obrero () Agricultor () Chofer () Comerciante ()
Ama de casa () Otro.....
- **Dependencia económica:** Trabajo actual () Jubilación () Dependiente ()

II. Datos sobre enfermedad

- Diagnóstico de Cáncer:
- Fecha de Diagnóstico:
- Etapa del tratamiento:.....
- Tiempo de tratamiento (meses-años):.....
- **Tratamiento actual:** Quimioterapia () Radioterapia () Cirugía () Otros ():
.....

Anexo 5

Cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)

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

Anexo 6

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. Indique, rodeando con un círculo, con cual 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 considera más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

N°	Ítems	N	AV	MV	S
1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3

13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3

34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	0	1	2	3
40	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3