

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

**Factores personales, médicos y socio familiares relacionados al tipo de
afrontamiento del estrés por enfermedad en pacientes adultos de oncología
de un hospital nacional en Lima**

Por:

Mishell, Mamani Quea
Fernando Zacarias, Querevalú Nabarro

Asesor:

Mg. Jania Elizabeth Jaimes Soncco

Lima, mayo de 2020

**DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Mtro. Gino Gabriel Marca Dueñas de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

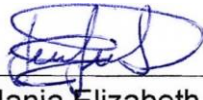
DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Factores personales, médicos y socio familiares relacionados al tipo de

afrontamiento del estrés por enfermedad en pacientes adultos de oncología de un hospital nacional en Lima” constituye la memoria que presenta los bachilleres Mamani Quea, Mishell y Querevalú Nabarro, Fernando Zacarías para aspirar al título de Profesional de Psicólogo(a) 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 constancia en Lima, el 20 de mayo del año 2020.



Ma. Jania Elizabeth Jaimes Soncco



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 20 día(s) del mes de mayo del año 2020 siendo las 15:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado Psic. Isaac Alex Conde Rodriguez el secretario Psic. Cristian Edwin Adriano Pingipo y los demás miembros Mg. Merida Emma Neina Susana, Psic. Helen Sara Flores Mamani y el asesor Mg. Jania Elizabeth Jaimes Soruco

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada "Factores personales, médicos y socio-familiares relacionados al tipo de afrontamiento del estrés por enfermedad en pacientes adultos de oncología de un hospital nacional en Lima"

de el(los)/a(la) bachiller(es): a) Mitchell Mamani Quiso b) Fernando Zanarias Quenvalú Nobarino conducente a la obtención del título profesional de PSICÓLOGO (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)/(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/a(la)/(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en el presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Mitchell Mamani Quiso

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 17, B+, Muy Bueno, Sobresaliente

Candidato (b): Fernando Zanarias Quenvalú Nobarino

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 17, B+, Muy Bueno, Sobresaliente

(*) Ver parte posterior. Esta sustentación fue realizada de manera virtual online sincrónica, conforme al Reglamento General de Grados y Títulos. Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)/(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures and names of Presidente, Asesor, Miembro, Miembro, Candidato/a (a), and Candidato/a (b).

Índice

Índice	2
1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Materiales y métodos	13
2.1. Diseño, tipo de investigación	13
2.2. Participantes	13
2.3. Instrumentos	14
2.3.1 Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés para Pacientes Oncológicos - CAEPO	14
2.3.2 Escala de Apoyo Social familiar y de amigos de Gonzales y Landero	16
2.4 Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes	17
2.5 Proceso de recolección de datos	17
2.6 Análisis estadístico	18
3. Resultados	19
3.1 Análisis descriptivo	19
3.1.1. Nivel de afrontamiento al estrés por enfermedad	19
3.1.2. Nivel de apoyo social familiar y de amigos	20
3.1.3. Nivel de afrontamiento al estrés según datos sociodemográficos	20
3.2. Asociación entre las variables	23
3.3. Asociación entre los datos sociodemográfico	25
4. Discusión	27
5. Conclusión	34
6. Recomendaciones	35
Referencias Bibliográficas	36

1. Resumen

El presente estudio tuvo por objetivo establecer la relación entre el afrontamiento al estrés con las variables sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, diagnóstico clínico, estadio clínico, tipo de tratamiento y apoyo social en pacientes adultos del servicio de oncología del hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). Con respecto a la metodología, es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional, porque se buscó relacionar las variables de estudio; el muestreo fue consecutivo no probabilístico, conformado por 100 pacientes adultos del servicio de oncología de las áreas de hospitalización y consultoría externa, de un promedio de edad de 18- 80 años; en el cual, toda la población de estudio fue elegida ya que cumplía con los requisitos de la investigación. Asimismo, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004) y la escala de Apoyo Social Familiar y Amigos – AFA-R de Landero y Gonzáles (2008) para la encuesta. En los resultados se encontró que entre afrontamiento ante el estrés y grado de instrucción existe asociación significativa de ($X^2=15,274;<.01$); al igual que apoyo social ($X^2=22.182<.000$); a diferencia de las otras variables donde no existe asociación significativa con afrontamiento al estrés. En conclusión, el afrontamiento ante el estrés se relaciona significativamente con grado de instrucción y apoyo social, a diferencia de las variables sexo, edad, estado civil, diagnóstico clínico, estadio clínico y tipo de tratamiento que no se relacionan significativamente con afrontamiento al estrés en pacientes adultos de oncología.

Palabras clave: *Cáncer, afrontamiento al estrés, factores personales, médicos y socio personales, pacientes oncológicos.*

2. Introducción

El cáncer es una de las enfermedades con mayor morbilidad y causa de muerte a nivel mundial. Según el Instituto Nacional del Cáncer (NIH, 2018), en el año 2012 hubo 14 millones de nuevos casos relacionados al cáncer y 8,2 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad; no obstante, en datos más actualizados, el mismo Instituto mencionó que en el año 2015 la prevalencia de cáncer se incrementó posicionándose como la segunda enfermedad con mayor tasa de mortalidad a nivel mundial, ocasionando ese año la muerte de 8,8 millones; siendo el causante de 1 de cada 6 muertes en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2018) detalla que el 70% de las muertes por causa de cáncer ocurren en países de ingresos medios y bajos.

En efecto Ticona, Santos, y Siqueira (2015) mencionan que según la OMS la mayoría de casos nuevos de cáncer registrados en el 2012 fueron en regiones como África, Asia, Centroamérica y Sudamérica; representando el 60% de casos nuevos anuales. Estas regiones además representan el 70% de las muertes por causa de cáncer a nivel mundial. Asimismo, la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) reportaron que, en el 2012 casi 1 millón de personas desarrollaron cáncer en América Central y América del Sur, de los cuales 550 000 personas perdieron la vida. Países como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay representaron el 92% de incidencia de cáncer y el 91% de mortalidad en América Central y América del Sur (The Economist Intelligence Unit, 2017).

La mayor prevalencia e incidencia de cáncer en mujeres son el de cuello uterino y de mama, mientras que en los varones son el cáncer de próstata y el cáncer de estómago, asimismo el 85% de personas que sufren de cáncer son detectados en estadios avanzados, lo

cual afecta significativamente las probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayores gastos económicos por los tratamientos e incremento en la tasa de mortalidad (Gestión, 2016).

En el Perú los tipos de cáncer más frecuentes son el de cuello uterino, mama, tiroides y estómago en mujeres, en los varones cáncer de próstata, estómago, leucemia y linfomas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). Los principales factores de riesgo conductuales y dietéticos son el índice de masa corporal elevado, la poca ingesta de frutas y verduras, la falta de ejercicio físico y el consumo de tabaco y alcohol. Pero también existen factores psicodinámicos que también guardan relación con la aparición del cáncer como las relaciones sociales afectivas, experiencias traumáticas, depresión, estados emocionales y otras variables estructurales como el temperamento, carácter y rasgos de la personalidad (Cabrera et al., 2017).

Otro problema que surge a causa del cáncer es el económico, por lo que se estima que si no se toman las medidas adecuadas se incrementarán en un 91% la cantidad de nuevos casos entre el 2012 y 2035 y las muertes aumentarán en 106%, aumentando los costos económicos para la región conllevando a la pérdida de productividad a raíz de las tasas tempranas de mortalidad y la pérdida de días laborales (The Economist Intelligence Unit, 2017).

El término “cáncer” refiere un amplio grupo de enfermedades que se diferencian por su desarrollo tisular de células anormales, que se fragmentan, crecen y se esparcen sin control en cualquier parte del cuerpo (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019)

La OMS (2018), refiere que el cáncer se ocasiona por la mutación de células normales en células tumorales en un proceso en diferentes etapas que consisten en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. El Instituto Nacional del Cáncer (2014), tras

investigaciones basadas en el desarrollo de factores de manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos, concluyó que el cáncer, en esencia, es un proceso genético, cuyas alteraciones pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa; sin embargo, también se puede desarrollar debido a productos químicos, radiaciones ionizantes, infecciones, virus o traumas.

Según Martín y Domingo (2011) las células experimentan un proceso pasando de la normalidad al cambio del fenotipo, eso ocurre a través de un largo periodo de tiempo, a veces de años de estar expuesto a un agente carcinógeno, estos pueden actuar en una o en las tres etapas de la carcinogénesis; la iniciación, a nivel del genoma, se presentan alteraciones en los tumores, los agentes pueden ser: físicos, químicos o virales; la promoción, simboliza la etapa de crecimiento tisular con la formación del tumor; y por último la progresión implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia por parte de la célula tumoral maligna.

Desde la detección de la enfermedad y durante su proceso, el paciente irá experimentando una “tensión nerviosa”, debido al impacto de los acontecimientos que se presentaran ya sea de manera brusca, continua, placentera o desagradable, positiva o negativa. La cual, si es presentada de manera reiterativa, el organismo responderá de manera intensa, existiendo gran posibilidad de que este estado quede instalado aún si la enfermedad desaparece, afectando al sistema nervioso (Pérez et al. 2014).

Según la American Psychological Association (2017) el estrés es una enfermedad que cada año se va incrementando y que afecta tanto a hombres como a mujeres; no obstante, son las mujeres quienes lo experimentan con mayor frecuencia en comparación de los hombres. Asimismo, mencionan que el estrés es un factor relacionado al desarrollo del cáncer. Duval, González, y Rabia (2010) identificaron que el análisis del estresor se subdivide en tres fases

la primera es la recepción del estresor que se lleva a cabo en el tálamo por medio de un filtro de información, posterior a ello se programará la reacción, mediante el córtex prefrontal y el sistema límbico, respondiendo según la experiencia, finalmente se dará la reacción de respuesta del organismo.

Según el modelo teórico de Lazarus y Folkman, el estrés se centra en la interacción entre la persona y su medio. El organismo se dirige paralelamente en dos direcciones: hacia el ambiente y hacia sus propios recursos. Por lo tanto, cuando los recursos se perciben como insuficientes ante las demandas percibidas del medio es donde surge el estrés (González Martínez, 2015; Pérez, 2019). El estrés presenta consecuencias negativas, las cuales son reguladas por un proceso denominado afrontamiento, según Felipe y León (2010) las estrategias de afrontamiento son procesos que cada individuo utiliza según el contexto en el que se encuentre, pueden variar según la necesidad del individuo ante situaciones repentinas. Lazarus y Folkman (citados por Macías, Madariaga, Valle, y Zambrano, 2013; Casado Cañero, 2020) definen a las estrategias de afrontamiento como herramientas que el individuo utiliza para enfrentar demandas específicas, ya sean de origen interno o externo, dividiendo las estrategias en dos funciones de afrontamiento: centrado en el problema y su resolución, subdividido en afrontamiento activo, y demorado; y el afrontamiento centrado en las emociones, el cual tiene como función la regulación emocional, conformado por diferentes categorías como son: apoyo social emocional, apoyo en la religión, la reinterpretación, positiva y crecimiento, la concentración y desahogo de las emociones, la liberación cognitiva.

Finalmente, Ticona, Santos y Siqueira (2015) refieren que el cáncer es una enfermedad relacionada con diversos estresores, como: los emocionales, físicos, existenciales y

financieros, ocasionando cambios abruptos en el estilo de vida del individuo y calidad de vida, tanto de él como el de sus cuidadores más cercanos.

Existen factores asociados a estilos y estrategias de afrontamiento, los cuales han sido objeto de estudio durante estos últimos años. En cuanto a género, Hamama (2012) refieren que distintas investigaciones corroboran la diferencia de percepción de estrés entre hombres y mujeres, en conclusión, las mujeres presentan mayor estrés que los hombres, por lo que prefieren estrategias ligadas al apoyo social, mientras que en el caso de los hombres van más orientadas a la resolución de problemas.

Ticona et al. (2015) ejecutaron un estudio en Brasil enfocado en identificar las diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento, concluyendo de que no se presentó diferencia de género con relación a las estrategias de afrontamiento, así mismo, se observó que existe una influencia positiva al estrés percibido en pacientes mujeres y pacientes viudos, debido a la aceptación de enfermedad y estadio. En cuanto a la edad, se concluyó en que los pacientes mayores experimentan menor malestar existencial y pocas dificultades en comparación con los jóvenes, quienes al verse en una situación de una enfermedad terminal como el cáncer pueden encontrar mayores dificultades para el afrontamiento a la enfermedad y el tratamiento (Valencia, 2006). Con respecto al estado civil los estudios demuestran que existe poca relación entre este factor y la morbilidad psicológica en pacientes oncológicos, sin embargo, en población general los síntomas depresivos son más comunes en divorciados o separados que en solteros o casados, este fenómeno se puede deber a que los pacientes de cáncer consideran más la calidad de sus relaciones interpersonales que el estado civil (Valencia, 2006). Por otro lado, el grado de instrucción, denotó gran relación con el afrontamiento positivo, concluyendo que los pacientes con mayor grado de escolaridad

tienen mayor capacidad de reestructuración cognitiva, a diferencia de los que presentan baja escolaridad quienes son más vulnerables a los procesos adaptativos (De Haro et al., 2014); por su parte el tipo de cáncer, se encontró que el cáncer de pulmón, mama, páncreas y orofaríngeo presentan mayor morbilidad psicológica, la cual se puede relacionar a la imagen corporal, llegando a presentar problemas emocionales con mayor prevalencia en las mujeres (Valencia, 2006) ; el estado clínico, la presencia de metástasis o avance de la enfermedad, es un factor que condiciona al individuo a experimentar un episodio de depresión mayor esto se puede deber a que con el avance de la enfermedad, mientras que en las fases agudas los efectos psicológicos no serán tan críticos e incluso la negación y la distracción pueden disminuir los niveles de ansiedad, no obstante a largo plazo causará desesperanza, autopercepción de incapacidad, indefensión, incrementando el riesgo de perturbaciones psicológicas (Ciaramella y Poli, 2001; Valencia, 2006); tratamientos empleados, tras estudios se concluyó que existe relación directa entre el tratamiento médico y el afrontamiento, así mismo que los pacientes que reciben terapias combinadas, presentan mayor dificultad de afronte, debido a que ambas afectan directamente la calidad de vida del individuo (Hutton & Williams, 2001; Nicholas y Veach, 2000), por último, el apoyo social familiar y de amigos, ayuda a los pacientes en la expresión de las emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la percepción de bienestar psicológico y en la selección de estrategias de afrontamiento eficientes (Shams y Rizvi, 2016), el apoyo social es un aspecto importante durante el proceso del cáncer, ya que esta variable facilita a los pacientes demostrar con mayor facilidad la expresión emocional, mantener las relaciones sociales, generar una percepción de bienestar psicológico y en la elección de estrategias de afrontamiento positivas (Pérez, González, Mieles, & Uribe, 2017). Según Kim, Han, Shaw, McTavish, y Gustafson

(2010), refieren que el sentido que el apoyo social es una variable que se relaciona con la adaptación a la enfermedad. (Acosta et al., 2017) tras un estudio realizado en México en pacientes con cáncer de mama, estudió variables sociodemográficas y clínicas mediante una entrevista y las estrategias de afrontamiento, los resultados evidenciaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron, la resolución de problemas y el afrontamiento activo. Por otro lado, los factores que más se relacionaron con el afrontamiento activo fueron la edad, estado civil y la pertenencia a una familia funcional, concluyó que la funcionalidad familiar es un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo, Gonzales (2018), desarrollo una investigación en Lima, para plantear y conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social observado en la etapa de diagnóstico, los resultados reportan que existe relaciones significativas entre los índices de apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento: reinterpretación positiva, planificación, acudir a la religión, uso del humor , así mismo, la edad concierne positivamente con la iniciativa de vincularse con una religión, en conclusión el apoyo social promueve el uso de estrategias consideradas como adaptativas. Por otro lado, Díaz y Yaringaño (2010) realiza un estudio en Lima, referido al Clima Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, hallaron que existe relación estadísticamente significativa entre Clima Social Familiar y el Afrontamiento al Estrés, por lo que se denota que las mujeres presentan estrategias para un afrontamiento positivo en mayor medida que los hombres, además, que los pacientes de 40 a 50 años, presentan un afrontamiento positivo, por último, existen diferencia en los pacientes oncológicos, en cuanto al diagnóstico y clima familiar, sin embargo no se encuentra diferencia en cuanto a las estrategias de afrontamiento. Pérez et al. (2017), realizaron una investigación en Colombia, con el objetivo de determinar la relación

entre las variables sociodemográficas y clínicas, apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento, concluyeron que las variables sociodemográficas y clínicas están relacionadas con el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, además, se observó una tendencia particular al uso de la evitación de estrategias de afrontamiento, evitación cognitiva, religión y refrenar el afrontamiento, así mismo, (Díaz y Yaringaño (2010), plantearon conocer la relación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM), los resultados indican una relación significativa entre un adecuado clima social familiar y el afrontamiento positivo, y entre Relaciones y Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional, así mismo Huaman y Lupaca (2019) realizaron un estudio sobre la relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana, donde se concluyó que existe relación altamente significativa entre el apoyo social y afrontamiento al estrés, mediante niveles moderados de apoyo en información, orientación y consejería, la cual motiva al paciente a recurrir a mecanismo de defensa positivos, por lo que se destacó el apoyo informacional, apoyo emocional y el apoyo instrumental.

Actualmente, el cáncer es una de las enfermedades con mayor tasa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional. A pesar de los esfuerzos por trabajar a favor de la prevención, esta enfermedad va en aumento a un ritmo alarmante (González, 2018). Por si fuera poco, el vivir una situación sabiendo que se tiene una enfermedad terminal genera una situación de crisis que viene acompañada con cambios extremos en cuanto al contexto físico, social, económico, psicológico, etc. (Die Trill, 2003)

Por esta razón, se ha visto a bien realizar un estudio en población oncológica adulta de un hospital de Lima Metropolitana, con el fin de conocer cuáles son los tipos de afrontamiento más frecuentes en esta población, además estudiar si la presencia de factores personales, médicos y socio familiares guardan relación con los tipos de afrontamiento. El aporte social que busca esta investigación es el de brindar a los familiares, amigos, compañeros, jefes de trabajo y los profesionales de la salud mayor conocimiento relacionado a los tipos de afrontamiento y los factores mencionados con el fin de poder apoyar y cuidar a los pacientes oncológicos de una manera más efectiva con relación a sus percepciones sobre la enfermedad y sus perspectivas de vida, generando mayor concientización sobre la importancia de la salud mental y emocional tanto en los pacientes adultos de oncología como en sus familiares.

Así mismo esta investigación busca que se puedan incrementar los estudios en población adulta oncológica, debido al crecimiento de esta enfermedad, generando mayor vulnerabilidad en quienes la padecen como en sus familiares y personas más cercanas afectando a toda la sociedad. Finalmente, se espera que dicha investigación contribuya en el campo científico de la psicología debido a su aporte teórico el cual permita comparar, corroborar, conocer modelos teóricos y pueda motivar a otros investigadores a trabajar en poblaciones oncológicas.

3. Materiales y métodos

2.1. Diseño, tipo de investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo, porque se hace uso del proceso estadístico, de alcance descriptivo correlacional porque busca relacionar diversas variables, es de tipo no experimental, ya que no se manipulan las variables. Asimismo, de corte transversal, pues se hará en un único y determinado tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

2.2. Participantes

Los participantes fueron pacientes adultos de ambos sexos desde los 18 años en adelante que se atiendan en el servicio de oncología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud - Lima, en el periodo comprendido de febrero y marzo del 2020. El muestreo consistió en elegir a todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de elección fijado para el estudio. Para la inclusión de los participantes en la investigación los cuales debían tener mínimo 18 años, ser de ambos sexos, pertenecer al servicio de oncología y por último el paciente debió aceptar participar de forma voluntaria a través del consentimiento informado, los criterios de exclusión se darán si el participante es menor de edad, no completa toda la escala, presenta respuestas aleatorias, rechaza la encuesta, pacientes con patología psiquiátrica y pacientes con dificultad severa física y mental.

2.3. Instrumentos

2.3.1 Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés para Pacientes Oncológicos - CAEPO

Este instrumento fue creado en 2004 por María Teresa González Martínez en Madrid-España. El cuestionario está conformado por 7 escalas y 40 ítems de las cuales 20 de ellos son referentes a las escalas positivas y los 20 restantes pertenecen a las escalas negativas.

Sus valores de la saturación factorial se encuentra entre 0,65 y 0,87 por lo que son muy satisfactorias, además el grado de fiabilidad se ha calculado mediante el coeficiente de consistencia interna y el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach en sus 7 escalas.

A continuación, se mencionará el grado de fiabilidad de cada escala del CAEPO:

- Escala de enfrentamiento y lucha activa, consta de 9 ítems con fiabilidad 0,916
- Escala de autocontrol y control emocional, consta de 7 ítems con fiabilidad 0,900
- Escala de búsqueda de apoyo social, consta de 4 ítems con fiabilidad 0,889
- Escala de ansiedad y preocupación ansiosa, consta de 6 ítems con fiabilidad 0,912
- Escala de pasividad y resignación pasiva, consta de 5 ítems con fiabilidad 0,883
- Escala de huida o distanciamiento, consta de 6 ítems con fiabilidad 0,905
- Escala de negación, consta de 3 ítems con fiabilidad 0,784

El cuestionario cuenta con un total de 40 ítems, que son distribuidos en 7 escalas que son: enfrentamiento y lucha activa (ELA) (1,2,13,16,17,21,24,31,39); 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) (8,9,18,29,30,38); negación (N) (20,27,36).

Asimismo, el cuestionario presenta 4 categorías de respuestas tipo Likert las cuales son: nunca=0 significa que no hay ninguna similitud; algunas veces=1 si la coincidencia se da en alguna medida; muchas veces=2 si la coincidencia es grande y por último casi siempre=3 si es que coincide en gran manera con el individuo. De esta manera la interpretación de los resultados resultará de acuerdo a los tipos de afrontamiento (positivo, preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo). La prueba puede ser aplicada de manera grupal o individual, el tiempo de duración para su aplicación es de 25 minutos aproximadamente.

Para su adaptación al contexto peruano Mamani (2008) administró el instrumento en una muestra de 299 pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del servicio de Oncología Ginecología y Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La metodología de la muestra para dicha investigación fue de tipo no probabilístico, con una muestra de 130 pacientes, que comprendían las edades entre 30 a 83 años, donde los resultados fueron la Ji cuadrada de independencia ($P = 0,980 > \alpha = 0,05$) no estadísticamente significativa. El análisis de correlación de R de Pearson de la variable afrontamiento ante el estrés con el tipo de respuesta, señala que existe una correlación altamente significativa con el tipo de respuesta negativo ($0,01 < -.197$). Por último, la fiabilidad de constructo se estableció mediante el Alpha de Cronbach ($0,01 < .846$).

2.3.2 Escala de Apoyo Social familiar y de amigos de Gonzales y Landero

Este instrumento fue construido originalmente por de Procidano y Heller (1983) y adaptada al español por Landero y Gonzáles en México (2008), su tipo es escala y puede ser administrado tanto de forma individual como colectiva en población adulta a partir de los 18 años; su administración puede durar entre 5 a 8 minutos. Por otro lado, la escala consta de 15 reactivos, los cuales pueden ser respondidos en base a una escala tipo Likert de 5 puntos. Dicho instrumento evalúa dos grandes dimensiones:

1.- Apoyo familiar (ítems 1,3,5,7,9,11,13,14): Se puede considerar como relaciones primarias de las cuales sobre todo al inicio el individuo depende de ellas para satisfacer sus necesidades y retroalimentarse, y son más duraderas en el tiempo, las cuales proporcionan o pueden proporcionar distintos tipos de apoyo a sus integrantes.

2.- Apoyo de amigos (Ítems 2,4,6,8,10,12,15): representar una relación secundaria que forman parte del proceso de socialización de las personas, que puede a veces pasar a ser más importantes o más influyentes en las personas sobre todo en ciertas etapas de la vida, pero en general tienden a ser relaciones menos duraderas.

Su puntaje varía desde 1 = nunca a 5 = siempre. El máximo puntaje que se puede obtener es de 75 puntos, y el mínimo de 15. Cuando mayor es el puntaje, mayor es el apoyo social percibido. Su confiabilidad por medio de Alfa de Cronbach = 0,92.

El instrumento fue validado en Perú por Aldave (con una muestra de 130 pacientes con diagnóstico de VIH en un hospital de Trujillo. Se procedió a realizar una aplicación piloto en 100 pacientes con VIH a partir de 18 años (M=34.1; DE=12.9) siendo el 53% varones del

Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo – HRDT. Fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico circunstancial. La versión original fue realizada en México, luego de ellos las subsecuentes validaciones han arrojado resultados imprecisos como el de Torres, Vega, Vinaly, Arenas, & Rodríguez (2015) en donde precisó la eliminación de un ítem y la manifestación de un tercer factor, mientras una nueva validación por González y Landero (2014) evidenciaron la misma estructura sin embargo se procedió mediante la extracción de componentes principales (Aldave, 2018).

Asimismo, para la ejecución de este instrumento en este estudio de investigación se procedió a realizar una validación por criterio de jueces, la cual consistía en la modificación de los ítems 5,11 y 12 respectivamente. Dicha validación se realizó en el mes de enero del 2020, pasando satisfactoriamente dicha evaluación por el total de sus cinco jueces.

2.4 Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes

Se elaboró una ficha de datos sociodemográficos donde se pidió datos como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, diagnóstico, tipo de tratamiento y estadio clínico, los cuales deberán responder al inicio de la encuesta.

2.5 Proceso de recolección de datos

Para la recolección de los datos se inició con la tramitación documentaria correspondiente a la autorización de la institución donde se realizó la investigación, dicho proceso se realizó durante los meses de diciembre y enero del presente año. Así mismo la aplicación de los instrumentos dentro de la institución a la población se realizará al otorgarse la autorización por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Prestacional Almenara y autoridades a fin para realizar la investigación, se estima llevar a cabo en los meses de

febrero y marzo del 2020. Los lugares de aplicación serán los correspondientes al servicio de oncología médica, el área de hospitalización y consulta externa. La aplicación se iniciará con la presentación y el consentimiento informado, así mismo se recogerán los datos sociodemográficos a través de la información brindada por el paciente y familiar por medio de la entrevista, para la recolección de los datos médicos como el diagnóstico, el estadio y el tipo de intervención que recibe se procederá con la lectura de la historia clínica y/o entrevista al paciente, familiar o la licenciada de enfermería. Después de haber registrado todos los datos sociodemográficos y demás se procederá a aplicar la escala de apoyo social familiar y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO) en un tiempo aproximado de 25 minutos. Después se procedió a realizar el análisis de datos por SPSS 24.0 y Excel. Se hizo la limpieza de la data y posteriormente las tablas cruzadas con las variables, dimensiones y datos sociodemográficos, el análisis inferencial utilizado fue el chi cuadrado, debido a que no hubo distribución normal según Kolmogorov-Smirnov en nuestra prueba.

2.6 Análisis estadístico

Primero, se analizaron y procesaron los resultados en el software estadístico SPSS 24.0, se realizó la limpieza de los datos, se obtuvieron las tablas cruzadas de las variables, dimensiones y datos sociodemográficos, todo utilizando el análisis inferencial Chi cuadrada, debido a que nuestros supuestos no se encontraban en el nivel de medición intervalo.

De la misma manera, se empleó la validez y fiabilidad de la prueba se utilizarán los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) y el coeficiente Alpha de Cronbach respectivamente. Finalmente, para evaluar la correlación de la variable de factores personales, médicos y socio familiares y factores de afrontamiento al estrés se utilizó el estadístico de Chi cuadrado.

3. Resultados

3.1 Análisis descriptivo

3.1.1. Nivel de afrontamiento al estrés por enfermedad

En la tabla 1 se aprecia que la mayoría de pacientes adultos oncológicos presentan un afrontamiento negativo (52,0%) lo que significa que estos pacientes oncológicos recurren a las estrategias negativas, tendiendo a negar la realidad, sufrir una mayor sintomatología ansiosa, experimentar resignación y ver todo bajo una óptica pesimista frente a la enfermedad y sus efectos colaterales, generando mayor desequilibrio emocional y reduciendo las oportunidades para una recuperación frente al cáncer; por otro lado se observa que el 15,0% de estos pacientes tienen un afrontamiento no definido demostrando que sus recursos son positivos y negativos; por último observamos al grupo de pacientes oncológicos que presentan un afrontamiento positivo (33,0%), lo que significa que a nivel cognitivo conductual adoptan un papel activo y colaborador de lucha contra la enfermedad.

Tabla 1

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

	Afrontamiento al estrés	
	n	%
Afrontamiento negativo	52	52,0%
Afrontamiento no definido	15	15,0%
Afrontamiento positivo	33	33,0%

3.1.2. Nivel de apoyo social familiar y de amigos

En la tabla 2 se aprecia que la mayoría de los pacientes de oncología presentan un Apoyo social moderado (52.0%), así mismo los otros dos grupos de pacientes se dividen en partes similares, siendo los que perciban un apoyo social bajo el 25.0% y aquellos que perciben un apoyo social alto son el 23.0%.

De manera muy similar se aprecia el apoyo social a nivel familiar y de amigos, donde la mayoría de los pacientes necesita mejorar aspectos sobre la manera en cómo se perciben en estas áreas.

Tabla 2

Niveles de apoyo social familiar y de amigos en pacientes de oncología.

	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Apoyo social	25	25.0%	52	52.0%	23	23.0%
Familia	26	25.0%	53	53.0%	22	22.0%
Amigos	25	26.0%	54	54.0%	20	20.0%

3.1.3. Nivel de afrontamiento al estrés según datos sociodemográficos

a. Nivel de afrontamiento al estrés según sexo

La tabla 3 permite apreciar que hay mayor muestra del género femenino con cáncer, en cuanto a los hombres, estos presentan el mismo puntaje en los niveles negativo y positivo (43.3%) mientras que la mayoría de las mujeres (55,7%) presentan un nivel negativo de afrontamiento, evidenciando que las mujeres recurren más estrategias negativas para hacer frente a su diagnóstico; así mismo se demostró que existe un grupo minoritario de pacientes

varones y mujeres con un afrontamiento no definido, es decir recurren a mecanismos de defensa positivos y negativos que interfieren, obstaculizan y lentifican la recuperación.

Tabla 3

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

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
Afrontamiento negativo	13	43.3%	39	55,7%
Afrontamiento indefinido	4	13.3%	11	15,7%
Afrontamiento positivo	13	43.3%	20	28.6%

b. Nivel de estrés académico según edad

Los resultados obtenidos en la tabla 4 indicaron que los adultos tempranos (18-39) y los adultos intermedios (40-64) enfrentan el cáncer con más recursos negativos (60,9% y 56,0%) respectivamente demostrando que tienen mayor padecimiento de ansiedad, preocupación excesiva por la enfermedad, resignación y distanciamiento de su familia, en el caso del grupo más joven debido a la incertidumbre y angustia al ser conscientes de que sus sueños, proyectos y metas se ven afectadas por la enfermedad y todo lo que ello implica. Por último, la mayoría de los adultos mayores de 65 años a más confrontan el cáncer con recursos positivos (51.9%) a pesar de la complejidad que implica la enfermedad se muestran optimistas y afrontan positivamente el cáncer. Sin embargo, existe un grupo importante del 37.0% que utilizan recursos negativos de afrontamiento, los cuales interfieren en la recuperación, por lo que se puede entender de que este grupo presenta una tendencia 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.

Tabla 4

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

	Edades							
	<u>18 a 39 años</u>		<u>40 a 64 años</u>		<u>65 a más años</u>		<u>Total</u>	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Afrontamiento negativo	14	60,9%	28	56,0%	10	37,0%	52	52,0%
Afrontamiento no definido	3	13,0%	9	18,0%	3	11,1%	15	15,0%
Afrontamiento positivo	6	26,1%	13	26,0%	14	51,9%	33	33,0%

c. Nivel de estrés académico según estadio de la enfermedad

La tabla 5 permite apreciar que los grupos de pacientes divididos por los cuadros estadios clínicos nos permite observar que el grupo que se encuentran en el I estadio recurren a un afronte negativo (100,0%); el 52,0% del grupo que conforman el II estadio utilizan estrategias de un afronte negativo, mientras que el 36,0% utilizan estrategias positivas de afronte; de manera similar las personas del III estadio en su mayoría observamos que tienen un afronte negativo (60,0%). Por último, la mayoría de los pacientes se encuentran en el IV estadio, donde la mayoría de este grupo (44,2%) tiene un afronte negativo, sin embargo, un grupo importante como el 37,2% recurren a estrategias positivas de afrontamiento.

Tabla 5

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

n %	Estadio del paciente							
	I estadío		II estadío		III estadío		IV estadío	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Afrontamiento negativo	2	100,0%	13	52,0%	18	60,0%	19	44,2%
Afrontamiento no definido	0	0,0%	3	12,0%	4	13,3%	8	18,6%
Afrontamiento positivo	0	0,0%	9	36,0%	8	26,7%	16	37,2%

3.2. Asociación entre las variables

Respecto a la asociación entre el apoyo social y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, la tabla 10 muestra que el estadístico chi cuadrado de Pearson obtiene un valor de $X^2 = 22.182$ 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.

Tabla 6

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

	Afrontamiento al estrés		
	X ²	gl	p
Apoyo social	22.182	4	.000

En la figura 1 se observa que los pacientes oncológicos que presentaron un nivel bajo de apoyo social se asocia a un afrontamiento positivo, los pacientes que tienen un afrontamiento positivo afrontan con resiliencia la enfermedad; los cuales por lo general tienen una visión de esperanza y optimismo respecto al futuro, ya que se enfrentan a la

enfermedad con la sensación de sentirse capaces de poder afrontarla; asimismo se observa que un nivel moderado de apoyo social se asocia a un afrontamiento indefinido, caracterizado por un afrontamiento oscilante que se mantiene constantemente entre un afrontamiento positivo y negativo. Finalmente se aprecia en la figura que un nivel de apoyo social alto se asocia a un afrontamiento negativo, haciendo que el paciente presente conductas y pensamientos de resignación frente al pronóstico, a pesar de recibir apoyo, económico y emocional, interés, empatía y aceptación, esto podría estar relacionado a una indefensión aprendida, producto de la sobreprotección y el constante monitoreo por parte de su entorno, por lo que el paciente puede llegar a asumir que es incapaz de hacer frente a la enfermedad.

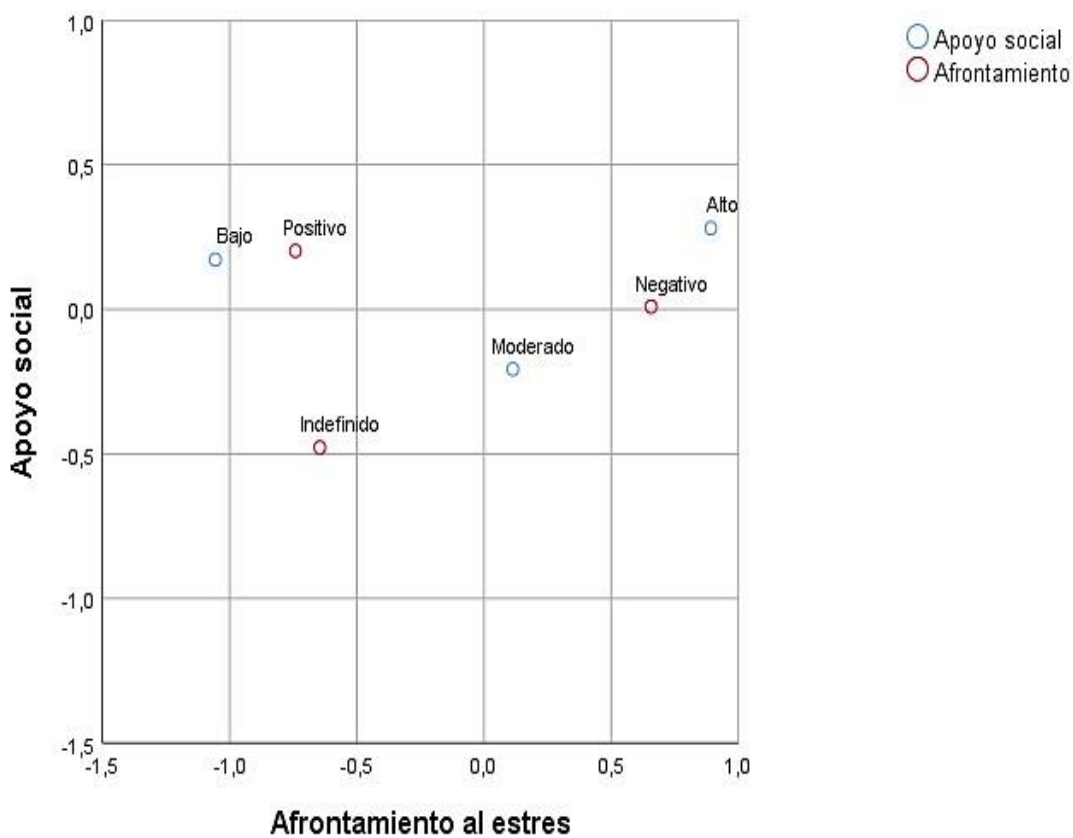


Figura 1: Asociación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

3.3. Asociación entre los datos sociodemográfico

Respecto a la asociación entre los datos sociodemográficos y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, la tabla 11 muestra que el estadístico chi-cuadrado de Pearson fue realizado en todos los datos sociodemográficos, sin embargo, sólo el grado de instrucción presentó correspondencia con un valor de $X^2 = 15,274$ con un nivel de significancia de $p=0.18$, es decir, existe asociación altamente significativa entre el grado de instrucción y el afrontamiento al estrés por enfermedad.

Tabla 7

Coefficiente de correlación entre los datos sociodemográficos y afrontamiento al estrés en pacientes del servicio de oncología en un hospital de Lima Metropolitana.

	Afrontamiento al estrés		
	X ²	gl	p
Sexo	2,085	2	.353
Edad	6,278	4	.179
Estado civil	4.239	8	.835
Grado de instrucción	15,274	6	.018
Diagnóstico	27,721	26	.372
Estadio del participante	3.962	6	.682
Tipo de tratamiento	2,192	2	.334

En la figura 2 se aprecia que un afrontamiento positivo se asocia al grado de instrucción primario, esto podría deberse a la falta de un completo conocimiento respecto a la información concerniente al diagnóstico y los efectos colaterales a la enfermedad, por otro lado, el grado secundario y el técnico no se asocian con ningún tipo de afrontamiento. Finalmente se observa en la figura que un afrontamiento negativo se asocia a un grado de instrucción superior, debido a que este tipo de pacientes mantienen constante acceso a la

información, manteniéndose sobre informados. afrontamiento negativo se asocia a un grado de instrucción superior, debido a que este tipo de pacientes mantienen constante acceso a la información, manteniéndose sobre informados.

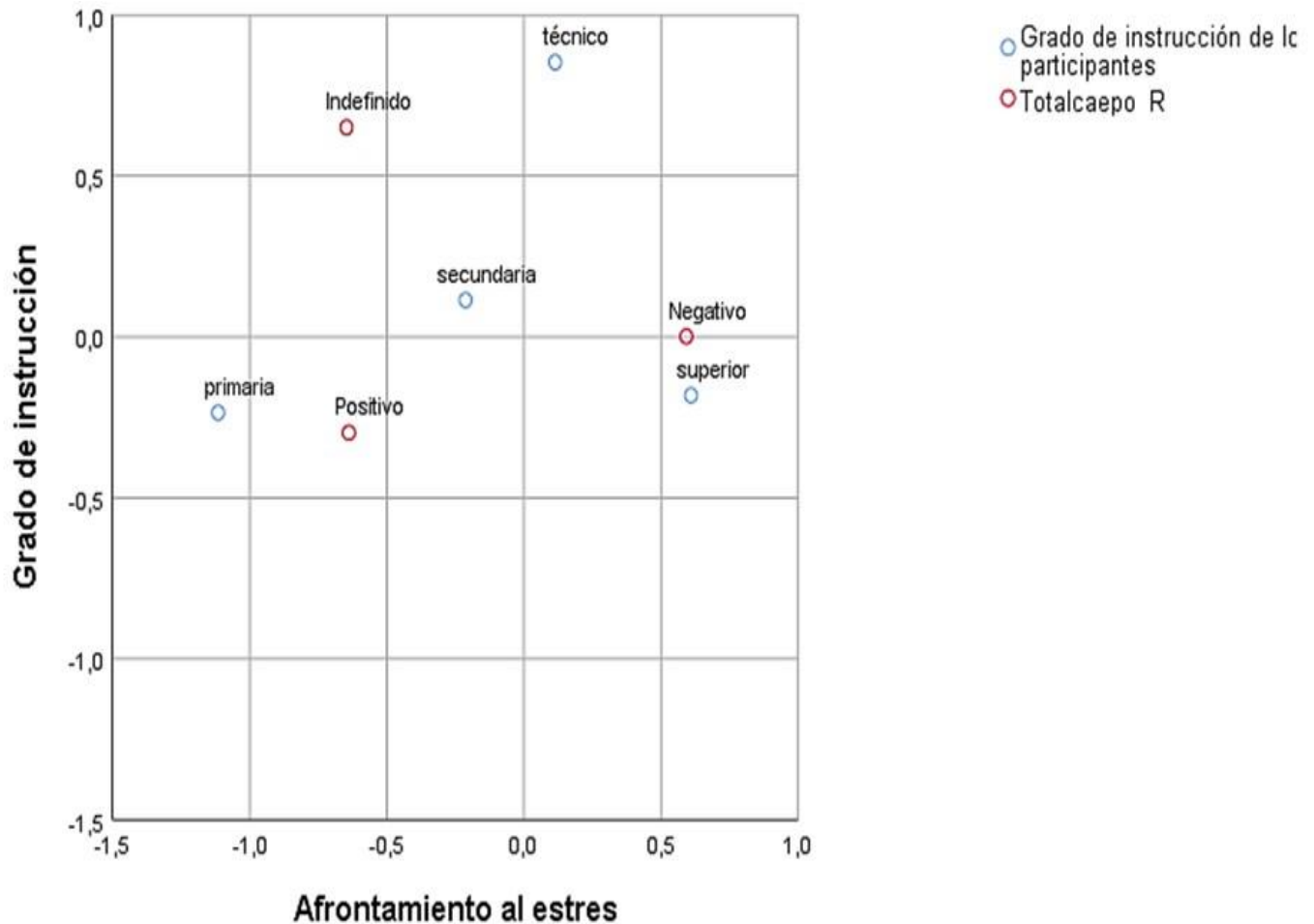


Figura 2: Asociación entre grado de instrucción y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana.

4. Discusión

A continuación, se analizan los resultados de la relación entre el afrontamiento al estrés por la enfermedad y factores personales, médicos y socio familiares en pacientes oncológicos adultos.

En esta investigación, se encontró que no existe relación significativa entre las variables de edad y afrontamiento al estrés, al igual que en la investigación de Cortés, Barragán, Estrada y Linares (2017), donde trabajaron el nivel de afrontamiento del estrés y su relación con variables sociodemográficas en pacientes oncológicos adultos y no encontrarían relación entre las variables afrontamiento al estrés y edad de los participantes. Esta falta de diferencia significativa entre afrontamiento y edad sugiere que el uso de estrategias de afrontamiento no dependería de la edad en el grupo de pacientes de esta investigación. No obstante, otra explicación para que los resultados no hayan mostrado correlación entre las variables edad y afrontamiento al estrés podría deberse a la cantidad y diversidad de grupos por edad que se utilizaron para la investigación, según sus tres etapas (adultez temprana, intermedia y tardía) y la diferencia en la dispersión de dichos grupos: adultez temprana (23%), adultez intermedia (50%) y adultez tardía (27%) respectivamente.

Asimismo, no se evidenció relación entre las variables sexo y tipo de afrontamiento al estrés por la enfermedad, similar al estudio de Ticona, Santos, y Siqueira (2015), donde observaron que no se halló diferencias entre el género y estrategias para afrontar el estrés en pacientes de oncología que recibían tratamiento de quimioterapia. Esta falta de diferencia significativa entre hombres y mujeres sugiere que el uso de estrategias de afrontamiento no dependería del sexo en el grupo de pacientes de esta investigación. Sin

embargo, como en otras investigaciones se observó la población oncológica femenina represento la mayoría de la muestra (70%) por encima de los hombres (30%).

Por otro lado, se observó que no existe relación entre las variables de estado civil y afrontamiento al estrés, de manera similar a la investigación de De Haro et al. (2014), en la cual tuvieron por objetivo ver qué factores guardarían algún tipo de relación con las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, donde observaron que la variable estado civil no presentaba significancia estadística, algo similar al estudio realizado por Fernández et al. (2012) en la cual observó que en población oncológica adulta el estado civil no presentaba significancia estadística con relación al estrés.

Con respecto a la variable grado de instrucción, este estudio demuestra que sí existe asociación altamente significativa entre grado de instrucción y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología ($X^2=15,274; <.01$), los resultados obtenidos muestran que las personas con grado de instrucción primario presentan un afrontamiento positivo, el nivel secundario y técnico no estarían asociados a ningún tipo de afrontamiento. Por último, también se puede visualizar que un grado de instrucción superior está relacionado a un afrontamiento negativo del estrés, este resultado difiere de las investigaciones de González (2018), Galarza et al. (2009) y De Haro-Rodríguez (2014) los cuales mencionan que un afrontamiento positivo está relacionado con un grado de instrucción superior, debido a que ellos encontraron que los pacientes oncológicos con mayor grado de instrucción presentaban un mayor predominio en un afrontamiento más activo y más adaptativo, y que a su vez las personas con un nivel menor de instrucción

tienden a usar estrategias de evitación o negación, lo cual podría hacer pensar que la población con baja escolaridad se asociaría con un afrontamiento negativo. No obstante, a pesar que las investigaciones de dichos autores hayan obtenido esos resultados en esta investigación nosotros hemos encontrado un aporte distinto a lo planteado previamente, es por eso que consideramos la presencia de algunos posibles factores que hayan influido en los siguientes resultados. Con relación al afrontamiento positivo y la baja escolaridad podría ser que, al tener un bajo conocimiento, poco entendimiento e información respecto a la enfermedad y sus efectos colaterales podrían correr menos riesgo a la autosugestión, debido al exceso de información que podría buscar respecto a su enfermedad y pronóstico, debido a esto buscarían confiar estos temas al personal de salud como los médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, o a sus familiares más instruidos.

Por otro lado, las personas con un grado de instrucción superior presentan un afrontamiento negativo, esto podría deberse a que, al contar con un mayor acceso a la información y su amplio conocimiento podría crear en el paciente si es que no sabe afrontar la situación de manera positiva un sentimiento ansioso, depresivo y aumentaría su estrés debido a sus ansias de buscar la mayor información posible referente a su estado de salud y su pronóstico. Pero otra forma de explicar los resultados obtenidos es que estos pudieren verse afectados por el tamaño de la muestra, o incluso la dispersión de los grupos que conforman cada grupo de pacientes con sus respectivos grados de instrucción. Las personas con nivel primario representaron el segundo grupo más bajo con 17%, solo por debajo del nivel técnico (9%), asimismo el grado secundario representó el 33% de la muestra, y el nivel superior el 44% siendo el porcentaje mayor de estos cuatro grupos,

dicha diferencia de cantidades podría ver sido un factor que haya intervenido en los resultados obtenidos.

En cuanto a la relación entre las variables clínicas como estadio, tipo de cáncer y tratamiento se esperaba que guardasen algún tipo de relación con la variable de afrontamiento al estrés como otros investigadores encontraron, no obstante, los resultados que encontramos nos señalan que no hay una asociación entre estas variables médicas y el tipo de afronte, a pesar que algunos estudios señalan que si existe relación entre estas variables y afrontamiento al estrés (Ciaramella y poli, 2001; Hutton y Williams, 2001; Pérez et al. 2017); sin embargo en otro estudio se obtuvo como resultado la no correlación entre el estadio del cáncer y el tipo de tratamiento en relación a las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos (Acosta et al. 2017). De manera similar a los anteriores resultados el tipo de cáncer tampoco obtuvo correlación en este estudio, el motivo se puede deber que a diferencia de otros estudios no se consideraron la temporalidad del diagnóstico, el cambio o evolución de la misma, ya que se optó por registrar el diagnóstico actual sin tener en cuenta un posible diagnóstico anterior, asimismo en este estudio trabajamos con 14 diagnósticos distintos de cáncer, es por eso que debido a las situaciones ya mencionadas suponemos que estas pudieron haber alterado los resultados.

Por último, se obtuvo la asociación entre las variables afrontamiento al estrés y apoyo social ($X^2=22.182<.000$), demostrando así la significancia correlacional entre ambas variables. Los autores Nisa y Rizvi (2016) mencionan que el apoyo social es muy importante para las personas que presentan cáncer, esto debido a que ayuda los pacientes en la expresión de emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la

percepción del bienestar psicológico y en la elección de mejores estrategias de afrontamiento. La percepción del apoyo social presenta una valoración cognitiva de sentirse conectado con otras personas y de recibir ayuda en momentos de necesidad (Usta, 2012). El apoyo social tiene un efecto directo sobre la salud a partir de la interacción con los demás, creando sentido de identidad social, pertenencia y participación, gracias a la fomentación de las conductas saludables, el incremento de la autoestima y obtener creencias de competencia y autocontrol sobre su medio (Bárez, Blasco y Fernández, 2003). Para Baca (2013) el apoyo social reduce la evaluación negativa sobre la situación que genera estrés y facilita la posibilidad de adoptar conductas adaptativas. De esta manera el apoyo social favorece la adaptación personal y está asociado con una mejor salud física y mental (Costa- Requena, Ballester y Gil, 2015). Kim et al. (2010) refieren que el apoyo social es una variable que se relaciona con la adaptación a la enfermedad.

Los resultados obtenidos nos señalan que un apoyo social bajo tiene relación con un afrontamiento al estrés positivo, un apoyo social percibido como moderado no está asociado a ningún tipo de afrontamiento y un apoyo social alto estaría relacionado a un afrontamiento negativo, estos resultados difieren con los encontrados por Pérez et al. (2017), Huamán y Lupaca (2019), Gonzáles (2018), quienes mencionan que un apoyo social alto favorece a la adaptación del paciente oncológico y que le permite hacer uso de estrategias positivas de afrontamiento, mientras que un apoyo social percibido como bajo se asocia a un afrontamiento negativo, no obstante otros estudios como los encontrados por Díaz y Yaringaño (2010); Juárez y Landero (2009), Espinoza y Ramos (2014); Santana, Zanin y Maniglia (2008), señalaron que un apoyo social excesivo podría perjudicar al paciente oncológico, esto sucedería porque se corre el riesgo de que el

paciente se vuelva muy dependiente de su entorno, de esta manera al percibirse limitado de hacer ciertas actividades o dejar de cumplir con ciertas responsabilidades u obligaciones que solía hacer tendría una tendencia a crearse en ellos una indefensión aprendida, la cual empezaría por la reducción del uso de sus propios recursos, mecanismos y estrategias que permitan afrontar el estrés de mejor manera, a ello debemos considerar que el cáncer es una enfermedad que genera altos niveles de estrés por su impacto biopsicosocial. Esta es una enfermedad que implica grandes cambios de adaptación, en algunos casos personas que han vivido independientemente de su familia se ven obligadas a mudarse o convivir mayormente con ellas y tener que vivir como dependientes de estos, esto suele provocar tensión, tristeza, irritabilidad entre otras variables psicológicas en los pacientes, muchos adultos mayores tienen temor de sentirse una carga para sus familiares, especialmente de sus hijos, por lo tanto podría también considerarse dichos aspectos en los resultados obtenidos. Cabe resaltar que Gonzáles y Landero autores de la escala de apoyo social familiar y de amigos fue utilizada por Aldave en Trujillo-Perú (2018) en una población adulta con VIH, cuya escala se divide en 2 dimensiones familia y amigos, la primera dimensión puede entenderse como las relaciones primarias o básicas que permiten satisfacer nuestras necesidades y retroalimentarnos, las relaciones familiares son por lo general más duraderas, asimismo el apoyo de los amigos representan una relación secundaria que forma parte de la socialización del individuo con el mundo exterior, en lo general estas relaciones pueden llegar a ser muy influyentes, lo cual depende de la etapa de vida en la que se encuentre el individuo, pero aun así tienden a durar menos (Gonzáles y Landero, 2014).

A continuación, presentamos un listado de las limitaciones que tuvimos en la presente investigación.

- La población oncológica siempre resulta un reto al momento de realizar un estudio, esto debido al estado físico y psicológico muchas veces afectado.
- Las diferencias marcadas de edad y sexo entre los pacientes del servicio de oncología factores que quisimos controlar, no obstante, no se pudo del todo.
- También en el inicio la encuesta se realizó solo en el área de hospitalización, pero después se gestionaron los permisos para encuestar también en consultoría externa (ambulatorio) con el fin de tener mayor población y muestra.
- El tiempo que llevó trabajar en todos los requisitos y posteriormente obtener todos los permisos por el HNGAI para iniciar con el proceso de encuesta también fue un limitante.
- El trabajo de los autores se tuvo que dividir entre el proceso de encuesta y seguimiento el seguimiento del estudio con la corrección teórica (Factores determinantes: distancia, economía, tiempo y salud).

5. Conclusión

Los resultados obtenidos demostraron las siguientes conclusiones referentes a este estudio.

- Respecto al objetivo general, se evidencia que solo dos de los tres factores (personales, médicos y socio familiares) guardaron relación, estos son el grado de instrucción como factor personal, y el apoyo social como variable perteneciente al factor socio familiar.
- La variable grado de instrucción se relaciona significativamente con la variable afrontamiento al estrés ($X^2=15,274;<.01$), en ella se evidenció que el grado de instrucción primario está asociado a un afrontamiento positivo y que un grado de instrucción superior se asocia a un afrontamiento negativo, mientras que el nivel secundario y técnico no estarían asociados a ningún tipo de afrontamiento.
- No se encontró relación entre las variables edad, sexo y estado civil como factores personales con la variable afrontamiento al estrés. Tampoco se encontró relación entre afrontamiento al estrés con las variables tipo de cáncer, tipo de tratamiento y estadio clínico correspondientes al factor médico
- Finalmente se encontró que la relación significativa entre las variables de apoyo social y grado de instrucción ($X^2=22.182<.000$). Entre ellas vimos que un apoyo social percibido bajo está relacionado a un afrontamiento positivo, y que un apoyo social alto está asociado a un afrontamiento negativo.

6. Recomendaciones

A continuación, se presentan puntos a considerar en los estudios posteriores

- Ampliar el número de la muestra para futuras investigaciones.
- Guardar mayor proporcionalidad entre los grupos de edad, o en todo caso delimitar mejor los grupos de edad para evitar que sean más amplios.
- Tener en cuenta la temporalidad del diagnóstico clínico.
- Reducir el número de diagnósticos de cáncer para evitar dispersiones.
- Considerar otras pruebas que midan la variable de apoyo social.
- Para futuros estudios considerar otras variables tales como: espiritualidad, rasgos de personalidad, funcionalidad familiar, ansiedad, depresión, atención hospitalaria y adherencia al tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, E., López, C., Martínez, M. E., & Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 139. <https://doi.org/10.19136/hs.a16n2.1629>
- Aldave, G. (2018). “Resiliencia y apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo” (Tesis de licenciatura). Universidad Privada del Norte. Recuperado de: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/13579>
- American Psychological Association. (2017). Stress in America: The State of Our Nation. *Stress in America Survey*, 1–9. Recuperado de stressinamerica.org
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Bárez, M., Blasco, T. y Fernández, C. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.
- Cabrera, Y., Ernesto, M., López, J., Ernesto, G., Cabrera, L., & De, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible *Psychology and Oncology : in an Essential Unit*. *Finlay*, 7(2), 115–127. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Casado Cañero, F. (2020). *Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas*. Recuperado de http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf
- Ciamarella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of Depression among Cancer Patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 10(1), 156–165. <https://doi.org/10.5958/2349-2996.2018.00004.6>
- Costa-Requena, G., Ballester, R., & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 25-32. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14404
- Cortés, L., Barragán, L., Estrada, S., & Linares, O. (2017). Nivel de afrontamiento del estrés y su relación con variables sociodemográficas en pacientes oncológicos adultos. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, Vol. 4, No 2, pp.40-46. Recuperado de: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/74>

- De Haro, M., Gallardo, L., Martínez, M., Camacho, N., Velázquez, J., & Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de reciente diagnóstico. *Psicooncología*, *121*, 7–32. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Díaz A., G., & Yaringaño L., J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación En Psicología*, *13*(1), 69–86. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i1.3737>
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, *0*(1), 39–48. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2003.n1.17245
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). *Neurobiología del estrés*. *48*(4), 307–318. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272010000500006
- Espinoza, C., & Ramos, A. (2014). Fatiga, apoyo social y afrontamiento en pacientes con cáncer. (Tesis para Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2291/ENescacs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, B., & Del Mar Campos, M. (2012). Primer impacto: programa de detección de estrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 317-334. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40900
- Felipe, E., & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(2), 245–257. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/560/56017095004/%0Ahttps://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
- Galarza, A., Martínez, V., Posada C. y Castañeiras C. (2009). Resiliencia y afrontamiento adaptativo: ¿recursos claves para la salud mental?. Sedici. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/47911>
- Gestión. (2016). Cáncer en Perú: El 85% de casos se detectan en estadios avanzados. Retrieved from Gestión website: <https://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casosdetectan-estadios-avanzados-144978-noticia/>
- González, M. (1998). *Oncología Clínica*. McGraw-Hill – Interamericana. México D.F.
- González Martínez, T. (2015). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos*. 8–28. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Gonzalez, G. (2018). *Afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama. Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología con mención en Clínica que presenta la Bachillera* (PUCP) Recuperado de:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12242/Gonzalez_Castillo_Afrontamiento_apoyo_social1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González, M., & Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. Recuperado: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-propiedades-psicometricas-escala-apoyo-social-S2007471914703874>

Hamama, Y. (2012). Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psycho-Oncology*, 21(3), 255–263. <https://doi.org/10.1002/pon.1889>

Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2016). Metodología de la investigación. México. McGraw-Hill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf.

Huaman, L., & Lupaca, D. (2019). Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana (Universidad Peruana Unión). Retrieved from <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1722>

Hutton, J., & Williams, M. (2001). An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 39(5), 333–339. <https://doi.org/10.1054/bjom.2001.0645>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Casos registrados de personas atendidas, con el diagnóstico de cáncer, según el departamento de procedencia. Retrieved from <https://www.inei.gov.pe/buscador/?tbusqueda=cancer>

Instituto Nacional del Cáncer. (2014). Manual de Enfermería Oncológica. *Instituto Nacional Del Cáncer*, 6–165. Retrieved from <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (2018). Estadísticas del cáncer. Retrieved from Instituto Nacional del Cáncer website: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/quees/estadisticas>

Juárez, D., & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, 6(2), 79–87. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/41206952_Variables_psicosociales_y_salud_en_mujeres_con_cancer_de_mama

- Kim, J., Jeong Yeob Han, Shaw, B., McTavish, F., & Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients emotional well-being: Testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 543–552. <https://doi.org/10.1177/1359105309355338>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología Desde El Caribe*, 30(1), 123–145. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Martín, M., & Domingo, J. (2011). Carcinogénesis. *Encyclopedia of Toxicology: Third Edition*, 53(5), 713–729. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386454-3.00371-7>
- Nicholas, D. R., & Veach, T. A. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 206–215. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.31.2.206>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cancer. Retrieved from Organización Mundial de la Salud website: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 354–363. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009&lng=es&tlng=es
- Pérez, P., González, A., Mielles, I., & Uribe, A. F. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41–54. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi15-2.rase>
- Santana J, Zanin C. & Maniglia J. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 371–384. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>
- Nisa, S., & Rizvi, T. (2016). Influence of Social Support and Coping Strategies and personality traits with Post traumatic Growth in Cancer Patients. *International Research Journal of Social Sciences*, 6(2), 105–114. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/286932010>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2019). ¿Que es el cáncer y cómo se desarrollo? Retrieved from Socieda Española de Oncología Médica website: <http://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- The Economist Intelligence Unit. (2017). Control del cáncer, acceso y desigualdad en américa latina Una historia de luces y sombras. *The Economist Intelligence Unit*, 74. Retrieved from

https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Moreles, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación Psimétrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
[16657063/Derechos](https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001)

Ticona, S., Santos, E., & Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9–20. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.2>

Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3569-3572.

Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.05>

ANEXO 1

Fiabilidad del Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos

La fiabilidad global del cuestionario se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 6 permite apreciar que la consistencia interna global del cuestionario (40 ítems) en la muestra estudiada es de .601 es decir se encuentra en un nivel adecuado.

Tabla 8

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

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Afrontamiento global	40	.601

Validez del cuestionario de Afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos

Como se observa en la tabla 7 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 9

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	
ELA		.684	.000	.352	.000	.448	.000	.304	.002	.163	.106	.124	.220
ACE		1		.312	.002	.440	.000	.219	.029	.300	.002	.188	.060
BAS				1		.042	.678	.142	.158	.134	.185	.156	.121
APA						1		.408	.000	.025	.802	.281	.005
PRP								1		.111	.271	.100	.721
HD										1		.259	.009
N												1	

Fiabilidad de la Escala de Apoyo Social familiar de Gonzales y Landero

La fiabilidad global de la escala y sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 8 permite apreciar que la consistencia interna global del cuestionario (15 ítems) en la muestra estudiada es de .884 es decir se encuentra en un nivel adecuado. Asimismo, se aprecia que las dimensiones presentan adecuados niveles de fiabilidad.

Tabla 10

Estimaciones de consistencia interna de la Escala Social familiar de Gonzales y Landero

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Apoyo social	15	.884
Apoyo familia	8	.845
Apoyo de amigos	7	.911

Validez de la Escala de Apoyo Social familiar de Gonzales y Landero

Como se observa en la tabla 9 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 11

Correlaciones sub test – test de la Escala de Apoyo Social familiar de Gonzales y Landero

Dimensiones	<u>Apoyo social</u>	
	r	p
Apoyo familia	.299	.003
Apoyo de amigos	.299	.003

ANEXO 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Título del estudio: Factores relacionados al tipo de afrontamiento del estrés por enfermedad en pacientes adultos de oncología de un hospital nacional en Lima.

Investigador Principal: Fernando Zacarias Querevalú Nabarro y Mishell Mamani Quea

Institución donde se realizará el estudio: Hospital Guillermo Almenara Irigoyen

Mediante el presente documento se le está pidiendo que participe en un estudio de investigación sobre los factores relacionados al tipo de afrontamiento del estrés por enfermedad de cáncer. Este tipo de estudio se realiza para poder saber si existe relación entre los factores personales, médicos y socio familiares con su manera de lidiar con la enfermedad y así poder encontrar mejores tratamientos o modelos de seguimiento y cuidado para personas que padezcan enfermedades oncológicas.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea participar su médico continuará con su atención habitual sin ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si acepta participar o no.

1) ¿Qué se conoce sobre? ¿Por qué se realiza este estudio?

El cáncer no es solamente una enfermedad crónica que amenaza la vida de quien la padece, sino que además disminuye totalmente la calidad de vida, por lo tanto, es importante saber que recursos podrían utilizar las personas para lidiar con este problema. El propósito de esta investigación es el de determinar qué factores estarían relacionados con los tipos y

estrategias de afrontamiento frente al estrés por enfermedad en pacientes adultos de oncología de un hospital nacional en Lima. Entre los factores que deseamos evaluar con el tipo de afrontamiento de los pacientes están el género, edad, estado civil, grado de instrucción, tipo de cáncer, estadio clínico, tipo de tratamiento y el apoyo social familiar.

2) Si acepto participar, ¿qué debo hacer?

Si Ud. acepta participar se realizarán los siguientes procedimientos: Se realizará una breve entrevista para recolectar la información pertinente a la investigación, después se le aplicará un cuestionario para ver el tipo de afrontamiento a la enfermedad y finalmente una pequeña escala de apoyo social y familiar.

3) ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio? El tiempo total para la evaluación será un aproximado de 35 minutos.

4) ¿Tendré beneficios por participar?

Los resultados de esta investigación serán útiles para personas que tengan su misma enfermedad en el futuro.

5) ¿Existen riesgos por participar?

No existen riesgos por participar en el estudio.

6) ¿Qué gastos tendré si participo del estudio? ¿Me pagarán por participar?

Ud. no tendrá gasto alguno por participar. Todos los procedimientos del estudio serán gratuitos para Ud. No se le pagará por su participación en este estudio.

7) ¿Se compartirán mis datos personales? Y ¿quiénes tendrán acceso a ellos?

Para el estudio se evitará el uso de algún dato que permita identificarlo. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas o presentados su identidad no será revelada.

8) ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?

Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su atención médica posterior; simplemente deberá notificar al investigador de su decisión.

9) ¿Quién(es) financia(n) la investigación?

El estudio es autofinanciado por los propios investigadores.

10) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización?

Los resultados se darán a conocer al momento de su publicación a través de la página de la universidad peruana Unión y/o alguna revista científica.

11) ¿Puedo hablar con alguien si tengo dudas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante de un estudio de investigación?

Para cualquier consulta acerca del estudio puede contactar al Investigador Principal, Fernando Querevalú Nabarro al teléfono 920219469 o a Mishell Mamani Quea al teléfono 955506039

Si Ud. tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación, puede contactar a Demetrio Fernando Molero Castro, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, al teléfono _____ (celular y/o fijo del comité).

Declaración y firmas:

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidad del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento cuando lo desee, sin que esto perjudique mi atención en EsSalud y con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.]

Nombre del participante	Firma	Fecha (.../.../...)
Nombre del testigo o representante legal	Firma	Fecha (.../.../...)
Nombre del Investigador	Firma	Fecha (.../.../...)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria cuando el paciente tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella o en el caso de no saber leer y escribir.