



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VARONES Y
MUJERES CON DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS DE UN
HOSPITAL DE LIMA NORTE

Tesis presentada por:

MAYRA ELIZABHET MACHADO MUÑOZ

JANY SANCHEZ GUEVARA

Para obtener el Título Profesional de:
Licenciada en Psicología

Línea de Investigación: Bienestar y Calidad de vida

Asesor

Mg. Juan José Gabriel Artica Martínez

Código ORCID: 0000-0002-2043-4944

Lima- Perú

2023

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

MAYRA ELIZABHET MACHADO MUÑOZ
JANY SANCHEZ GUEVARA

Mg. Juan José Gabriel Artica Martínez

Asesor: Nombre(s) y Apellidos

Dr. Lesli Sobrino Chunga

Presidente de Jurado: Nombre(s) y Apellidos

Dr. Mario Santiago Bulnes Bedón

Miembro de Jurado 1: Nombre(s) y Apellidos

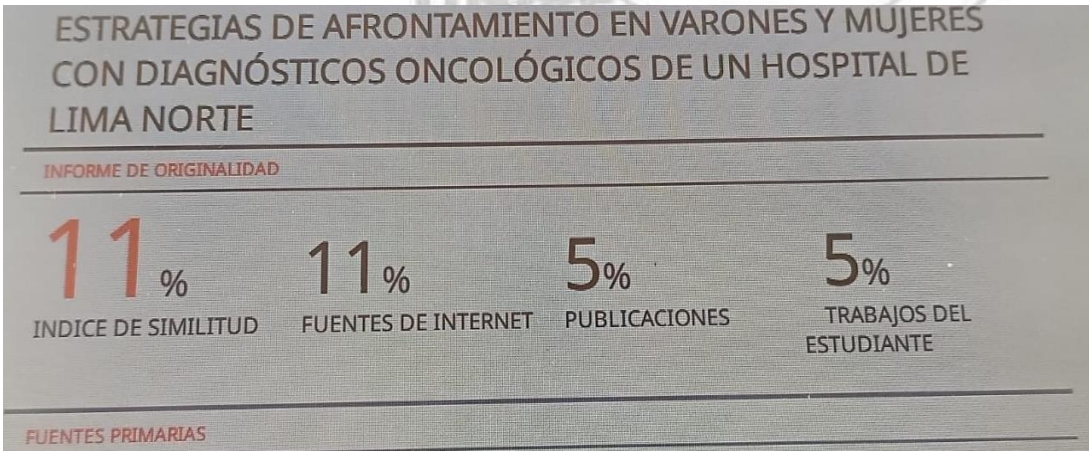
Mg. Bertha Sonia Reyes Portocarrero

Miembro de Jurado 2: Nombre(s) y Apellidos

Dr. Lisle Sobrino Chunga

Decano de la Facultad de Psicología y
Humanidades

Declaratoria de Originalidad del Asesor

Facultad o Escuela de Posgrado:	PSICOLOGIA Y HUMANIDADES		
Escuela Profesional o Programa Académico:	PSICOLOGIA		
Dependencia a la que pertenece el docente asesor:	DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA		
Docente asesor que verifica la originalidad:	Juan José Gabriel Artica Martínez		
ORCID:	0000-0002-2043-4944		
Título del documento:	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VARONES Y MUJERES CON DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LIMA NORTE		
Autora(s) del documento:	Mayra Elizabeth Machado Muñoz, Jany Sanchez Guevara		
Mecanismo utilizado para detección de originalidad:	Software Turnitin		
Nº de trabajo en Turnitin: (10 dígitos)	2208136997		
Porcentaje de <u>similitud</u> detectado:	11 %		
Fuentes originales de las similitudes detectadas:	Fuentes de internet =	11%	
	Publicaciones =	5%	
	Trabajos del estudiante =	5%	
(imagen del % similitud y fuentes detectadas)			
 <p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VARONES Y MUJERES CON DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LIMA NORTE</p> <hr/> <p style="text-align: center; color: red;">INFORME DE ORIGINALIDAD</p> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; color: red;">11</p> <p>%</p> <p>INDICE DE SIMILITUD</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; color: red;">11</p> <p>%</p> <p>FUENTES DE INTERNET</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; color: red;">5</p> <p>%</p> <p>PUBLICACIONES</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; color: red;">5</p> <p>%</p> <p>TRABAJOS DEL ESTUDIANTE</p> </div> </div> <hr/> <p style="text-align: center; color: red;">FUENTES PRIMARIAS</p>			
El docente asesor declara ha revisado el informe de similitud y expresa que el porcentaje señalado cumple con las "Normas Internas de Investigación e Innovación" establecidas por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.			
Fecha de aplicación en Turnitin: (dd-mm-aaaa)	10-jun-2024 05: 48a.m. (UTC-0500)		



RESUMEN

El objetivo de la investigación fue describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos de un hospital de Lima Norte. Colaboraron 200 participantes, hombres y mujeres, de 30 a 85 años con diagnósticos oncológicos. El estudio siguió un diseño empírico con una estrategia descriptiva (Ato et al., 2013) y se utilizó el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO). Ante la ausencia de información sobre las propiedades psicométricas en la población limeña, se desarrollaron evidencias de validez centradas en la estructura interna del cuestionario. Para ello, se reconfiguró la estructura del cuestionario y se obtuvieron adecuados índices de ajuste para el modelo resultante de dos factores ($\chi^2/gf=1.46$, SRMR=.07, CFI=.091, RMSEA= .04, AIC=9840). No se encontró evidencia que respalde las siete dimensiones de la estructura teórica del cuestionario; sin embargo, la estructura bidimensional resulta parsimoniosa al organizar las estrategias en adaptativas y desadaptativas. Respecto de los objetivos de la investigación, se encontró que el 22% de los encuestados mostró un nivel bajo de afrontamiento adaptativo; el 54%, un nivel medio (mayor porcentaje); y el 24%, un nivel alto. Por otro lado, en cuanto al afrontamiento desadaptativo, el 18.5% mostró un nivel bajo; el 62.5%, un nivel medio; y el 19%, un nivel alto. Por último, se encontró en los pacientes que el uso de estrategias adaptativas y desadaptativas alcanza un nivel moderado, con un ligero incremento en el uso de estrategias desadaptativas.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, pacientes oncológicos, estrategias adaptativas, estrategias desadaptativas.

ABSTRACT

The objective of the research was to describe the coping strategies used by cancer patients in a hospital in North Lima, 200 participants, between men and women, from 30 to 85 years old with cancer diagnoses collaborated. The study followed an empirical design with a descriptive strategy (Ato et al., 2013), the Stress Coping Questionnaire in Cancer Patients (CAEPO) was used. Given the absence of information on the psychometric properties in the Lima population, evidence of validity was developed focused on the internal structure of the questionnaire. The structure of the questionnaire was reconfigured, obtaining adequate fit indices for the model resulting from two factors ($\chi^2/df=1.46$, SRMR=.07, CFI=.091, RMSEA= .04, AIC=9840). No evidence was found to support the 7 dimensions of the theoretical structure of the questionnaire; however, the two-dimensional structure is parsimonious when organizing the adaptive and maladaptive strategies. Regarding the objectives of the research, it was found that 22% of the respondents showed a low level of adaptive coping, at a medium level 54% being a higher percentage and 24% at a high level; On the other hand, regarding maladaptive coping, 18.5% showed a low level, 62.5% at a medium level and 19% at a high level. Finally, the use of adaptive and maladaptive strategies was found in the patients at a moderate level, with a slight increase in the use of maladaptive strategies.

Keywords: coping strategies, cancer patients, adaptive strategies, maladaptive strategies.

RECONOCIMIENTOS / DEDICATORIA

Agradezco a Dios, por la salud y la vida, doy gracias a mi madre, por todo su apoyo, por siempre motivarme, para seguir adelante y a mi padre que desde el cielo me acompaña y a una persona especial en mi vida, que fue parte de este camino, agradezco a mi amiga y colega Mayra E. Machado Muñoz, a quien le aprecio y le estimo.

Agradezco a mi asesor Juan Artica, por su paciencia y enseñanza. Agradezco mi estimado profesor Antonio Rangel y a todos los integrantes del grupo ADI Oncológico y a mis queridos pacientes oncológicos, por todas las lecciones aprendidas en este camino que se llama vida

Jany Sanchez Guevara

Doy gracias a Dios por la salud de mis padres, hermanos y de mi adorada sobrina Luhana Paola, agradezco, de corazón, a mi buena amiga y colega, Jany Sanchez Guevara, a quien quiero y admiro.

Agradezco, al profesor Juan Artica, por su nobleza, paciencia y comprensión, en todo momento, y por supuesto a mi estimado profesor Antonio Rangel, así como a todos los integrantes del grupo ADI oncológico, y de manera muy especial, a todos los pacientes participantes, quienes me inspiraron con sus historias de vida.

Mayra E. Machado Muñoz

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
RECONOCIMIENTOS / DEDICATORIA	7
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES	15
1.1. Marco teórico conceptual	15
1.1.1. Estrés.....	15
1.1.2. Estrategias de afrontamiento.....	15
1.1.3. Pacientes oncológicos.....	20
1.1.4. Clasificación y tipos de cáncer.....	21
1.1.5. Validación de estructura interna del instrumento.....	22
1.2. Revisión de la literatura.....	23
1.2.1. Antecedentes nacionales.....	23
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	25
1.3. Planteamiento del problema	27
1.4. Objetivos.....	30
1.4.1. Objetivo general	30

1.4.2. Objetivos específicos.....	30
1.5. Hipótesis.....	31
1.5.1. Hipótesis general.....	31
1.5.2. Hipótesis específica.....	31
1.6. Definición operacional de términos.....	32
1.7. Importancia de la investigación.....	33
1.7.1. Importancia.....	33
1.7.2. Limitaciones.....	33
CAPÍTULO II: MÉTODO.....	35
2.1. Tipo y diseño de la investigación.....	35
2.2. Participantes.....	35
2.3. Materiales.....	37
2.4. Procedimiento.....	45
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	47
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....	55
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS.....	61
APÉNDICES.....	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Datos descriptivos de los participantes del estudio	36
Tabla 2 Modelos teóricos de los factores.....	40
Tabla 3 Modelos teóricos de 2 factores	42
Tabla 4 Estimación de la confiabilidad de los factores de la escala CAEPO abreviada.....	44
Tabla 5 Percentiles del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)	44
Tabla 6 Análisis de las estrategias más utilizadas por los pacientes oncológicos	47
Tabla 7 Análisis descriptivo y comparativo de las variables	48
Tabla 8 Estrategias de afrontamiento adaptativo según sexo	49
Tabla 9 Estrategias afrontamiento desadaptativo según sexo	49
Tabla 10 Análisis descriptivo y comparativo según sexo.....	50
Tabla 11 Estrategias de afrontamiento adaptativas en pacientes oncológicos de tipo carcinomas	50
Tabla 12 Estrategias de afrontamiento desadaptativo en pacientes con cáncer tipo carcinomas	51
Tabla 13 Análisis descriptivo y comparativo según diagnóstico	51
Tabla 14 Estrategias de afrontamiento adaptativo según el apoyo familiar	52
Tabla 15 Análisis descriptivo y comparativo según apoyo familiar	52
Tabla 16 Los niveles de afrontamiento adaptativo según composición familiar	53
Tabla 17 Análisis descriptivo y comparativo según composición familiar	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Esquema conceptual de Lazarus y Folkman (1984)..... 17

Figura 2 Modelo estructural de CAEPO versión abreviada organizado de 2 factores..... 43



INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente estudio es describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas por pacientes diagnosticados con cáncer. Sabiendo que un diagnóstico de este tipo impacta al individuo a nivel físico, emocional y social, es de suma importancia que el paciente conozca e identifique el tipo de afrontamiento que pone en marcha ante lo que podría considerar su mayor reto, y si este estilo es favorable o contraproducente para el proceso de su enfermedad.

Según las estadísticas del Centro internacional de Investigaciones sobre el cáncer (International Agency for Research on Cancer) señaladas en la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), los cánceres con mayor incidencia hasta el 2018 en las Américas en varones fueron los de próstata (21.7%), pulmón (9.5%) y colorrectal (8%); y en las mujeres, de mama (25.2%), pulmón (8.5%) y colorrectal (8.2%).

Por otro lado, las muertes por cáncer del 2013 al 2017 alcanzan una tasa de 158,3 por 100 000 hombres y mujeres por año. Además, la tasa de mortalidad por cáncer en varones supera a la de mujeres: es de 189,5 por 1 000 000 hombres, y de 135,7 por 1 000 000 mujeres (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2020).

Por su parte, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2022), hasta 2021, reportó un promedio de 17,500 nuevos casos de cánceres en mujeres y varones, cifra que aumentó en comparación con el 2020. Los tipos de

cánceres con mayor frecuencia son los de próstata, mama, estómago, colon-recto y cuello uterino.

Asimismo, la Red Nacional de Epidemiología (RENACE), hasta el 2019, reportó 444 casos de cáncer de próstata, 433 de estómago y 423 de piel en la población masculina; y, en la femenina, 1324 casos de cuello uterino, 765 de mama, 482 de piel y 382 de estómago. Se observa nuevamente que los casos con mayor incidencia se incluyen en la población femenina (Revilla, 2021). La población evaluada en esta investigación se ubicó en el rango de edad de 30 a 85 años, ya que según RENACE del MINSA, hasta el año 2020, en este rango de edad se concentra la mayor cantidad de nuevos casos diagnosticados (Revilla, 2021).

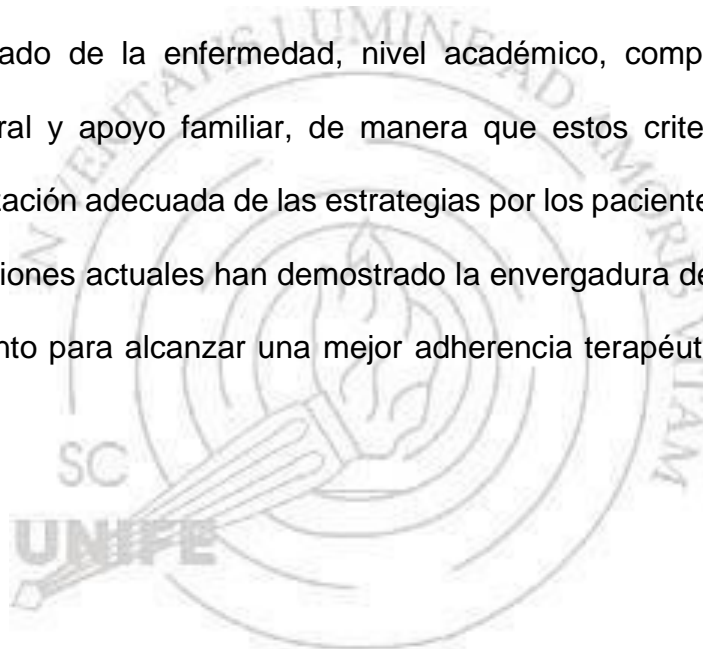
Debido al impacto del tratamiento, aspectos como el estado de ánimo, la calidad de sueño y el autoconcepto son afectados, y menoscaban la salud mental del enfermo. Se altera el estado de bienestar necesario para desarrollar su potencial, afrontar las tensiones de la vida, trabajar y sentirse productivo (OPS, 2022). En consecuencia, el paciente desarrolla sentimientos de tristeza profunda, depresión, ansiedad y otros (Escobar et al., 2019).

Frente a esta situación, el estudio del tipo de afrontamiento es relevante en cuanto al proceso de afrontamiento que pone en marcha el sujeto cuando experimenta una situación adversa, en la cual el pensamiento, la conducta y el estado de ánimo son perturbados. Un afrontamiento inadecuado puede ocasionar el abandono del tratamiento, la baja tolerancia al dolor, la progresión de la neoplasia y las psicopatologías asociadas como trastornos depresivos y

ansiosos, que pueden ensombrecer la prognosis del paciente (Oliveros et al., 2010).

Para realizar este estudio, se aplicó el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO). Este permitió recoger datos sobre los estilos de afrontamiento que empleó el paciente. Luego, se evaluaron las dimensiones o escalas: (a) afrontamiento centrado en el problema y (b) afrontamiento centrado en la emoción.

Se consideraron las variables sociodemográficas como sexo, edad, tipo de cáncer, grado de la enfermedad, nivel académico, composición familiar, actividad laboral y apoyo familiar, de manera que estos criterios permitieron evaluar la utilización adecuada de las estrategias por los pacientes. Cabe agregar que investigaciones actuales han demostrado la envergadura de las estrategias de afrontamiento para alcanzar una mejor adherencia terapéutica y calidad de vida.



CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

1.1. Marco teórico conceptual

1.1.1. Estrés

Según McEwen (2000, citado por Florencia, 2012), el estrés es la respuesta a un peligro real o imaginario que altera la integridad psicológica o fisiológica del individuo, provocando una reacción fisiológica y/o conductual. Por su parte, Chrousos y Gold (1992, citado por Florencia, 2012) indicaron que el estrés es un estado de ausencia de armonía o una amenaza al equilibrio del organismo.

Entonces, la pérdida de salud en sí misma es un evento que altera el estado de bienestar de la persona. Dada la magnitud del diagnóstico y los cambios drásticos que suponen, generan, indefectiblemente, en el paciente y su familia, altos niveles de estrés que eliciten la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que les permitan ajustarse a esta nueva realidad.

1.1.2. Estrategias de afrontamiento

Conceptualización

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales que son desplegados ante una situación estresante o adversa. Este proceso interno, en el cual interactúan pensamientos, emociones y experiencias previas, tiene una función de adaptación y un efecto tanto regulador como estabilizador frente a circunstancias demandantes que se

presentan y que frecuentemente se desbordan si los recursos son muy limitados (Encinas, 2019).

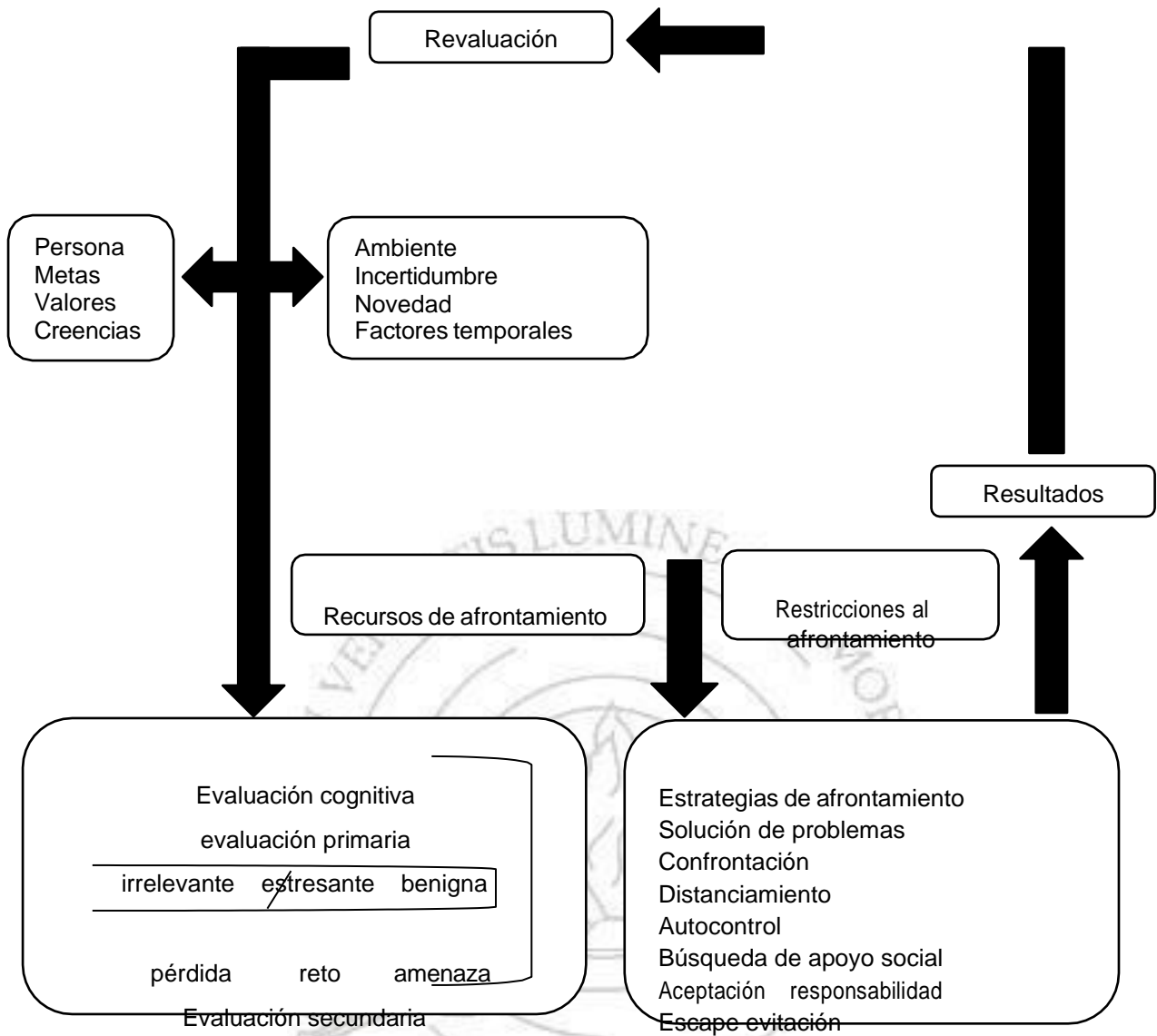
Modelos explicativos de estrategias de afrontamiento

Los dos modelos con más evidencia científica que sustentan y explican la etiología y el funcionamiento de las estrategias de afrontamiento son, en primer lugar, el modelo autorregulación del estrés, planteado por Carvier y Scheier. Esta propuesta se centra en la autorregulación conductual, en la cual el procesamiento cognitivo depende de la experiencia y el pensamiento, y, por consiguiente, de la gestión de expectativas agradables y desagradables que han de seguir a un estímulo estresor. El optimismo cumple un rol importante en este modelo, y se le considera una variable capaz de influir en el cumplimiento de metas y logros.

El segundo modelo es el de la teoría del estrés o modelo transaccional, propuesto por Susan Folkman y Richard Lazarus Lazarus (ver Figura 1). En aquel, se plantea que el estrés genera un problema específico, ante el cual las personas atraviesan un proceso de valoración cognitiva primaria (ser consciente de las consecuencias del problema) y secundaria (evaluar los recursos de los que se dispone según experiencias previas) para, finalmente, poner en acción una respuesta frente al factor estresante (Encinas, 2019).

Figura 1

Esquema conceptual de Lazarus y Folkman (1984)



Nota. Adaptado de González (2004).

En la Figura 1, se apreció el modelo planteado por Lazarus y Folkman (1984, citado por González, 2004). En este, se considera el esquema conceptual del proceso que atraviesa el sujeto frente a una situación de estrés. La secuencia inicia con la evaluación cognitiva, proceso que determina los límites y razón de la conexión entre el ambiente y el estímulo estresante. Asimismo, se reconocen

tres tipos de procesos evaluativos: (a) evaluación primaria, (b) evaluación secundaria y (c) la reevaluación.

En cuanto a la valoración primaria, el individuo analiza si la situación con la que se relaciona puede ser considerada favorable o desfavorable para su bienestar; en la secundaria, la persona establece qué estrategias y recursos puede utilizar, y en la reevaluación, la persona es capaz de realizar cambios en su entorno (González, 2004).

Marco conceptual del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO

Lazarus y Folkman partieron desde su modelo (teoría del estrés) y plantearon el inventario de modos de afrontamiento llamado Was of Coping Inventory-WOC, en el cual se cuestiona a los evaluados sobre su respuesta frente a una situación estresante mediante el análisis del pensamiento y la conducta. Los autores desarrollaron la primera versión del WOC, en la cual generaron ítems a partir de los conocimientos adquiridos teóricamente, así como por deducción de su propio modelo explicativo (Crespo y Cruzado, 1997).

Autores como Selye, Lazarus y colaboradores partieron desde el fundamento de la elaboración de este cuestionario: el concepto de estrés y afrontamiento. Selye conceptualizó al estrés como las respuestas ante las demandas del entorno, lo que supone una respuesta del organismo frente a estímulos estresores. Así mismo, Lazarus y Folkman (1986, citado por González, 2004) refirieron que es un proceso fisiológico de defensa, que más tarde llamarían "afrontamiento". Por su parte, Elliot y Eisdorfer (1982, citado por

González, 2004) consideraron al estrés como un estímulo, que por lo tanto es capaz de producir cambios en el bienestar del individuo.

El cuestionario es un instrumento utilizado para pacientes oncológicos y personas que sufren enfermedades crónicas. Fue diseñado por la psicóloga María Teresa Gonzáles Martínez en el año 2004 y ha transcurrido varios años de investigación en pacientes con cáncer con el fin de evaluar cómo el sujeto afronta el diagnóstico y el proceso de su enfermedad. Esto permitirá saber cuáles son las estrategias que pone en marcha para afrontar esta nueva condición de vida.

Este instrumento valora las estrategias de afrontamiento centrado en el problema. Estas se encuentran dirigidas a luchar para solucionar los problemas ante una situación de estrés. Su finalidad es mejorar o eliminar el malestar y el afrontamiento centrado en la emoción, lo que evita o trata de resolver de manera desajustada e inadaptada.

Está compuesto por 40 ítems. Los 20 primeros están compuestos por las tres primeras escalas y sirven para explorar la presencia de conductas y pensamientos positivos y activos. Según González (2008), entre ellas se encuentran la escala de enfrentamiento de lucha activa (ELA), que indica que los sujetos consideran a la situación como difícil y grave, la enfrentan como un reto y ponen en marcha todos sus recursos; la escala de autocontrol y control emocional (ACE), que analiza la capacidad de afrontamiento que permite al paciente elaborar adecuadamente en su mente acciones orientadas a disminuir el estado afectivo apático ocasionado por la dolencia; y la escala de búsqueda

y apoyo social (BAS), que permite al sujeto valorar el apoyo social como una estrategia que hace frente a la enfermedad.

Las siguientes cuatro escalas están compuestas por 20 ítems restantes, evalúan las conductas y pensamientos disfuncionales o no adaptativos. Entre ellas se encuentran la escala de ansiedad y preocupación ansiosa (APA), que significa que el individuo se siente ansioso, poco optimista e inseguro; la escala de pasividad y resignación pasiva (PRP), en la cual el individuo se percibe en una situación amenazante y adopta una actitud fatalista; la escala de huida y distanciamiento (HD), donde la persona trata de evitar o huir y no afrontar su realidad, lo cual afecta su estado emocional; y, por último, la escala de negación (N), en la cual la persona niega su enfermedad, por lo tanto la estrategia es inadecuada y no adaptativa (González, 2008).

1.1.3. Pacientes oncológicos

El paciente oncológico encara una realidad distinta desde el momento de su diagnóstico. Esta realidad es adversa y, a menudo, percibida como paralizante, especialmente en casos de detección tardía. Un diagnóstico puede sumir al paciente en un cuadro de preocupación constante (ansiedad) y tristeza profunda (depresión), impidiéndole tomar acción sobre su situación afectiva y emocional.

La aceptación de un diagnóstico conlleva diversos estados emocionales que necesitan ser atendidos y entendidos para que se conviertan en aliados útiles durante el proceso de afrontamiento. Este proceso variará en función a los múltiples aspectos que conforman al paciente y su experiencia, y no siempre

será el más adecuado o conveniente para él. Sin embargo, seguirá siendo igual de válido y adaptable para el aprendizaje (Cruzado, 2014).

1.1.4. Clasificación y tipos de cáncer

El cáncer no se considera un proceso único de enfermedad, sino como varios procesos clínicos que se agrupan teniendo en cuenta su comportamiento y características (Suportamed, 2021). En la actualidad hay más de 150 tipos de cáncer, clasificados según el lugar de inicio y el tipo de células afectadas (Cruzado, 2014).

- a. Según el sitio de origen: se consideran por su ubicación específica como, por ejemplo, cáncer de páncreas, cerebro, oral, renal, hígado, pulmón, etc.
- b. Según el tejido celular afectado: Se contempla lo siguiente:
 - Carcinomas: Entre los diferentes tipos de cánceres, es el más común. Se inicia en las células epiteliales que recubren tanto la parte externa (piel) como interna (mucosas) del cuerpo. Cuando el carcinoma afecta órganos que cumplen una función excretora, se denomina adenocarcinoma. Tal es el caso del cáncer de próstata, pulmón, mama, colon y estómago, etc.

En el caso de que la enfermedad afecte al resto de tejidos que cubren la piel u órganos huecos, se denomina carcinoma de células escamosas o carcinoma epidermoide, por ejemplo, cáncer de cabeza, piel, cuello uterino, vagina, y cuello, etc.)

- **Sarcomas:** Son cánceres que se originan en las células de los tejidos que sostienen al cuerpo, como el cartílago, huesos, tejido conectivo, el músculo y la grasa, por ejemplo, osteosarcoma.
- **Mieloma múltiple:** Es un tipo de neoplasia maligna que se origina en las células plasmáticas (glóbulos blancos) ubicados en la médula. Las células afectadas dejan de producir anticuerpos que combaten infecciones y enfermedades. Se considera un cáncer de la sangre, ya que las células anormales alteran la consistencia de la sangre e impiden que la médula ósea genera células sanas.
- **Leucemia:** Es un tipo de cáncer que se origina en las células primitivas productoras de sangre (glóbulos blancos). No forma tumores y su origen es en la sangre de la médula ósea.
- **Linfoma:** Este tipo de cáncer se origina en las células del sistema inmunitario llamadas linfocitos. El linfoma afecta a los ganglios linfáticos en órganos y sitios específicos del cuerpo. Según Suportamed (2021), existen dos tipos de linfomas:
 - Linfoma de No-Hodgkin; ausencia de células Reed Stenberg.
 - Linfoma de Hodgkin; presencia de células Reed Stenberg.

1.1.5. Validación de estructura interna del instrumento

La estructura interna de la validez es evaluada mediante la estadística de análisis factorial, que busca precisar la cantidad de factores que subyacen a los ítems; así mismo, si determinado ítem corresponde a cada dimensión de la prueba (Ventura y Caycho, 2017).

- *Validez*. Indicador que describe la precisión del instrumento
 - Validez de contenido, también conocida como la etapa cualitativa, que analiza las propiedades métricas del instrumento.
 - Validez de criterio, se refiere a la validez que adquiere el instrumento al compararse con otro que mide la misma variable.
 - Validez de constructo, mide la correspondencia de la variable con la teoría. Se establecen dimensiones que pretenden medir la precisión de la prueba y, para determinar este valor, se utiliza el análisis factorial.
- *Confiabilidad*. Se refiere a la consistencia interna entre los ítems.

1.2. Revisión de la literatura

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Dentro del análisis de estudios e investigaciones relacionados a las variables propuestas, se destaca el de Rodríguez y Rubiños (2020). En este estudio, se planteó la verificación de la validez de contenido del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). El propósito fue establecer las evidencias de validez de contenido del cuestionario, llevado a cabo mediante el juicio de expertos, con lo cual se identificó que el instrumento es aceptable.

Por otro lado, la investigación de Ibarra (2022) analizó el apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. En cuanto al área psicométrica, se planteó adaptar y conocer las propiedades psicométricas del

cuestionario MOS Y CAEPO. Participaron 100 pacientes, los instrumentos que usaron fue el cuestionario de apoyo social percibido, adaptado por Baca (2016) en Trujillo, Perú, y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO), diseñado por González (2004).

Respecto a las propiedades psicométricas fueron tomadas en cuenta del estudio de Díaz y Yaringaño (2010). Se determinó la ausencia de relación significativa entre el apoyo percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés. Sin embargo, en relación con los objetivos específicos inferenciales, se identificaron diferencias significativas en lo que respecta en los estadios III y II, los cuales reciben mayor apoyo social.

Respecto a las propiedades psicométricas de ambos cuestionarios, la propuesta para MOS de una estructura unifactorial arrojó un coeficiente de omega de 99. Mientras, en el cuestionario de CAEPO, plantearon como propuesta interna un modelo de dos factores y hallaron el coeficiente omega significativo ($\omega = .91.97$), Finalmente, aportaron el desarrollo de baremos percentilares.

Por otro lado, Huamán y Lupaca (2019) estudiaron la correspondencia entre apoyo social y afrontamiento en pacientes oncológicos de un hospital de Lima metropolitana. Utilizaron el cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido (MOS), adaptado por Baca (2016) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO), diseñado por González (2004).

Fueron 99 participantes de entre 70 y 80 años. Se evidenció una relación significativa entre apoyo social y afrontamiento al estrés ($X^2=44.854$; $p<.01$). Se obtuvo que el 21.4% de los varones presentaron un afrontamiento negativo,

mientras que el 20.9% de las mujeres utilizaban estrategias positivas. Sin embargo, (48.7%) entre varones y mujeres aún falta definir el tipo de afrontamiento. Finalmente, se halló relación significativa entre afrontamiento al estrés y apoyo social en los participantes.

Finalmente, Núñez (2019), evaluó la capacidad de afrontamiento ante el diagnóstico en pacientes oncológicos del Hospital III Cayetano Heredia Piura 2019. Para esta pesquisa, 68 participantes recibieron tratamiento oncológico en el transcurso de la investigación, para la cual se usó el instrumento CAEPO. Llegó a la conclusión que el 60.29% evidenció un estilo de afrontamiento positivo. Esto quiere decir que el paciente cuenta con recursos para afrontar la enfermedad.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

A nivel internacional, la investigación de Zamanian et al. (2021) planteó la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento con el fin de mejorar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama. La sintomatología fue evaluada mediante la Escala Depresión-Ansiedad-Estrés (DASS-21), el apoyo social se midió mediante la Escala de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (MOSS-SSS) y los recursos de afrontamiento se determinaron con el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE).

Las participantes fueron 221, todas de origen iraní. Se determinó que los modos de afrontamiento, en su mayoría, se relacionaron de forma negativa con síntomas depresivos y ansiosos. Al controlar las covariables, el análisis de

mediación reveló que el afrontamiento activo, el reencuadre positivo y la aceptación mediaban parcialmente la asociación entre el apoyo social de diferentes tipos y la depresión. De igual manera, estas estrategias mediaron parcialmente la relación entre el apoyo social total y las interacciones sociales positivas con la ansiedad.

Finalmente, se demostró que altos niveles de apoyo social pueden aliviar los indicadores de estado de ánimo y angustia en las pacientes con neoplasia mamaria, gracias al afrontamiento funcional. El respaldo familiar es un factor relevante en el paciente oncológico, porque proporciona soporte emocional y mejores recursos para afrontar su condición.

En otra investigación desarrollada por Reyes et al. (2022), se tuvo como objetivo describir el nivel de afrontamiento y adaptación en hombres y mujeres con diferentes tipos de cáncer de México. El diseño metodológico fue descriptivo, comparativo y transversal.

La muestra estuvo conformada por 60 varones y 60 mujeres. Los resultados encontraron que hombres y mujeres reportan promedios bajos y no significativos ($p=.910$). Para conocer las medias de acuerdo a los tipos de cáncer, se aplicó un ANOVA con promedios muy similares y no significativos ($p=.952$). Reyes et al. (2022) concluyeron que el nivel de afrontamiento y adaptación por género y tipo de cáncer es bajo y no presenta diferencias estadísticas significativas.

1.3. Planteamiento del problema

Según la OPS (2020), el cáncer es la primera causa de muerte en el mundo, con alrededor de 10 millones de muertes en 2020. Al respecto, Peralta Álvarez y Serrano Báez (2018) indicaron que la tasa de mortalidad y morbilidad por cáncer es una de las más altas a nivel mundial, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos y 8 millones de muertes hasta el año 2012, y se prevé un aumento del 70% para el 2030. Así mismo, la OPS (2020) indica que el cáncer es una de las principales causas de muerte en las Américas, con 1,4 millones de muertes, un 47% de ellas en personas de 69 años o más jóvenes.

Dentro de esta condición se desarrollan una serie de cuadros clínicos asociados que pueden agravar la situación del paciente. La ansiedad y la depresión son condiciones clínicas que deterioran la salud mental de la población, las cuales fueron agravadas en pandemia. Un estudio reportó que hubo un incremento del 22.6% de síntomas depresivos en China, y que el 18.9% de los encuestados reportó indicadores de ansiedad. Además, se observó que las infecciones graves afectan la salud mental, así como las vivencias traumáticas (Nicolini, 2020).

Por otro lado, un estudio realizado en pacientes con cáncer precisó que esta condición clínica incrementa de forma significativa los cuadros de ansiedad. Una investigación en Turquía (n = 436) señaló que la prevalencia osciló entre 27.7% y 97.5%, mientras que en Reino Unido (n = 2468), la prevalencia fue del 13.5% al 14.2%. En China (n = 300), el 21.1% y el 48.8% reportaron indicadores de ansiedad (Hashemi et al., 2019). Otro estudio llevado a cabo en Francia

precisó que la ansiedad y depresión son situaciones psicológicas recurrentes en pacientes que se encuentran en cuadros oncológicos (Ramírez, 2019).

Según la OPS (2020), el cáncer es la segunda causa principal de muerte en América latina y el Caribe, con 3,8 millones de diagnósticos y 1.4 millones de muertes en 2018. Los cánceres más frecuentes en hombres son el de próstata (21.7%), pulmón (9,5%) y colorrectal (8,0%). En mujeres, los más frecuentes son de mama (25.2%), pulmón (8,5%), y colorrectal (8,2%) (OPS, 2020).

A nivel nacional, un estudio con pacientes adultos mayores oncológicos (n = 40) reportó que el 60% de casos precisó un nivel moderado de depresión (Rodríguez Quispe, 2019). En la misma perspectiva, otro estudio epidemiológico en el país señaló que el 20% de casos (cáncer de páncreas, próstata, estómago o esófago) presentó indicadores de trastornos mentales, y el 32 % de casos con cáncer pueden desencadenar en un trastorno psicológico (Hospital Hermilio Valdizán, 2019).

Esta situación epidemiológica, detallada en la primera parte, refleja una preocupación inminente en torno a los pacientes con situación oncológica, puesto que podría afectar el nivel de recuperación. Un estudio señaló que el diagnóstico de cáncer a menudo presenta comorbilidad psiquiátrica de tipo depresiva y ansiosa, lo cual afecta negativamente el tratamiento de la enfermedad, desde la intervención hasta la adherencia (Arbulú La Torre, 2019). Otro estudio en pacientes oncológicos y sus familiares evidenció la conmoción emocional que les provoca el diagnóstico en el paciente y su familia, dado que impacta a nivel psicosocial y físico (Castillo y Redolat, 2019).

En Ecuador, un estudio evidenció que la mortalidad de los pacientes oncológicos se ha incrementado en los últimos 30 años: de un 10.25% en el año 1990 a un 14% en el 2016. Esto subraya la importancia de identificar factores protectores para controlar la enfermedad (Campoverde Merchán y Campoverde Arévalo, 2020).

El Observatorio Global del Cáncer (The Global Cancer Observatory) halló que, hasta el año 2020, los cánceres con mayor incidencia en la población masculina a nivel mundial son el de próstata (44.3%) y el de estómago (17%), con una mortalidad del 11.4% y 11.8%, respectivamente (Globocan, 2020).

Una de las preocupaciones a nivel profesional es identificar factores desencadenes y protectores en torno a cuadros clínicos en los diferentes tipos de pacientes, especialmente aquellos que presentan una condición médico-clínicas, para diseñar planes de acompañamiento, intervención y promoción basados en marcos teóricos y evidencia empírica. Sin embargo, en los pacientes oncológicos, el sentimiento de incredulidad, ansiedad, miedo, tristeza, angustia, incertidumbre y hasta depresión pueden convertirse en condiciones recurrentes que ponen en riesgo la efectividad de un tratamiento (Vásquez Montenegro y Toncel Cobos, 2020; Moreno et al., 2015). Por todo lo mencionado, el propósito de la investigación es describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes varones y mujeres con diagnósticos oncológicos de un hospital de Lima Norte.

Problema de Investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos, varones y mujeres de 30 a 85 años, con diagnósticos oncológicos de un hospital de Lima Norte?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos, varones y mujeres de 30 a 85 años, con diagnósticos oncológicos de un hospital de Lima Norte.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en las mujeres con diagnóstico de cáncer de un hospital de Lima Norte.
- Determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los varones con diagnóstico de cáncer de un hospital de Lima Norte.
- Describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la muestra estudiada en función a los diagnósticos con mayor prevalencia de un hospital de Lima Norte.
- Describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes oncológicos de un hospital de Lima Norte según el apoyo familiar.

- Describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes oncológicos de un hospital de Lima Norte según su composición familiar.
- Desarrollar evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario.
- Elaborar el baremo del cuestionario aplicado.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

No se formuló una hipótesis general, debido a que el objetivo general pretendió describir la variable.

1.5.2. Hipótesis específicas

- H1: Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según el sexo.
- H0: No existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes según el sexo.
- H2: Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según su diagnóstico.
- H0: No existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según su diagnóstico.
- H3: Existen diferencia en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según su apoyo familiar.

- H0: No existen diferencia en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según su apoyo familiar.
- H4: Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según su composición familiar
- H0. No existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos según su composición familiar

1.6. Definición operacional de términos

- Estrategia de afrontamiento: Son comprendidas como una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados ante una situación estresante o complicada.
- Cánceres: Es un término que se utiliza para agrupar todos los tipos de cáncer que existen.
- Estadio de la enfermedad: Es conocer la etapa o proceso en el que se encuentra el malestar, lo cual permitirá para saber cuál es el tratamiento a seguir.
- Adherencia al tratamiento: Es seguir con las indicaciones del profesional, incorporar nuevos hábitos saludables y fortalecer factores protectores mientras se disminuyen los factores de riesgo.
- Variable: Son características únicas que pueden optar por diferentes valores (edad, peso, talla, inteligencia, sexo), medibles u observables.
- Validez: Es una medida que demuestra la validez de los hallazgos de la investigación.

1.7. Importancia de la investigación

1.7.1. Importancia

La justificación representa el motivo que sustenta el desarrollo de la investigación, con el fin de aportar en diferentes aspectos del conocimiento científico (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018). En este sentido, se presentarán las razones por la cuales se efectuó este estudio.

A nivel del valor teórico, la investigación se justifica en la poca claridad de la utilización de habilidades de afrontamiento de pacientes oncológicos varones y mujeres. Esta información permitirá identificar cuál es la estrategia de afrontamiento predominante en este grupo de pacientes diagnosticados con cáncer. Así mismo, el estudio presentó sustento práctico debido a que proveerá información relevante para futuras intervenciones en el tratamiento de pacientes oncológicos.

Finalmente, la investigación contribuirá en cuanto a utilidad metodológica, ya que permitirá reportar evidencias psicométricas del instrumento para la medición de los recursos de afrontamiento en un grupo de pacientes diagnosticados del Perú. De esta manera, se contribuirá con una herramienta que posee adecuadas bondades psicométricas, la cual podrá ser utilizada por profesionales interesados en esta línea de atención e investigación.

1.7.2. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de la investigación, inicialmente se había pensado en un estudio enfocado en varones con diagnóstico de próstata y estómago. Sin

embargo, la insuficiente cantidad de pacientes varones llevó a reconsiderar el curso de la investigación, de modo que para continuar se decidió integrar a la muestra a pacientes mujeres. En segundo lugar, los escasos casos diagnosticados de cáncer de próstata y estómago obligó a ampliar los diagnósticos considerados.

En tercer lugar, se observó que la amplitud del instrumento, compuesto por 40 ítems, resultaba cansada para los pacientes, quienes disponían de poco tiempo y energía y los efectos del tratamiento. Además, el instrumento empleado no contaba con una validación a nivel nacional, y, por lo tanto, los índices de ajuste de validez y confiabilidad no se adecuaban a la muestra investigada.

Así mismo, se consideró como limitación el estado de emergencia nacional de salud y el confinamiento, que obstaculizaron el proceso, entrevista y evaluación de los participantes. Finalmente, no se pudo responder con el objetivo relacionado con los tipos de cáncer, ya que no se contó con una muestra homogénea de cada tipo de cáncer.

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de carácter descriptivo comparativo. Se enmarcará bajo el diseño empírico, de tipo selectivo de corte no experimental (Ato et al., 2013; Hernández Sampiere y Mendoza, 2018). El diseño empírico en psicología es el más utilizado, porque cuenta con los tres pilares de investigación (diseño, medida y el análisis), los cuales permiten obtener un trabajo más detallado y la capacidad de controlar las variables externas. Además, proporciona una ecuanimidad entre la validez interna y externa, siendo uno de los objetivos más deseados en un buen estudio de investigación. Es crucial que el examinador enfoque su atención en el diseño, para garantizar buenos resultados (Ato et al., 2013).

2.2. Participantes

La población es concebida por el conjunto de personas que coincidieron con las características predefinidas para la investigación (Hernández Sampiere y Mendoza, 2018). En este sentido, la población estuvo comprendida por pacientes mujeres y varones, cuyas edades oscilaban entre los 30 y 85 años. Se consideraron participantes en estadios I, II, III y IV, pertenecientes al grupo de Atención Domiciliaria Integral (ADI – Oncológica) de un hospital de Lima Norte. La muestra se conformó por 200 de participantes, por lo que se cumplió con la condición de tamaño y representatividad para generalizar resultados. El

propósito fue emplear un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Kerlinger y Lee, 2002). Para la estimación muestral se consideraron el concepto de potencia estadística y tamaño del efecto para encontrar una cantidad significativa (Cárdenas y Arancibia, 2014; Sánchez Villena, 2019).

Tabla 1

Datos descriptivos de los participantes del estudio

	F	%
Sexo		
Varón	89	44.5%
Mujer	111	55.5%
Edad		
30-40	23	11.5%
41-50	35	17.5%
51-60	45	22.5%
61-70	49	24.5%
71-80	41	20.5%
81-85	7	3.5%
Nivel educativo		
Primaria	59	29.5%
Secundaria	98	49%
Técnico	18	9%
Universitario	25	12.5%
Composición familiar		
Solo	15	7.5%
Nuclear	104	52%
Monoparental	23	11.5%
Extensa	58	29%
Actividad laboral		
Trabaja	41	20.5%
No trabaja	159	79.5%
Apoyo familiar		
No	15	7.5%
Sí	185	92.5%
Tipo de cáncer		
Carcinoma	186	93%
Sarcoma	2	1%
Mieloma	3	1.5%
Linfoma	9	4.5%
Etapas		
Etapa 1	11	5.5%
Etapa 2	8	4%
Etapa 3	18	9%
Etapa 4	19	9.5%
Desconoce	144	72%

Nota. F= Frecuencia, %= Porcentajes

En la Tabla 1 se describió la muestra, conformada por 200 participantes. Según el sexo, el 45.5% representa a los varones y el 55.5% son mujeres. Con respecto al grupo etario el 24.5% de los participantes tenía entre 61 y 70 años; el 22.5%, entre 51 y 60 años; el 20.5%, entre 71 y 80 años; el 17.5%, entre 41 y 50 años; y el 3.5%, entre 81 a 85 años.

En cuanto al nivel educativo, se observó que el 49% de los participantes tenía educación secundaria; el 29.5%, primaria; el 12.5%, superior; y el 9%, técnico completo. Con relación a la composición familiar, el 52% de los participantes pertenecía a familias nucleares; el 29%, a familias extensas; el 11.5%, a familias monoparentales, y el 7.5% vivía solo.

En relación con la actividad laboral, el 79.5% de los participantes no trabajaba, mientras que el 20.5% tenía empleo. En referencia al apoyo de un cuidador, el 92.5% contaba con el apoyo de un familiar y el 7.5% no tenía apoyo. Respecto al tipo de diagnóstico, el 93% de los participantes tenía carcinoma; el 4.5%, linfoma; el 1.5%, mieloma; y el 1%, sarcoma. Finalmente, en cuanto al conocimiento sobre el grado de su enfermedad, el 72% de los participantes desconocía su diagnóstico, mientras que el 28% sí conocía la etapa de su enfermedad.

2.3. Materiales

El instrumento utilizado para esta investigación fue el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos, de la autora María Teresa González (2004), en su idioma original, el castellano. Esta herramienta está diseñada para evaluar mediante siete escalas o dimensiones los recursos de

afrontamiento ante el estrés en adultos con cáncer u otros diagnósticos crónicos. Su duración es de 25 minutos aproximadamente y su aplicación es individual. El objetivo del cuestionario es evaluar los modos de afrontamiento a nivel conductual y cognitivo que utiliza el individuo frente a situaciones estresantes como el diagnóstico de cáncer, los cambios físicos y sociales que comporta y la afectación en su calidad de vida.

Respecto a su validez, se realizó un análisis factorial, teniendo en cuenta la rotación de Varimax y criterio de Kaiser. Los valores obtenidos fueron de 0.64 y 0.87, lo cual significa, que son apropiados y posibilitan validar la estructura interna del instrumento y escalas. Sin embargo, en el contexto peruano, se llevó a cabo un estudio realizado por Rodríguez y Rubiños (2020), con el objetivo de establecer las evidencias de validez de contenido del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO.

Este estudio involucró a 12 jueces expertos en psicología de la salud, quienes evaluaron cada reactivo del cuestionario utilizando el procedimiento de la V de Aiken. Los resultados mostraron que el valor de Aiken está por encima de ($V \geq .80$); por lo tanto, los resultados fueron aceptables.

Además, para esta investigación se consideró el estudio realizado por Ibarra (2022), cuyo propósito fue adaptar y conocer las propiedades psicométricas del cuestionario CAEPO en una muestra de pacientes oncológicos peruanos. En primer lugar, se pretendió identificar los estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, moda, mediana, asimetría, puntaje máximo, mínimo y rango) de cada uno de los reactivos. Luego, se identificó la estructura factorial del cuestionario para encontrar la evidencia de validez vinculada a la

estructura interna. Esto fue realizado mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) que tomó en cuenta los 40 reactivos.

Sin embargo, los resultados no fueron óptimos debido a una gran cantidad de covarianzas entre algunos ítems, lo que llevó a la recomendación de eliminar dos ítems (17 y 28). Posteriormente, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=984.4$, $gl=703$, $p<.001$), que confirmó la significancia de los datos. Con respecto a Kaiser- Meyer- Olkin (KMO), se obtuvo un puntaje de .89, lo que indica una buena adecuación de los datos para el análisis factorial. Se identificó una estructura bidimensional clasificada en estrategias adaptativas y desadaptativas de afrontamiento.

Para evaluar la confiabilidad, se utilizó el coeficiente de consistencia interna Omega, en el factor de estrategias desadaptativas de afrontamiento. Se obtuvo valores altamente confiables para las estrategias adaptativas ($\omega = .97$), las estrategias desadaptativas ($\omega = .91$) y la prueba total ($\omega = .96$).

En la presente investigación, se tuvo en cuenta ambos estudios mencionados; sin embargo, se decidió realizar una revisión del contenido del instrumento con respecto a la comprensión de algunos ítems (1, 6, 14, 16 y 35) para mejorar la comprensión de la prueba. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis psicométrico del cuestionario para conocer la validez y confiabilidad de la prueba. Se optó por conocer la validez interna del cuestionario, por lo que se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC). El procedimiento se detalla en la Tabla 2 y Tabla 3.

En la Tabla 2, se detalla los modelos especificados del CAEPO. Inicialmente, se estimaron los valores del KMO y se realizó la prueba de

esfericidad de Bartlett para conocer la pertinencia de un análisis factorial de los datos. La medida de adecuación muestral a través del Kaiser- Meyer- Olkin fue de .78 lo cual indica pertinencia del análisis factorial (Kaiser, 1974). Respecto a la prueba de Bartlett se obtuvo un valor significativo ($\chi^2 = 2421,367$, $gl = 780$, $p < .000$).

Tabla 2

Modelos teóricos de los factores

Modelos	X ² /gl	SRMR	CFI	AIC	RMSEA
Modelo teórico de 4 factores	1.566	0.88	0.80	17572	.053[.046-.060]
Modelo teórico de 3 factores	1.612	0.83	0.76	18113	.055[.048-.061]
Modelo teórico de 2 factores	1.701	0.87	0.78	15651	.059[.052-.066]

Nota. X²/gl= Chi cuadrada/grados de libertad, SRMS= medida absoluta de ajuste, CFI= índice de ajuste comparativo, AIC= análisis de componentes independientes, RMSEA= error de aproximación

Se modeló la estructura del CAEPO en su versión de 7 factores, como lo propuso González (2004) en el diseño del instrumento. Sin embargo, esta estructura no mostró adecuados índices de ajuste ($\chi^2 / gl = 1.69$, $SRMR = .09$, $CFI = .72$, $AIC = 1423.76$, $RMSEA = .059[.054-.065]$). Por tal motivo, se decidió retroceder en el análisis factorial, por lo que se desarrolló un análisis factorial exploratorio (AFE). Este análisis se calculó utilizando el programa Jamovi en su versión 2.3.7, el cual mostró una organización de los ítems en 4 factores. Se observó que el primer factor agrupaba 13 ítems; el segundo, 11; el tercero, 6; y el cuarto, 7 ítems. Tres ítems fueron eliminados por presentar cargas factoriales menores a .30 (Kline, 1986). Estos ítems fueron 3, 27, 37. Esta versión de la escala no mostró índices de ajuste aceptables ($\chi^2 / gl = 1.55$, $SRMR = .08$, $CFI =$

.78, AIC= 1127.33, RMSEA=.053[046-.059]). Se diseñó un modelo de 3 factores, el cual tampoco reveló índices óptimos ($\chi^2 / gl = 1.77$, SRMR = .08, CFI= .72, AIC= 20010. RMSEA=.059[053-.064]). Finalmente, se decidió probar una estructura de 2 factores, propuesta presentada por Ibarra (2022), la cual reveló mejores índices de ajuste en comparación a los tres anteriores ($\chi^2 / gl = 1.81$, SRMR = .08, CFI= .78, AIC= 1565.58. RMSEA=.059[052-.066]).



Tabla 3*Modelos teóricos de 2 factores*

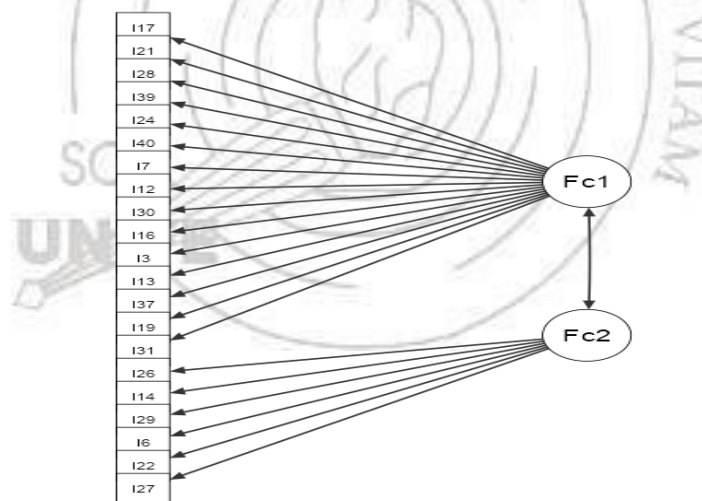
Modelos	X²/gl	SRMR	CFI	AIC	RMSEA
Modelo teórico de 2 factores	1.701	0.87	0.78	15651	.059[.052-.066]
Modelos de 2 factores -i20	1.669	.085	.802	15150	.057[.050-.065]
Modelos de 2 factores -i20, -i34	1.653	.084	.814	14705	.057[.049-.064]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25	1.651	.084	.818	14204	.057[.049-.065]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32	1.613	.084	.834	13668	.055[.046-.063]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38	1.656	.084	.834	13060	.057[.048-.065]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38, -i23	1.624	.084	.084	12492	.055[.046-.064]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38, -i23, -i11	1.620	.084	.085	11891	.055[.046-.066]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38, -i23, -i11, -i33	1.601	.084	.086	11339	.054[.044-.064]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38, -i23, -i11, -i33, -i2	1.585	.084	0.87	10834	.054[.043-.064]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38, -i23, -i11, -i33, -i2, -i15	1.509	.073	0.90	10232	.050[.038-.061]
Modelos de 2 factores -i20, -i34, -i25, -i32, -i38, -i23, -i11, -i33, -i2, -i15, -i4	1.468	.071	0.91	9840	.048[.035-.060]

Nota. X²/gl= Chi cuadrada / grados de libertad, SMRS= medida absoluta de ajuste, CFI= índice de ajuste comparativo, AIC= análisis de componentes independientes, RMSEA= error de aproximación.

Luego de modelar tres estructuras factoriales sin obtener índices de ajuste adecuados, se decidió modelar una estructura de la escala en 2 factores. Con este propósito, se realizó un análisis factorial exploratorio, el cual nos mostró 8 ítems con cargas factoriales inferiores a .30. Estos ítems fueron retirados antes de proceder con el análisis factorial confirmatorio. Estos ítems fueron 1, 5, 8, 9, 10, 18, 35, 36. En la Tabla 2, se aprecian las modificaciones realizadas al modelo de 2 factores. Se realizaron 11 eliminaciones de los ítems hasta que se obtuvo una estructura resultante con adecuados índices de ajuste. El valor del X^2/gf es menor a 2, el CFI es mayor a .90, el SRMR es menor a .08, el RMSEA es menor a .06 y el AIC es menor en comparación a los demás modelos.

Figura 2

Modelo estructural de CAEPO versión abreviada organizado de 2 factores



Nota: FC1= Factor 1, FC2= Factor 2

En la Figura 2 se presentan los ítems que corresponden a los factores 1 y 2. Los ítems que conforman al factor 1 son 3, 7, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 24, 28, 30, 31, 37, 39 y 40. Los ítems que integran el factor 2 son: 6, 14, 22, 26, 27 y 29.

Tabla 4

Estimación de la confiabilidad de los factores de la escala CAEPO abreviada

Estimación de la confiabilidad de los factores de la escala CAEPO abreviada		
	α de Cronbach	ω de McDonald
Afrontamiento adaptativo	0.84	0.85
Afrontamiento desadaptativo	0.70	0.70

En la Tabla 4, se presentó los coeficientes de confiabilidad de los factores que componen la escala del CAEPO en su versión abreviada. Los valores alcanzados fueron mayores a .70. En el factor 1, se obtuvieron valores de 0.84 y 0.85 en los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald, respectivamente. En cuanto al factor 2, se obtuvo un valor de 0.70 en ambos coeficientes.

Tabla 5

Percentiles del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

Percentil	Afrontamiento adaptativo	Afrontamiento desadaptativo
5	18	1
10	22	1
15	25	2
20	28	3
25	30	3
30	31	4
35	32	4
40	34	5
45	35	5
50	36	6
55	36	6
60	37	7
65	38	7
70	39	8
75	39	9
80	41	9
85	41	11
90	42	11
95	44	12

Nota. PC= percentil, AA= afrontamiento adaptativo, AD=afrontamiento desadaptativo

La Tabla 5 organizó los puntajes directos en percentiles, con el propósito de obtener los niveles alto, medio y bajo en los tipos de afrontamiento. Se decidió tomar los percentiles Pc25, Pc50, Pc75. Por lo tanto, en cuanto al tipo de afrontamiento adaptativo, puntajes hasta 29 se consideran bajos, puntajes entre 30 y 39 se consideran medios y puntajes mayores a 39 se consideran altos. En cuanto al tipo de afrontamiento desadaptativo, puntajes hasta 2 se consideran bajos, puntajes entre 3 y 9 se consideran medios, y puntajes mayores a 9 se consideran altos.

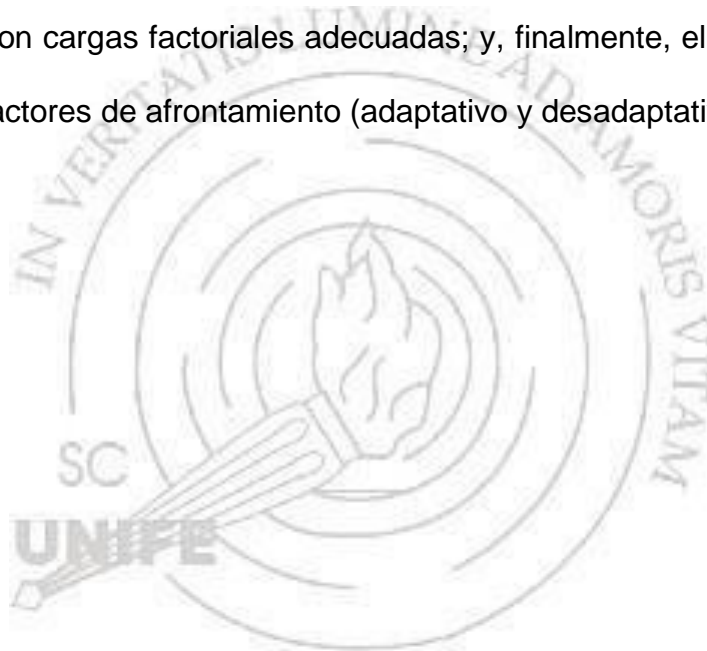
2.4. Procedimiento

El interés por la investigación en el ámbito psicooncológico surgió después de haber participado como voluntarias en la Unidad de Atención Domiciliaria Integral Oncológica de un hospital de Lima Norte, el cual estaba a cargo del licenciado Antonio Rangel, quien nos remitió a las autoridades responsables de gestionar los trámites correspondientes. Una vez seleccionado el lugar, se solicitó a la universidad una carta de presentación, la cual fue redactada y dirigida al doctor encargado de la unidad de atención domiciliaria integral. Seguidamente, se autorizó que la investigación se llevara a cabo. Una vez aprobada la solicitud, esta fue transferida al área administrativa, de manera que se obtuvo acceso a las historias clínicas.

Luego se procedió con el barrido de datos con el objetivo de filtrar a los participantes idóneos para la muestra. Se estableció un horario para las entrevistas, organizado en función a la disponibilidad de los pacientes. Una vez contactados, se procedía con la firma del consentimiento informado, seguida de

la entrevista, la cual nos permitió establecer el *rapport*, para luego aplicar el instrumento (ver Apéndice A, Apéndice B, Apéndice C y Apéndice D).

Una vez recabado todos los datos necesarios para el estudio, se realizó una base de datos de todos los participantes y se procedió con el análisis estadístico para evaluar las propiedades psicométricas, como la validez y confiabilidad del instrumento. Sin embargo, el programa estadístico nos sugirió replantear la estructura de validez interna de la prueba, porque no contaba con los índices de ajuste óptimos. De esta manera, se tuvo que eliminar ítems que no contaban con cargas factoriales adecuadas; y, finalmente, el cuestionario se redujo a dos factores de afrontamiento (adaptativo y desadaptativo).



CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se detallará los resultados descriptivos y comparativos de la investigación.

Tabla 6

Análisis de las estrategias más utilizadas por los pacientes oncológicos

Niveles	Afrontamiento adaptativo	Afrontamiento desadaptativo
Alto	48 (24%)	38 (19%)
Medio	108 (54%)	125 (62.5%)
Bajo	44 (22%)	37 (18.5%)

Respecto al afrontamiento adaptativo, el nivel bajo indica pocas conductas que permiten desarrollar un adecuado afrontamiento; un nivel medio, que la persona usa recursos moderados y muestra intención de adaptarse y hacer frente al diagnóstico; y, finalmente, un nivel alto, que el individuo manifiesta más conductas adaptativas y la aceptación de su diagnóstico.

En la Tabla 6, se apreció que, respecto al afrontamiento adaptativo, el 22% de los encuestados ha desarrollado un nivel bajo de recursos de afrontamiento adaptativo. El 54% presenta un nivel medio, siendo este el mayor porcentaje en esta agrupación. En línea con esto, un 24% alcanza un nivel alto de recursos de afrontamiento adaptativo. Por otro lado, en cuanto al afrontamiento desadaptativo, un 18.5% tiene un nivel de recursos bajo; un 62.5%, un nivel medio; y un 19%, un nivel alto. De las personas encuestadas, el 81.5% presenta estrategias desadaptativas.

Al comparar ambos tipos de afrontamiento, se observó una ligera diferencia entre los porcentajes de las personas que tienen un afrontamiento adaptativo alto (24%) en comparación con las que tienen un afrontamiento desadaptativo alto (19%).

Tabla 7

Análisis descriptivo y comparativo de las variables

	Afrontamiento adaptativo	Afrontamiento desadaptativo
Media	34.0	6.05
Desviación estándar	7.54	3.63
Mínimo	11.0	0.00
Máximo	45.0	15.0
W de Shapiro-Wilk	0.935	0.961
Valor p de Shapiro-Wilk	<.001	<.001

La Tabla 7 mostró los datos descriptivos de las variables afrontamiento adaptativo y afrontamiento desadaptativo. Respecto a la primera variable, se obtuvo una media 34.0, lo cual indica un valor general medio, con una desviación estándar de 7.54, y valores mínimos y máximos de 11 y 45, respectivamente. En cuanto a la normalidad univariante, utilizando la prueba de W de Shapiro-Wilk, se obtuvo un valor $p < 0.05$; en consecuencia, la distribución no se aproxima a la normalidad.

Con respecto a la segunda variable se encontró una media 6.05, que indica un valor medio, con una desviación 3.63, y valores mínimos y máximos de 0 y 15, respectivamente. En cuanto a la distribución de los datos el resultado de la prueba de W de Shapiro-Wilk, mostró un valor $p < 0.05$; por lo tanto, no existe una aproximación a la normalidad. Con base en este estudio de normalidad, se utilizó una estadística no paramétrica.

Tabla 8*Estrategias de afrontamiento adaptativo según sexo*

Sexo	Bajo	Medio	Alto
Varones (n=89)	17 (8.5%)	54 (27%)	18 (9%)
Mujeres (n=111)	27 (13.5%)	54 (27%)	30 (15%)

En la Tabla 8, se apreció que el porcentaje más alto de estrategias adaptativas se encuentra en un nivel medio tanto para varones como para mujeres (27%). Sin embargo, en un nivel alto, las mujeres (15%) presentan ligeramente un mayor porcentaje en comparación con los varones (9%).

Tabla 9*Estrategias afrontamiento desadaptativo según sexo*

Sexo	Bajo	Medio	Alto
Varones (n=89)	16 (8%)	53 (26.35%)	20 (10%)
Mujeres (n=111)	21 (10.5%)	72 (36%)	18 (9%)

En la Tabla 9, se evidenció que el menor porcentaje de estrategias desadaptativas se encuentran en un nivel bajo para varones (8%), a diferencia de las mujeres (10.5%). En el nivel medio, se observa una diferencia entre varones (26.35%) y mujeres (36%), mientras que, en el nivel alto, la diferencia es ligera entre varones (10%) y mujeres (9%).

Tabla 10*Análisis descriptivo y comparativo según sexo*

Variable	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Estadístico	p valor
Afrontamiento adaptativo	Varones	89	33.88	7.10	U de Mann-Whitney	4663 0.497
	Mujeres	111	34.19	7.91		
Afrontamiento desadaptativo	Varones	89	6.40	3.88	U de Mann-Whitney	4513 0.293
	Mujeres	111	5.77	3.41		

En la Tabla 10, se presentó la prueba de hipótesis respecto a las estrategias de afrontamiento adaptativo y desadaptativo según el sexo. En cuanto a la variable afrontamiento adaptativo se observó un p valor >0.05 . Por lo tanto, se concluye que no existen diferencias significativas en el uso de estrategias adaptativas entre hombres y mujeres. Un resultado similar se obtuvo al analizar las estrategias de afrontamiento desadaptativas (p valor >0.05).

Tabla 11

Estrategias de afrontamiento adaptativas en pacientes oncológicos de tipo carcinomas

Tipos	Bajo	Medio	Alto
Carcinomas	40 (21.6%)	102 (54.8%)	44 (23.6%)

En el grupo de participantes se identificaron 4 tipos de cáncer: carcinomas, sarcomas, mielomas y linfomas. De estos, 186 participantes refirieron presentar carcinomas, mientras que 2 tenían sarcoma; 3, mielomas; y 9, linfomas. Se optó por analizar solo el grupo de pacientes con carcinomas por concentrar la mayor cantidad de participantes. En este sentido, como se evidenció en la Tabla 11, se encontró que los mayores porcentajes de recursos adaptativos se ubican en un nivel medio y alto.

Tabla 12

Estrategias de afrontamiento desadaptativo en pacientes con cáncer tipo carcinomas

Tipos	Bajo	Medio	Alto
Carcinomas	35 (18.9%)	118 (63.4%)	33 (17.7%)

En el grupo de participantes, se encontraron 4 tipos de cáncer: carcinomas, sarcomas, mielomas y linfomas, de los cuales 186 participantes refirieron presentar el cáncer tipo carcinomas, 2 de tipo sarcoma, 3 de tipo mielomas y 9 de tipo linfomas. Se decidió analizar solo el grupo de pacientes con carcinomas por concentrar la mayor cantidad de participantes; en este sentido, se encontró que los mayores porcentajes de recursos desadaptativos se ubican en un nivel medio y bajo.

Tabla 13

Análisis descriptivo y comparativo según diagnóstico

Variable	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Estadístico	p valor
Afrontamiento adaptativo	Carcinoma	186	34.02	7.42	U de Mann-Whitney	1201
	Otro	14	34.50	9.30		
Afrontamiento desadaptativo	Carcinoma	186	5.98	3.59	U de Mann-Whitney	1114
	Otro	14	7.00	4.14		

En la Tabla 13, se mostró la prueba de hipótesis respecto a las estrategias de afrontamiento adaptativo y desadaptativo según el tipo de diagnóstico de carcinomas y otros cánceres. Respecto a la variable afrontamiento adaptativo, se encontró un p valor mayor 0.05. Por lo tanto, se concluye que no existe diferencias significativas en el uso de esta estrategia según el tipo de cáncer. En el análisis de afrontamiento desadaptativo, se obtuvieron resultados similares.

Estos hallazgos indican que, independientemente del tipo de cáncer diagnosticado, los pacientes pueden desarrollar estrategias tanto facilitadoras como obstaculizadoras de su adaptación.

Tabla 14

Estrategias de afrontamiento adaptativo según el apoyo familiar

Apoyo Familiar	Bajo	Medio	Alto
Sí (n=173)	36 (20.8%)	96 (55.4%)	41 (23.6%)
No (n=27)	9 (33.3%)	12 (44.4%)	6 (22.2%)

Se observó en la Tabla 14 que los pacientes que reciben apoyo familiar presentan mejores porcentajes en comparación a los que no lo tienen. Del grupo de participantes, 86.5 % refirió contar con apoyo familiar, mientras que el 13.5 % no dispone de este. El 55.4.9 % presenta recursos adaptativos a un nivel medio; 23.6 %, a un nivel alto, y solo un 20.8 % mostró un nivel bajo.

Tabla 15

Análisis descriptivo y comparativo según apoyo familiar

Variable	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Estadístico	p valor
Afrontamiento adaptativo	No	27	35.19	6.44	U de Mann-Whitney	2171
	Sí	173	33.87	7.70		0.556
Afrontamiento desadaptativo	No	27	5.48	3.84	U de Mann-Whitney	2058
	Sí	173	6.14	3.60		0.319

En la Tabla 15, se mostró la prueba de hipótesis respecto a las estrategias de afrontamiento adaptativo y desadaptativo según el apoyo familiar. En relación con la variable afrontamiento adaptativo, se obtuvo un p valor >0.05, lo que sugiere que no existen diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativo según el apoyo que recibe de sus familiares. Respecto

al uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo, se encontró un resultado similar. Estos resultados sugieren que el tipo de afrontamiento de los pacientes oncológicos estaría principalmente centrado en un proceso de naturaleza intrapsicológica.

Tabla 16

Los niveles de afrontamiento adaptativo según composición familiar

Composición familiar	Bajo	Medio	Alto
Solo (n=15)	3 (20%)	8 (53.3%)	4 (26.6%)
Nuclear (n=104)	19(18.2%)	60 (57.6%)	25 (24%)
Monoparental (n=23)	6(26%)	12(52.1%)	5(21.7%)
Extensa (n=58)	16(27.5%)	28(48.2%)	4(24.1%)

En la Tabla 16, se apreció que mayoría de participantes pertenecen a una familia de tipo nuclear (n=104), seguidos por aquellos de tipo extensa (n=58), luego los de tipo monoparental (n=23) y, finalmente, los que viven solos (n=15). En cuanto al grupo de familia nuclear, se aprecia que los pacientes presentan un afrontamiento adaptativo en un nivel medio (57.6%) y alto (24%). En cuanto a la familia extensa, se observa que los mayores porcentajes están agrupados en el nivel medio (48.2%) del afrontamiento adaptativo. En el tipo monoparental, el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio (52.1%) y bajo (26%). Finalmente, en las personas que viven solas, el mayor porcentaje se concentra en el nivel medio (53.3%).

Tabla 17*Análisis descriptivo y comparativo según composición familiar*

Variable	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Estadístico	p valor
Afrontamiento adaptativo	No	15	33.53	8.31	U de Mann-Whitney	1343
	Sí	185	34.09	7.50		0.836
Afrontamiento desadaptativo	No	15	5.73	4.27	U de Mann-Whitney	1301
	Sí	185	6.08	3.59		0.687

En la Tabla 17, se expuso la prueba de hipótesis respecto a las estrategias de afrontamiento adaptativo y desadaptativo según composición familiar. Con respecto a la variable afrontamiento adaptativo, se observa un p valor >0.05 ; por lo tanto, se concluye que no existe diferencias significativas entre el uso de estrategias de afrontamiento adaptativa según el tipo de familia. Con relación al uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo, se observó un similar resultado. Estos hallazgos sugieren que el vivir solo o pertenecer a un grupo familiar no estable diferencia en el estilo de afrontamiento frente a la adaptación a la enfermedad.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Debido a la alta prevalencia de los casos a nivel nacional e internacional y siendo considerado el cáncer como la primera causa de muerte (OPS 2022), es un tema relevante y necesario de seguir investigando. Así mismo, es importante dar relevancia a las estrategias de afrontamiento frente al estrés que implica la enfermedad y cómo influyen en la adaptación del paciente.

La persona percibe el diagnóstico como una crisis vital a la cual le otorga un significado. Es en función a esta evaluación que el paciente desarrolla su proceso de adaptación poniendo en marcha las habilidades de afrontamiento (Moos, 1988, citado por González, 2004).

A continuación, se detallarán los resultados encontrados de las hipótesis planteadas de la presente investigación. En cuanto a la hipótesis general del presente estudio, no se contrastó con otras investigaciones debido a que el objetivo general solo pretendió describir la variable.

Los resultados obtenidos de la prueba de normalidad aplicada a las variables afrontamiento adaptativo y desadaptativo determinaron una media de 34.0 y de 6.05, respectivamente. Esto refuerza la idea de que las estrategias de afrontamiento más utilizadas, de ambos tipos, por los pacientes oncológicos se concentran en un nivel medio. Según los percentiles que se hallaron en la presente investigación, estos resultados coincidieron con los autores Aliaga y Pita (2020), quienes refieren que el individuo utiliza estrategias para afrontar una situación estresante, las cuales pueden variar según la percepción de la situación

que vive. Estas estrategias están dirigidas a cambiar el entorno o modificar el significado del acontecimiento.

En cuanto a la hipótesis específica número uno, con respecto a la variable sexo, se verifica que el mayor puntaje de estrategias, tanto adaptativas como desadaptativas, se encuentra en un nivel medio para ambos sexos. Por lo tanto, se concluye que no hay diferencia significativa en el uso de los tipos de afrontamiento en varones y mujeres, es decir, que el empleo de las estrategias de afrontamiento no depende del género del paciente.

Del mismo modo, Reyes, et al. (2022), en su investigación, refieren que no se encontró diferencia estadística significativa en los niveles de afrontamiento y adaptación ante el cáncer entre hombre y mujeres. De manera similar, Huamán y Lupaca (2019), plantearon que el uso de estrategias en varones como en mujeres no está definido.

En relación con la hipótesis 2, se consideró comparar el grupo de pacientes cáncer de tipo carcinoma (próstata, estómago, colon, pulmón, mama, útero, etc.) con otros (mieloma, sarcoma y linfoma), siendo los carcinomas de mayor prevalencia. En este sentido, se determinó que no hay relación significativa entre otros cánceres y el uso del afrontamiento adaptativo y desadaptativo. Estos hallazgos indican que independientemente del tipo de cáncer diagnosticado, los pacientes pueden desarrollar estrategias que faciliten su adaptación, así como aquellas que lo obstaculicen.

Así mismo, Ibarra (2022), al analizar las variables de apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana, propuso que en función al tipo de cáncer no

se hallaron diferencias entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento al estrés, adaptativas y desadaptativas. Es decir, no hay una relación significativa entre el uso de estrategias y el tipo de cáncer.

Continuando con la tercera hipótesis, se consideró la importancia del apoyo familiar en la adquisición de recursos de afrontamiento adaptativo. Núñez (2019) indica que el respaldo familiar es un factor relevante en el tratamiento de la enfermedad, así como la psicoeducación sobre la práctica de estrategias funcionales de afrontamiento. Del mismo modo, Zamanian, et al. (2021) hallaron que el apoyo familiar es un factor protector en los pacientes con cáncer, siendo un soporte emocional y un recurso para un mejor afronte a la enfermedad. No obstante, en el presente estudio, no se encontraron diferencias significativas en la aplicación de las estrategias de afrontamiento adaptativo y desadaptativo. Esto sugiere que el proceso de afrontamiento, que es de carácter intrapsíquico y privado, no siempre es influenciado positiva o negativamente por el entorno familiar.

Con respecto a la última hipótesis del presente estudio, que corresponde a la composición familiar (vive solo o con familia) y el uso de afrontamiento adaptativo y desadaptativo, tampoco se hallaron diferencias significativas. Estos resultados sugieren que el vivir solo o pertenecer a un grupo familiar no establece diferencia en el estilo de afrontamiento frente a la adaptación a la enfermedad. Contrariamente, la Federación Española de Enfermedades Raras (2010) resalta a la familia como la fuente de apoyo más importante de la que puede disponer el individuo en cualquier situación de la vida. Por ello, contar una red de apoyo tan significativa como la familia supone una mejor adaptación a la enfermedad.

Por lo tanto, estos resultados no se pueden comparar con otras pesquisas, ya que el presente estudio es el primero en abordar el análisis de esta variable.

Por último, este estudio consideró desarrollar evidencias de validez de la prueba CAEPO. Primero, se revisó el contenido de los ítems y se modificó la redacción de algunos ítems (1, 6, 14, 16 y 35) para mejorar la comprensión de la prueba, sin comprometer la estructura del cuestionario. Un procedimiento similar fue realizado por las autoras Rodríguez y Rubiños (2020), quienes modificaron algunos ítems mediante el criterio de jueces ($n=12$), con el objetivo de mejorar la comprensión de los reactivos.

Continuando con el proceso de la investigación se realizó la validez de estructura interna para mejorar las propiedades psicométricas del cuestionario. Los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald obtenidos fueron mayores a 0.70, lo que indica que los índices de validez y confiabilidad fueron aceptables. En comparación, el estudio de Ibarra (2022) obtuvo un coeficiente de consistencia interna Omega ($\omega=.91$), lo que señala que la prueba total es altamente confiable.

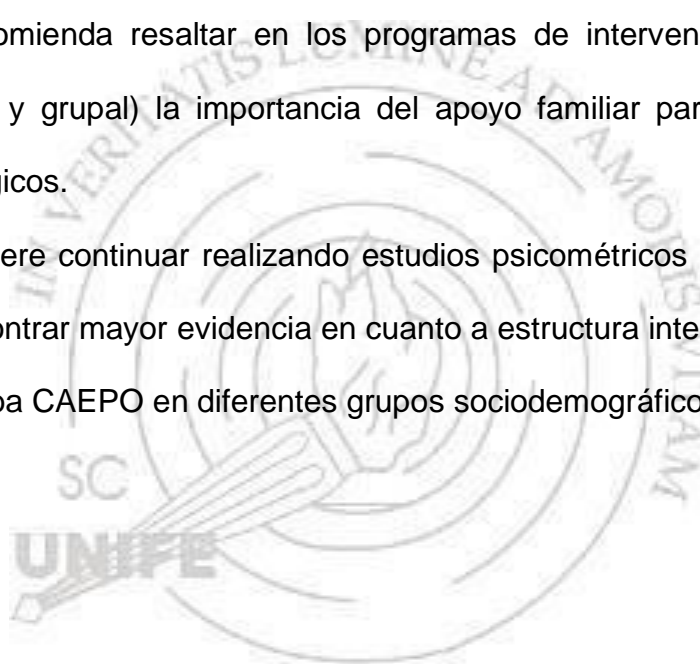
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- Se determinó que los pacientes que conformaron la muestra hicieron uso de estrategias adaptativas y desadaptativas a un nivel moderado o medio.
- Se aprecia que no hay diferencia significativa en utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas en varones y mujeres. Sin embargo, estos resultados no son concluyentes, por lo que se espera seguir investigando sobre el tema.
- La información recogida respecto al afrontamiento de los pacientes y su tipo de cáncer evidenció que no hay diferencias significativas entre la utilización de las estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas según el tipo de cáncer. Estos hallazgos no son concluyentes, por lo que sugiere seguir investigando.
- El apoyo familiar no resultó ser una variable significativa para el tipo de afrontamiento adaptativo y desadaptativo utilizado por los pacientes al enfrentar el estrés del diagnóstico.
- No se encontraron diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativo y desadaptativo entre pacientes que viven solos y aquellos que viven con la familia.
- No se encontró evidencia empírica que respalde las 7 dimensiones que comporten la estructura original de la prueba CAEPO, pero se obtuvo una estructura bidimensional, que organiza a las estrategias en adaptativas y desadaptativas.

2. Recomendaciones

- Se sugiere desarrollar programas, talleres y charlas que faciliten la adaptación del paciente oncológico, en los cuales se proporcione diversas estrategias y recursos para lograr una mejor aceptación y calidad de vida.
- Se recomienda implementar programas, talleres y sesiones de psicoeducación para los pacientes oncológicos, con un enfoque en estrategias de afrontamiento positivo que permitan una adecuada adherencia al tratamiento.
- Se recomienda resaltar en los programas de intervención (individual, familiar y grupal) la importancia del apoyo familiar para los pacientes oncológicos.
- Se sugiere continuar realizando estudios psicométricos con el propósito de encontrar mayor evidencia en cuanto a estructura interna y externa de la prueba CAEPO en diferentes grupos sociodemográficos.



REFERENCIAS

- Aliaga, M. y Pita, S. (2020). Estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con cáncer de estómago en fase inicial de Cajamarca [tesis de grado, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio Institucional de la UPAGU. <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1274/INFORME%20DE%20TESIS%20-%20ALIAGA%2c%20M.%20Y%20PITA%2c%20S.%20%282020%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arbulú La Torre, X. (2019). Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama. *Revista de Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 74-79. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1795>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Campoverde Merchán, F. y Campoverde Arévalo, N. (2020). La tasa de Mortalidad General del Ecuador del INEC subestima erróneamente al Cáncer. *Rev. Oncol. Ecu*, 30(3), 178-191. <https://doi.org/10.33821/488>
- Cárdenas, M., y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de

significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y Sociedad*, 5(2), 210-224.

Castillo, A. y Redolat, R. (2019). Impacto emocional y afrontamiento del diagnóstico de cáncer en pacientes y familiares. En S. Puig y M. Tormo (Coords.). *La promoción de la Salud desde la Psicología* (pp. 77-91). Universidad Internacional de Valencia.

Suportamed. (2021). *Clasificación y tipos de cáncer*.
<https://suportamed.com/cancer-clasificacion-tipos/>

Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española de cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23 (92), 799-802.

Cruzado, J. (2014). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Editorial Síntesis. <https://es.scribd.com/document/478267912/Tratamiento-psicologico-en-pacientes-con-cancer>

Díaz, G. y Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista IIPSI*, 13, 69-86.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3737/3000>

Encinas, M. (2019). *Afrontamiento al estrés, una revisión teórica* [tesis de bachiller, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional de la Universidad Señor de Sipán.

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6097/Encinas%20Orbegoso%20Margarita%20Janet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Escobar, G., Zambrano, G. y Cevallos, L. (2019). El cáncer y su repercusión en la personalidad de quienes lo padecen, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/cancer-repercusion-personalidad.html>
- Federación Española de Enfermedades Raras. (2010). La familia: principal fuente de apoyo social. *Universidad Pontificia Comillas*. <https://blogs.comillas.edu/fei/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Intervenci%C3%B3n-con-la-Familia-.docxD.pdf>
- Florencia, M. (2012). *Biología del comportamiento - 090*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
- Globocan. (2020). Situación del cáncer en el mundo. *Cancer Today*. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?>
- González, M. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos - CAEPO*. TEA Ediciones. https://selcap.cl/wp-content/uploads/2019/11/CAEPO_Extracto_WEB.pdf
- González, M. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Ridep*, 25(1), 35- 49. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645445003.pdf>.
- Hashemi, S.-M., Rafiemanesh, H., Aghamohammadi, T., Badakhsh, M., Amirshahi, M., Sari, M., Behnamfar, N. y Roudini, K. (2019). Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-

analysis. *Breast Cancer*, 27(2), 166–178.
<https://doi.org/10.1007/s12282-019-01031-9>

Hernández Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodologías de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.

Hospital Hermilio Valdizán (2019). Trastornos mentales más comunes que afectan a pacientes con cáncer. *Boletín Epidemiológico*. Ministerio de Salud.

Huamán, L. y Lupaca, D. (2019). *Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana* [tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1722/Laura_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ibarra, N. (2022). *El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana* [tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4618/M-PSIC-T030_45742036_M%20%20%20IBARRA%20SANTOS%20NORMA%20ELEANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica. (2022). *INEN publica estudio que permitirá desarrollar estrategias para enfrentar el cáncer*.

<https://portal.inen.sld.pe/minsa-otorga-reconocimiento-al-inen-por-uso-eficiente-de-tecnologias-de-la-informacion-al-servicio-de-la-salud-2/#:~:text=Es%20importante%20mencionar%20que%20durante,pacientes%20del%20interior%20del%20pa%C3%ADs>

Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *Estadísticas del cáncer*.
<https://www.cancer.gov/estadís/cancer/naturaleza/estadísticas>

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. McGraw Hill Education.

Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A., y Palacio González, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517–529.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3148>

Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad durante la pandemia de COVID-19. *Revisa de Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 542-547.
<http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>.

Núñez, P. (2019). *Nivel de afrontamiento frente al diagnóstico en pacientes oncológicos del Hospital III Cayetano Heredia, febrero – mayo 2019* [tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40359/Nu%C3%B1ez_CPL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 1 - 206.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392153>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Perfiles de país sobre cáncer 2020*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=4-cancer-country-profiles-2020-1&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Día Mundial contra el Cáncer 2021: Yo Soy y voy a*. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy->

[voy#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20se%20estima,las%20personas%20y%20a%20las%20comunidades](https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20se%20estima,las%20personas%20y%20a%20las%20comunidades)

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Cáncer*.

<https://www.paho.org/es/temas/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20de,de%20edad%20o%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes>

Peralta Álvarez, M., y Serrano Báez, G. (2018). *Mortalidad en pacientes oncológico crítico en cuidados intensivos*. Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/1724>

Revilla, L., (2021). Situación actual del cáncer en el Perú. *Ministerio de Salud*.
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>

Reyes, M., Landeros, E., Ramírez, N. y Neira, K. (2022). Nivel de afrontamiento y adaptación en hombres y mujeres con diferentes tipos de cáncer de México. *Revista Salud y Cuidado*, 1(4), 8-24
<http://revistasaludycuidado.uaemex.mx/>

Rodríguez Quispe, G. (2019). *La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5003>

Rodríguez, L. y Rubiños, S. (2020). *Evidencias de validez de contenido del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos* [tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55384/Rodríguez_VLR-Rubiños_RSM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez Villena, A. (2019). Uso de programas estadísticos libres para el análisis de datos: Jamovi, Jasp y R. *Revista Perspectiva*, 20(1), 112-114. <https://doi.org/10.33198/rp.v20i1.00026>

Vásquez Montenegro, J. y Toncel Cobos, K. (2020). *Impacto emocional y calidad de vida en pacientes con cáncer linfático* [Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional de la UCC.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/b8efe37c-5322-4b3e-a164-79ba3aad1971/content>

Ventura, J. y Caycho, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
<https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>

Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., y Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 50, 101892.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>



APÉNDICES

APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO DEL DERECHO DE AUTOR

Srtas:

Rubiños Rodríguez, Sussan Maria

Rodríguez Vidal, Lourdes Rosalba

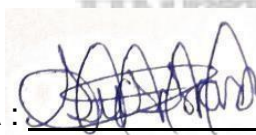
Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes de la manera más respetuosa para solicitar su consentimiento y autorización para permitir el uso del cuestionario con el cual contribuyó a la validez del contenido. La investigación se titula **“Evidencias de validez de contenido del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos”**. Nuestra finalidad es usar los datos estudiados para nuestra investigación, titulada **“Estrategias de afrontamiento en varones y mujeres con diagnósticos oncológicos de un hospital de Lima Norte”**.

De antemano, agradecemos su atención.

ACEPTO SÍ NO

FIRMA : _____



Rubiños Rodríguez, Sussan Maria



Bach. Mayra Machado Muñoz



Bach. Jany Sanchez Guevara



Asesor: Mg. Juan José G. Artica Martínez

APÉNDICE B: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Código de participante:
2. Edad
3. Sexo
4. Grado de instrucción: Marque con una X según corresponda

Nivel educativo	Completo	Incompleto
Primaria		
Secundaria		
Superior técnico		
Superior universitario		

5. Actividad laboral: SÍ () NO ()
6. Diagnóstico médico: Marque con una X según corresponda

Nm	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Desconoce

7. Composición familiar actual: Marque con una X según corresponda

Tipo de familia	Pertenencia
Monoparental	
Nuclear	
Extensa	
Vive solo	

8. Apoyo familiar: SÍ () NO ()

APÉNDICE C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

identificado con DNI N.º _____ He sido informado por las Srta. Jany Sanchez Guevara o Mayra Machado Muñoz para participar en la investigación “**Estrategias de afrontamiento en varones y mujeres con diagnósticos oncológicos en un hospital de Lima Norte**”, cuyo propósito es describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes oncológicos varones y mujeres de 30 a 85 años con diagnóstico de cáncer de un hospital de Lima Norte. Por otro lado, la información recibida solo se utilizará para los fines de la investigación manteniendo la identidad del participante en reserva.

Concedor de esta información, de manera consciente y voluntaria doy mi consentimiento para participar del estudio.

Por lo tanto, firmo el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la fecha _____ de _____ del año 20____.

Firma

APÉNDICE D: Cuadro comparativo de los ítems del cuestionario CAEPO

Ítem	Escala CAEPO original	Escala CAEPO versión peruana	Escala CAEPO modificada
1.	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	Cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.
2.	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	Estoy dispuesto a enfrentar esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	Estoy dispuesto a enfrentar esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.
3.	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.
4.	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.
5.	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.
6.	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	Pienso que esto que me sucede es porque no me he cuidado adecuadamente de mi salud.	Pienso que esto que me sucede es porque no me he cuidado adecuadamente de mi salud.

7.	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.
8.	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.
9.	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.
10.	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	Hablo de mis preocupaciones con las personas que son más cercanas: familia, amigos, etc.	Hablo de mis preocupaciones con las personas que son más cercanas: familia, amigos, etc.
11.	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.
12.	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.
13.	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.
14.	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	Pienso constantemente en mi problema de salud.

15.	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.
16.	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	Siento que lo que me está sucediendo me ayudará a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	Siento que lo que me está sucediendo me ayudará a saber la cosas que son importantes en la vida.
17.	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.
18.	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.
19.	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	Intento compartir mis emociones con algunas personas.
20.	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede no tiene importancia.	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede no tiene importancia.
21.	Procuró ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	Procuró ser fuerte y enfrentar mi problema de salud.	Procuró ser fuerte y enfrentar mi problema de salud.
22.	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.
23.	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.

24.	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.
25.	Procuró controlar mis emociones.	Procuró controlar mis emociones.	Procuró controlar mis emociones.
26.	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.
27.	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.
28.	Intento mostrarme sereno y animado.	Intento mostrarme sereno y animado.	Intento mostrarme sereno y animado.
29.	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no me hubiera enfermado.	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no me hubiera enfermado.
30.	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	Creo que rezar es la mejor solución para que todo salga bien.	Creo que rezar es la mejor solución para que todo salga bien.
31.	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	Hago todo lo que me indiquen porque creo que es bueno para mi recuperación.	Hago todo lo que me indiquen porque creo que es bueno para mi recuperación.
32.	Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.

33.	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	Expreso mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	Expreso mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.
34.	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.
35.	Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.	Pienso que las cosas ocurren y que nada se puede hacer para cambiar los acontecimientos.	Pienso que las cosas ocurren y que nada se puede hacer para cambiarlas.
36.	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	La verdad es que no estoy muy preocupado por mi salud.	La verdad es que no estoy muy preocupado por mi salud.
37.	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.
38.	Procuró evadirme y no pensar en lo que me pasa.	Procuró no pensar en lo que me pasa.	Procuró no pensar en lo que me pasa.
39.	Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.
40.	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.