



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

Personal, medical and socio-family factors related to the type of coping with stress due to illness in adult oncology patients of a national hospital in Lima

Mishell Mamani Quea¹, Fernando Querevalú Nabarro²

RESUMEN

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

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

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between coping with stress with the variables sex, age, marital status, educational level, clinical diagnosis, clinical stage, type of treatment and social support in adult patients of the oncology service of a national hospital in Lima. **Methodology:** quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and correlational type, because it sought to relate the study variables; The sampling was non-probabilistic consecutive, made up of 100 adult patients from the oncology service from the hospitalization and external consulting areas, with an average age of 18-80 years; in which, the entire study population was chosen as it met the research requirements. Likewise, the Questionnaire for Coping with Stress in Cancer Patients - CAEPO by González (2004) and the Family and Friends Social Support Scale - AFA-R by Landero and Gonzáles (2008) were used for the survey. **Results:** It was found that between coping with stress and degree of instruction there is

¹Consultorio psicológico "Felizmente de paso", Juliaca/Arequipa, Perú
Orcid ID: 0000-0003-3015-0897

²Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
Orcid ID: 0000-0002-9902-0129

a significant association of ($X^2 = 15,274$; $<. 01$); as well as social support ($X^2 = 22.182 <.000$); unlike the other variables where there is no significant association with coping with stress. **Conclusion:** coping with stress is significantly related to the degree of education and social support, unlike the variables sex, age, marital status, clinical diagnosis, clinical stage and type of treatment that are not significantly related to coping with stress in patients oncology adults.

Keywords: Cancer, coping with stress, personal, medical and socio-personal factors, cancer patients.

INTRODUCCIÓN

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

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

La mayor prevalencia e incidencia de cáncer en mujeres son el de cuello uterino y de mama, mientras que en los varones son el cáncer de próstata y el cáncer de estómago, asimismo

el 85% de personas que sufren de cáncer son detectados en estadios avanzados, lo cual afecta significativamente las probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayores gastos económicos por los tratamientos e incremento en la tasa de mortalidad (Gestión, 2016).

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

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

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

La OMS (2018), refiere que el cáncer se ocasiona por la mutación de células normales en células

tumorales en un proceso en diferentes etapas que consisten en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. El Instituto Nacional del Cáncer (2014), tras investigaciones basadas en el desarrollo de factores de manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos, concluyó que el cáncer, en esencia, es un proceso genético, cuyas alteraciones pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa; sin embargo, también se puede desarrollar debido a productos químicos, radiaciones ionizantes, infecciones, virus o traumas.

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

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

Según la American Psychological Association (2017) el estrés es una enfermedad que cada año se va incrementando y que afecta tanto a hombres como a mujeres; no obstante, son las mujeres quienes lo experimentan con mayor frecuencia en comparación de los hombres.

Asimismo, mencionan que el estrés es un factor relacionado al desarrollo del cáncer. Duval, González, y Rabia (2010) identificaron que el análisis del estresor se subdivide en tres fases la primera es la recepción del estresor que se lleva a cabo en el tálamo por medio de un filtro de información, posterior a ello se programará

la reacción, mediante el córtex prefrontal y el sistema límbico, respondiendo según la experiencia, finalmente se dará la reacción de respuesta del organismo.

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

Finalmente, Ticona, Santos y Siqueira (2015) refieren que el cáncer es una enfermedad relacionada con diversos estresores, como: los emocionales, físicos, existenciales y financieros, ocasionando cambios abruptos en el estilo de vida del individuo y calidad de vida, tanto de él como el de sus cuidadores más cercanos.

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

Ticona, et al. (2015) ejecutaron un estudio en Brasil enfocado en identificar las diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento, concluyendo de que no se presentó diferencia de género con relación a las estrategias de afrontamiento, así mismo, se observó que existe una influencia positiva al estrés percibido en pacientes mujeres y pacientes viudos, debido a la aceptación de enfermedad y estadio. En cuanto a la edad, se concluyó en que los pacientes mayores experimentan menor malestar existencial y pocas dificultades en comparación con los jóvenes, quienes al verse en una situación de una enfermedad terminal como el cáncer pueden encontrar mayores dificultades para el afrontamiento a la enfermedad y el tratamiento (Valencia, 2006). Con respecto al estado civil los estudios demuestran que existe poca relación entre este factor y la morbilidad psicológica en pacientes oncológicos, sin embargo, en población general los síntomas depresivos son más comunes en divorciados o separados que en solteros o casados, este fenómeno se puede deber a que los pacientes de cáncer consideran más la calidad de sus relaciones interpersonales que el estado civil (Valencia, 2006). Por otro lado, el grado de instrucción, denotó gran relación con el afrontamiento positivo, concluyendo que los pacientes con mayor grado de escolaridad tienen mayor capacidad de reestructuración cognitiva, a diferencia de los que presentan baja escolaridad quienes son más vulnerables a los procesos adaptativos (De Haro et al., 2014); por su parte el tipo de cáncer, se encontró que el cáncer de pulmón, mama, páncreas y orofaríngeo presentan mayor morbilidad psicológica, la cual se puede relacionar a la imagen corporal, llegando a presentar problemas emocionales con mayor prevalencia en las mujeres (Valencia, 2006) ; el estado clínico, la presencia de metástasis o avance de la enfermedad, es un factor que condiciona al individuo a experimentar un episodio de depresión mayor esto se puede deber a que con el avance de la enfermedad, mientras que en las fases agudas los efectos psicológicos no serán tan críticos e incluso la negación y la distracción pueden disminuir los niveles de ansiedad, no obstante a largo plazo causará desesperanza, autopercepción de incapacidad, indefensión, incrementando el riesgo de perturbaciones psicológicas (Ciaramella y Poli, 2001; Valencia, 2006); tratamientos empleados, tras estudios se concluyó que existe relación directa entre el tratamiento médico y el afrontamiento, así

mismo que los pacientes que reciben terapias combinadas, presentan mayor dificultad de afronte, debido a que ambas afectan directamente la calidad de vida del individuo (Hutton & Williams, 2001; Nicholas y Veach, 2000), por último, el apoyo social familiar y de amigos, ayuda a los pacientes en la expresión de las emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la percepción de bienestar psicológico y en la selección de estrategias de afrontamiento eficientes (Shams y Rizvi, 2016), el apoyo social es un aspecto importante durante el proceso del cáncer, ya que esta variable facilita a los pacientes demostrar con mayor facilidad la expresión emocional, mantener las relaciones sociales, generar una percepción de bienestar psicológico y en la elección de estrategias de afrontamiento positivas (Pérez, González, Miele, & Uribe, 2017). Según Kim, Han, Shaw, McTavish, y Gustafson (2010), refieren que el sentido que el apoyo social es una variable que se relaciona con la adaptación a la enfermedad. (Acosta et al., 2017) tras un estudio realizado en México en pacientes con cáncer de mama, estudió variables sociodemográficas y clínicas mediante una entrevista y las estrategias de afrontamiento, los resultados evidenciaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron, la resolución de problemas y el afrontamiento activo. Por otro lado, los factores que más se relacionaron con el afrontamiento activo fueron la edad, estado civil y la pertenencia a una familia funcional, concluyó que la funcionalidad familiar es un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo, Gonzales (2018), desarrollo una investigación en Lima, para plantear y conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social observado en la etapa de diagnóstico, los resultados reportan que existe relaciones significativas entre los índices de apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento: reinterpretación positiva, planificación, acudir a la religión, uso del humor , así mismo, la edad concierne positivamente con la iniciativa de vincularse con una religión, en conclusión el apoyo social promueve el uso de estrategias consideradas como adaptativas. Por otro lado, Díaz y Yaringaño (2010) realiza un estudio en Lima, referido al Clima Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, hallaron que existe relación estadísticamente significativa entre Clima Social Familiar y el Afrontamiento al Estrés, por lo que se denota que las mujeres presentan estrategias para un afrontamiento

positivo en mayor medida que los hombres, además, que los pacientes de 40 a 50 años, presentan un afrontamiento positivo, por último, existen diferencia en los pacientes oncológicos, en cuanto al diagnóstico y clima familiar, sin embargo no se encuentra diferencia en cuanto a las estrategias de afrontamiento. Pérez et al. (2017), realizaron una investigación en Colombia, con el objetivo de determinar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas, apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento, concluyeron que las variables sociodemográficas y clínicas están relacionadas con el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, además, se observó una tendencia particular al uso de la evitación de estrategias de afrontamiento, evitación cognitiva, religión y refrenar el afrontamiento, así mismo, (Díaz y Yaringaño (2010), plantearon conocer la relación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM), los resultados indican una relación significativa entre un adecuado clima social familiar y el afrontamiento positivo, y entre Relaciones y Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional, así mismo Huaman y Lupaca (2019) realizaron un estudio sobre la relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana, donde se concluyó que existe relación altamente significativa entre el apoyo social y afrontamiento al estrés, mediante niveles moderados de apoyo en información, orientación y consejería, la cual motiva al paciente a recurrir a mecanismo de defensa positivos, por lo que se destacó el apoyo informacional, apoyo emocional y el apoyo instrumental.

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

Por esta razón, se ha visto a bien realizar un estudio en población oncológica adulta de un

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

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

METODOLOGÍA

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

Participantes

Los participantes fueron pacientes adultos de ambos sexos desde los 18 años en adelante que se atiendan en el servicio de oncología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen EsSalud - Lima, en el periodo comprendido de febrero y marzo del 2020. El muestreo consistió en elegir a todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de

elección fijado para el estudio. Para la inclusión de los participantes en la investigación los cuales debían tener mínimo 18 años, ser de ambos sexos, pertenecer al servicio de oncología y por último el paciente debió aceptar participar de forma voluntaria a través del consentimiento informado, los criterios de exclusión se darán si el participante es menor de edad, no completa toda la escala, presenta respuestas aleatorias, rechaza la encuesta, pacientes con patología psiquiátrica y pacientes con dificultad severa física y mental.

Instrumentos

Fueron utilizados 2 instrumentos de recojo de datos: el Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés para Pacientes Oncológicos - CAEPO y la Escala de Apoyo Social familiar y de amigos de Gonzales y Landero.

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

1. Apoyo familiar (ítems 1,3,5,7,9,11,13,14): Se puede considerar como relaciones primarias de las cuales sobre todo al inicio el individuo depende de ellas para satisfacer sus necesidades y retroalimentarse, y son más duraderas en el tiempo, las cuales proporcionan o pueden proporcionar distintos tipos de apoyo a sus integrantes.
2. Apoyo de amigos (Ítems 2,4,6,8,10,12,15): representar una relación secundaria que forman parte del proceso de socialización de las personas, que puede a veces pasar a ser más importantes o más influyentes en las personas sobre todo en ciertas etapas de la vida, pero en general tienden a ser relaciones menos duraderas.

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

El instrumento fue validado en Perú por Aldave (con una muestra de 130 pacientes con diagnóstico de VIH en un hospital de Trujillo. Se procedió a realizar una aplicación piloto en 100 pacientes con VIH a partir de 18 años (M=34.1; DE=12.9) siendo el 53% varones del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo – HRDT. Fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico circunstancial. La versión original fue realizada en México, luego de ellos las subsecuentes validaciones han arrojado resultados imprecisos como el de Torres, Vega, Vinaly, Arenas, & Rodríguez (2015) en donde precisó la eliminación de un ítem y la manifestación de un tercer factor, mientras una nueva validación por González y Landero (2014) evidenciaron la misma estructura sin embargo se procedió mediante la extracción de componentes principales (Aldave, 2018).

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

Procesamiento de datos

Para la recolección de los datos se inició con la tramitación documentaria correspondiente a la autorización de la institución donde se realizó la investigación, dicho proceso se realizó durante los meses de diciembre y enero del presente año. Así mismo la aplicación de los instrumentos dentro de la institución a la población se realizará al otorgarse la autorización por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Prestacional Almenara y autoridades a fin para realizar la investigación, se estima llevar a cabo en los meses de febrero y marzo del 2020. Los lugares de aplicación serán los correspondientes al servicio de oncología médica, el área de hospitalización y consulta externa. La aplicación se iniciará con la presentación y el consentimiento informado, así mismo se recogerán los datos sociodemográficos a través de la información brindada por el paciente y familiar por medio de la entrevista, para la recolección de los datos médicos como el diagnóstico, el estadio y el tipo de intervención que recibe se procederá con la lectura de la historia clínica y/o entrevista al paciente, familiar

o la licenciada de enfermería. Después de haber registrado todos los datos sociodemográficos y demás se procederá a aplicar la escala de apoyo social familiar y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO) en un tiempo aproximado de 25 minutos. Después se procedió a realizar el análisis de datos por SPSS 24.0 y Excel. Se hizo la limpieza de la data y posteriormente las tablas cruzadas con las variables, dimensiones y datos sociodemográficos, el análisis inferencial utilizado fue el chi cuadrado, debido a que no hubo distribución normal según Kolmogorov Smirnov en nuestra prueba.

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

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En la tabla 1 se aprecia que la mayoría de pacientes adultos oncológicos presentan un

Tabla 1

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

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

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

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

Tabla 2

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

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

Nivel de afrontamiento al estrés según datos sociodemográficos

La tabla 3 permite apreciar que hay mayor muestra del género femenino con cáncer, en cuanto a los hombres, estos presentan el mismo puntaje en los niveles negativo y positivo (43.3%) mientras que la mayoría de las mujeres (55,7%) presentan un nivel negativo de afrontamiento, evidenciando que las mujeres recurren más estrategias negativas para hacer frente a su diagnóstico; así mismo se demostró que existe un grupo minoritario de pacientes varones y mujeres con un afrontamiento no definido, es decir recurren a mecanismos de defensa positivos y negativos que interfieren, obstaculizan y lentifican la recuperación.

Tabla 3

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

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

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

Tabla 4

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

	Edad							
	18 a 39 años		40 a 64 años		65 a más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Afrontamiento negativo	14	60,9%	28	56.0%	10	37.0%	52	52,0%
Afrontamiento no definido	3	13,0%	9	18.0%	3	11.1%	15	15,0%
Afrontamiento positivo	6	26,1%	13	26,0%	14	51.9%	33	33,0%

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

Tabla 5

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

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

Asociación entre las variables

Respecto a la asociación entre el apoyo social y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, la tabla 10 muestra que el estadístico chi cuadrado de Pearson obtiene un valor de $X^2 = 22.182$ con un nivel de significancia de $p=.000$, es decir, existe asociación altamente significativa entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés en los pacientes hospitalizados del servicio de oncología.

Tabla 6

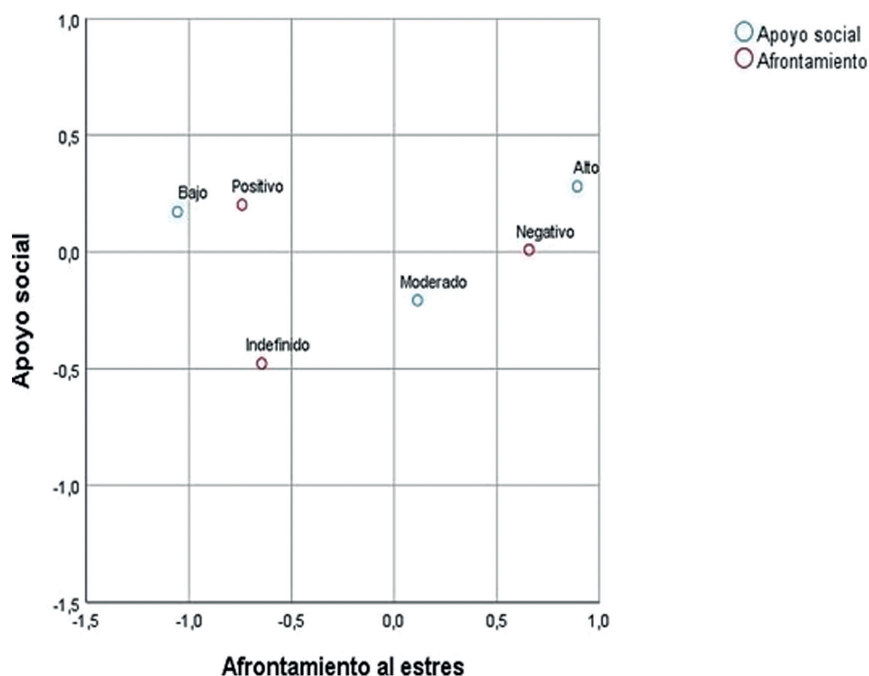
Coefficiente de correlación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes del servicio de oncología en un hospital nacional de Lima

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

En la figura 1 se observa que los pacientes oncológicos que presentaron un nivel bajo de apoyo social se asocia a un afrontamiento positivo, los pacientes que tienen un afrontamiento positivo afrontan con resiliencia la enfermedad; los cuales por lo general tienen una visión de esperanza y optimismo respecto al futuro, ya que se enfrentan a la enfermedad con la sensación de sentirse capaces de poder afrontarla; asimismo se observa que un nivel moderado de apoyo social se asocia a un afrontamiento indefinido, caracterizado por un afrontamiento oscilante que se mantiene constantemente entre un afrontamiento positivo y negativo. Finalmente se aprecia en la figura que un nivel de apoyo social alto se asocia a un afrontamiento negativo, haciendo que el paciente presente conductas y pensamientos de resignación frente al pronóstico, a pesar de recibir apoyo, económico y emocional, interés, empatía y aceptación, esto podría estar relacionado a una indefensión aprendida, producto de la sobreprotección y el constante monitoreo por parte de su entorno, por lo que el paciente puede llegar a asumir que es incapaz de hacer frente a la enfermedad.

Figura 1

Asociación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital nacional de Lima



Asociación entre los datos sociodemográfico

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

Tabla 7

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

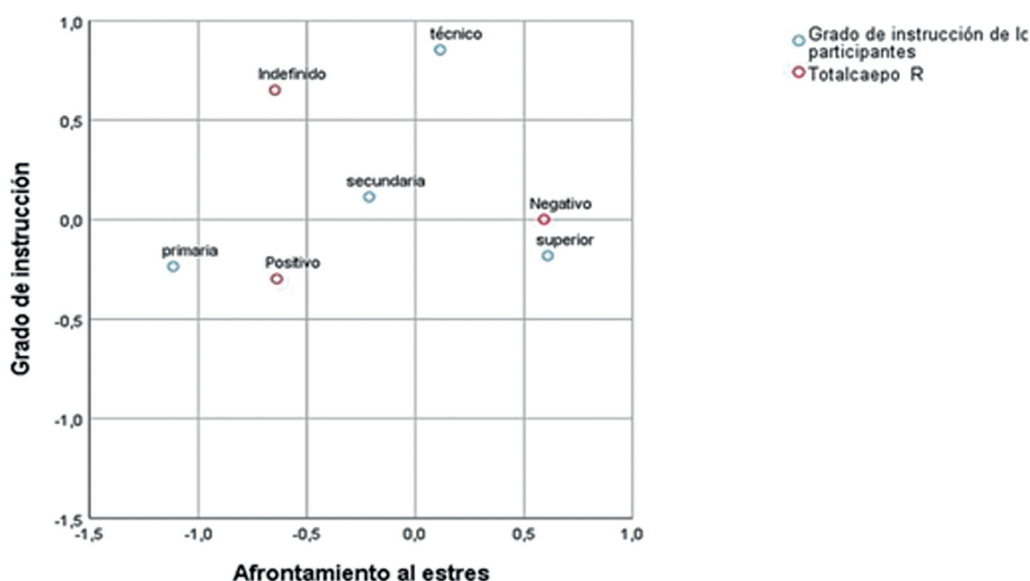
	Afrontamiento al estrés		
	X^2	gl	p
Sexo	2,085	2	.353
Edad	6,278	4	.179
Estado civil	4.239	8	.835
Grado de instrucción	15,274	6	.018
Diagnóstico	27,721	26	.372
Estadio del participante	3.962	6	.682
Tipo de tratamiento	2,192	2	.334

En la figura 2 se aprecia que un afrontamiento positivo se asocia al grado de instrucción primario, esto podría deberse a la falta de un completo conocimiento respecto a la información concerniente al

diagnóstico y los efectos colaterales a la enfermedad, por otro lado, el grado secundario y el técnico no se asocian con ningún tipo de afrontamiento. Finalmente se observa en la figura que un afrontamiento negativo se asocia a un grado de instrucción superior, debido a que este tipo de pacientes mantienen constante acceso a la información, manteniéndose sobre informados. Afrontamiento negativo se asocia a un grado de instrucción superior, debido a que este tipo de pacientes mantienen constante acceso a la información, manteniéndose sobre informados.

Figura 2

Asociación entre grado de instrucción y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital nacional de Lima



DISCUSIÓN

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

En esta investigación, se encontró que no existe relación significativa entre las variables de edad y afrontamiento al estrés, al igual que en la investigación de Cortés, Barragán, Estrada y Linares (2017), donde trabajaron el nivel de afrontamiento del estrés y su relación con variables sociodemográficas en pacientes oncológicos adultos y no encontrarían relación entre las variables afrontamiento al estrés y edad de los participantes. Esta falta de diferencia significativa entre afrontamiento y edad sugiere que el uso de estrategias de afrontamiento no dependería de la edad en el grupo de pacientes de esta investigación. No obstante, otra explicación para que los resultados no hayan mostrado correlación entre las variables edad

y afrontamiento al estrés podría deberse a la cantidad y diversidad de grupos por edad que se utilizaron para la investigación, según sus tres etapas (adultez temprana, intermedia y tardía) y la diferencia en la dispersión de dichos grupos: adultez temprana (23%), adultez intermedia (50%) y adultez tardía (27%) respectivamente.

Asimismo, no se evidenció relación entre las variables sexo y tipo de afrontamiento al estrés por la enfermedad, similar al estudio de Ticona, Santos, y Siqueira (2015), donde observaron que no se halló diferencias entre el género y estrategias para afrontar el estrés en pacientes de oncología que recibían tratamiento de quimioterapia. Esta falta de diferencia significativa entre hombres y mujeres sugiere que el uso de estrategias de afrontamiento no dependería del sexo en el grupo de pacientes de esta investigación. Sin embargo, como en otras investigaciones se observó la población oncológica femenina represento la mayoría de la muestra (70%) por encima de los hombres (30%).

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

Con respecto a la variable grado de instrucción, este estudio demuestra que sí existe asociación altamente significativa entre grado de instrucción y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología ($X^2=15,274; <.01$), los resultados obtenidos muestran que las personas con grado de instrucción primario presentan un afrontamiento positivo, el nivel secundario y técnico no estarían asociados a ningún tipo de afrontamiento. Por último, también se puede visualizar que un grado de instrucción superior está relacionado a un afrontamiento negativo del estrés, este resultado difiere de las investigaciones de González (2018), Galarza et al. (2009) y De Haro-Rodríguez (2014) los cuales mencionan que un afrontamiento positivo está relacionado con un grado de instrucción superior, debido a que ellos encontraron que los pacientes oncológicos con mayor grado de instrucción presentaban un mayor predominio en un afrontamiento más activo y más adaptativo, y que a su vez las personas con un nivel menor de instrucción tienden a usar estrategias de evitación o negación, lo cual podría hacer pensar que la población con baja escolaridad se asociaría con un afrontamiento negativo. No obstante, a pesar que las investigaciones de dichos autores hayan obtenido esos resultados en esta investigación nosotros hemos encontrado un aporte distinto a lo planteado previamente, es por eso que consideramos la presencia de algunos posibles factores que hayan influido en los siguientes resultados. Con relación al afrontamiento positivo y la baja escolaridad podría ser que, al tener un bajo conocimiento, poco entendimiento e información respecto a la enfermedad y sus efectos colaterales podrían correr menos riesgo a la autosugestión, debido al exceso de información que podría buscar respecto a su enfermedad y pronóstico, debido a esto buscarían confiar estos temas al personal

de salud como los médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, o a sus familiares más instruidos.

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

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

Por último, se obtuvo la asociación entre las variables afrontamiento al estrés y apoyo social ($X^2=22.182<.000$), demostrando así la significancia correlacional entre ambas variables. Los autores Nisa y Rizvi (2016) mencionan que el apoyo social es muy importante para las personas que presentan cáncer, esto debido a que ayuda los pacientes en la expresión de emociones, en el mantenimiento de las relaciones sociales, en la percepción del bienestar psicológico y en la elección de mejores estrategias de afrontamiento. La percepción del apoyo social presenta una valoración cognitiva de sentirse conectado con otras personas y de recibir ayuda en momentos de necesidad (Usta, 2012). El apoyo social tiene un efecto directo sobre la salud a partir de la interacción con los demás, creando sentido de identidad social, pertenencia y participación, gracias a la fomentación de las conductas saludables, el incremento de la autoestima y obtener creencias de competencia y autocontrol sobre su medio (Bárez, Blasco y Fernández, 2003). Para Baca (2013) el apoyo social reduce la evaluación negativa sobre la situación que genera estrés y facilita la posibilidad de adoptar conductas adaptativas. De esta manera el apoyo social favorece la adaptación personal y está asociado con una mejor salud física y mental (Costa-Requena, Ballester y Gil, 2015). Kim et al. (2010) refieren que el apoyo social es una variable que se relaciona con la adaptación a la enfermedad.

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

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

Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

El estudio fue financiado por los autores, quienes declaran no tener conflictos de interés

Correspondencia

Mishell Mamani Quea
Correo electrónico:
mishellmamani@upeu.edu.pe

Fernando Querevalú Nabarro
Correo electrónico:
fernandonabarro@upeu.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, E., López, C., Martínez, M. E., y Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 139. Recuperado de: <https://doi.org/10.19136/hs.a16n2.1629>
- Aldave, G. (2018). "Resiliencia y apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo" (Tesis de licenciatura). Universidad Privada del Norte. Recuperado de: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/13579>
- American Psychological Association. (2017). *Stress in America: The State of Our Nation Stress in America Survey*, 1–9. Recuperado de stressinamerica.org
- Baca, D. (2013). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>
- Bárez, M., Blasco, T. y Fernández, C. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.
- Cabrera, Y., Ernesto, M., López, J., Ernesto, G., Cabrera, L., y De, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Psychology and Oncology : in an Essential Unit*. *Finlay*, 7(2), 115–127. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Casado, F. (2020). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Recuperado de http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf
- Ciamarella, A., y Poli, P. (2001). Assessment of Depression among Cancer Patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 10(1), 156–165. <https://doi.org/10.5958/2349-2996.2018.00004.6>
- Costa, G., Ballester, R., & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 25-32. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14404
- Cortés, L., Barragán, L., Estrada, S., y Linares, O. (2017). Nivel de afrontamiento del estrés y su relación con variables sociodemográficas en pacientes oncológicos adultos. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, Vol. 4, No 2, pp.40-46. Recuperado de: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/74>
- De Haro, M., Gallardo, L., Martínez, M., Camacho, N., Velázquez, J., y Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de reciente diagnóstico. *Psicooncología*, 121, 7–32. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Díaz, G., y Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación En Psicología*, 13(1), 69–86. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i1.3737>
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, 0(1), 39–48. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2003.n1.17245
- Duval, F., González, F., y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. 48(4), 307–318. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272010000500006
- Espinoza, C., y Ramos, A. (2014). Fatiga, apoyo social y afrontamiento en pacientes con cáncer. (Tesis para Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2291/ENescacs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, B., y Del Mar Campos, M. (2012). Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 317-334. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40900
- Felipe, E., y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245–257. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/560/56017095004/%0Ahttps://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
- Galarza, A., Martínez, V., Posada C. y Castañeiras C. (2009). Resiliencia y afrontamiento adaptativo: ¿recursos claves para la salud mental?. Sedici. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/47911>
- Gestión. (2016). Cáncer en Perú: El 85% de casos se detectan en estadios avanzados. Recuperado de: Gestión website: <https://gestion.pe/tendencias/>

- Nisa, S., y Rizvi, T. (2016). Influence of Social Support and Coping Strategies and personality traits with Post traumatic Growth in Cancer Patients. *International Research Journal of Social Sciences*, 6(2), 105–114. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/286932010>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2019). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? Recuperado de: <http://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- The Economist Intelligence Unit. (2017). Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina Una historia de luces y sombras. *The Economist Intelligence Unit*, 74. Recuperado de: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf
- Torres, M. A., Vega, E. G., Vinalay, I., Arenas, G., y Rodríguez, E. (2015). Validación Psimétrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001> 16657063/Derechos
- Ticona, S., Santos, E., y Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9–20. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.2>
- Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3569-3572.
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.05>

Recibido: 30/02/2021
Aceptado: 22/05/2021