

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO
SUBJETIVO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO DEL IREN- TRUJILLO.”**

AUTORA:

Vásquez Díaz, Zaida Lucía

ASESORA:

Moya Chávez, María Ysabel

TRUJILLO- PERÚ

2019

**“RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO
SUBJETIVO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO DEL IREN- TRUJILLO”**

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado Calificador:

Cumpliendo con las disposiciones vigentes emanadas por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Psicología, someto a vuestro criterio profesional la evaluación del presente trabajo de investigación Titulado: “**Respuestas de afrontamiento y bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.**” elaborado con el propósito de obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Con la convicción de que se le otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, les agradezco por anticipado las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación.

LA AUTORA

DEDICATORIA

A mi familia por darme su apoyo y motivación durante estos años, consiguió que esta tesis sea posible.

A la Dra. Moya Chávez, María Ysabel, por su tolerancia y orientación durante el proceso de esta investigación.

A todos los pacientes oncológicos, que me brindaron no solo su historia sino también su confianza y motivación para seguir.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mi madre por ser mi soporte, por su comprensión en todo momento a lo largo de mi vida, que me permitió culminar con esta etapa de mi desarrollo profesional.

A los docentes de esta universidad, que me brindaron sus conocimientos y me ayudaron con esta investigación.

A los directivos de la institución regional de enfermedades neoplásicas IREN, por permitirme el acceso a sus instalaciones y acercarme a tanto a los pacientes como sus familiares.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I MARCO METODOLÓGICO	12
1.1. EL PROBLEMA:.....	13
1.1.1. Delimitación del problema	13
1.1.2. Formulación del problema	16
1.1.3. Justificación del estudio	16
1.1.4. Limitaciones	17
1.2. OBJETIVOS	17
1.2.1. Objetivos generales	17
1.2.2. Objetivos específicos.....	17
1.3. HIPÓTESIS	17
Hipótesis General	17
Hipótesis Específicas.....	18
1.4. VARIABLES E INDICADORES	18
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN.....	19
1.5.1. Tipo de Investigación	19
1.5.2. Diseño de Investigación.....	19
1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
1.6.1. Población.....	20
1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21
1.7.1. Técnicas.....	21
1.7.2. Instrumentos	21
1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
CAPITULO II MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.....	26

2.1. ANTECEDENTES	27
2.2. MARCO TEÓRICO	30
2.2.1. Afrontamiento	30
<u>2.2.2. Bienestar Psicológico.....</u>	38
2.3. MARCO CONCEPTUAL	50
CAPITULO III RESULTADOS	51
CAPITULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	63
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
CAPITULO VI REFERENCIAS Y ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Total de cirugías mayores según grupo de edad y género. Del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE.....	20
Tabla 2: Nivel de utilización de Respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN-Trujillo.....	52
Tabla 3: Nivel de Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	54
Tabla 4: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Análisis lógico” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	55
Tabla 5: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Revaluación positiva” con el bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	56
Tabla 6: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de guía y soporte” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	57
Tabla 7: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Solución de problemas” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	58
Tabla 8: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Evitación cognitiva” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	59
Tabla 9: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Aceptación o resignación” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	60

Tabla 10: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de recompensas alternativas” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.....	61
Tabla 11: Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Descarga emocional” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo	62

RESUMEN:

El objetivo de esta investigación es el determinar la relación entre las escalas de respuestas de afrontamiento (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas, Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas y Descarga emocional), que es todo esfuerzo mental y comportamental que ejerce el paciente al enfrentarse a su enfermedad, intentando minimizar conductas o eludir reflexiones estresantes. Y el bienestar psicológico subjetivo, que se toma como aquella habilidad que nos permite evaluar sobre el contentamiento de nuestra vida, sobre la insatisfacción y la satisfacción con la misma. Consiguiéndose determinar la existencia de la relación entre estas dos variables, en una población de 120 pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico, con edades comprendidas entre 20 a 69 años, utilizando los instrumentos: Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A) y la Escala de bienestar psicológico (EBP). Concluyéndose que la correlación entre el Bienestar psicológico subjetivo con: Análisis lógico es de 0,471, Reevaluación positiva 0,688, Búsqueda de guía y soporte 0,576, Solución de problemas 0,596, Evitación cognitiva -0,046, Aceptación o resignación -0,267, Búsqueda de recompensas alternativas 0,633, Descarga emocional -0,246.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between coping response scales (Logical analysis, Positive reassessment, Search for guidance and support, Problem solving, Cognitive avoidance, Acceptance or resignation, Search for alternative rewards and Emotional discharge), which is all mental and behavioral effort that the patient exerts when facing his illness trying to minimize the behavior or avoid stressful reflections. And subjective psychological well-being, as that ability that allows us to assess the contentment of our life, about dissatisfaction and satisfaction with it. Being able to determine the existence of the relationship between these two variables, in a population of 120 cancer patients with surgical treatment, aged between 20 and 69 years, using the instruments: Inventory of coping responses for adults (CRI-A) and the Psychological well-being scale (EBP). Concluding that the correlation between subjective psychological well-being with: Logical analysis is 0.471, Positive reevaluation 0.688, Search for guidance and support 0.576, Troubleshooting 0.596, Cognitive avoidance -0.046, Acceptance or resignation -0.267, Search for alternative rewards 0.633, Emotional discharge -0.246.

CAPITULO I
MARCO METODOLÓGICO

1.1. EL PROBLEMA:

1.1.1. Delimitación del problema

Según Rivero, R. (2008) la enfermedad oncológica trae consigo ramificaciones en las áreas tanto psicológicas, sociales como en los recursos de afrontamiento, del cual pueden valerse las personas cuando deben aceptar y convivir con la enfermedad, afectando también su vida. Siendo uno de los más significativos medidores de una respuesta psicológica, el afrontamiento que se presenta durante cualquier actividad que la persona realice, desde un nivel cognitivo como conductual, para hacer frente a una situación determinada (Martín, 2003).

Para Rodríguez (2004) cuando la mayor parte de la población diagnosticada con cáncer se enfrenta a esta nueva realidad es una de las actividades más significativas en el transcurso de la enfermedad. Aquí es donde los pacientes oncológicos hacen uso de las destrezas de afrontamiento de las que poseen, siendo un significativo determinante en el inicio y el transcurso de la enfermedad. Es así que, a nivel nacional, en la zona norte del país, de acuerdo a las estadísticas publicada en la página web de IREN Norte (2017) se han registrado que las neoplásicas más comunes son: cuello uterino (13.9%) de 260 pacientes, mama (11.7%) de 219 pacientes, piel (11.6%) de 217 pacientes, estómago (11.2%) de 211 pacientes y próstata (7.7%) de 144 pacientes. Donde el 1,761 (71.6%) de la población son del departamento de La Libertad que acude por primera vez a este instituto. Es decir, La Libertad sería el departamento con más historias clínicas aperturadas de todo el norte.

Tomando en cuenta lo anterior, el tipo de comportamiento que puede tomar el paciente oncológico ante su enfermedad suelen ser diversas y son afectadas por el nivel personal de adaptación frente a estresores (como el nivel de amenaza frente

a los objetivos de su vida) el tipo y grado de la enfermedad, el soporte emocional con el que dispone y las actitudes que rigen su entorno, tal como la posibilidad de una rehabilitación psicológica (Holland, 1991). Ya que enfrentarse a esta diagnosis genera una gran cantidad de estrés que varían según el entorno, las capacidades y el nivel de amenaza que siente cada persona. Este afrontamiento es dinámico y va cambiando según el tiempo, es decir, se influencia por la percepción que tiene sobre la vida, las estrategias aprendidas sobre cómo enfrentarse a estresores parecidos y el significado que da a la razón de pasar por esta experiencia. En otras palabras, para entender el proceso que es el afrontamiento es primordial tomar en cuentas atribuciones (positivas o negativas) que tenga el paciente sobre este hecho, pues esto está estrechamente ligado a sus creencias, incluyendo las religiosas. Dichas atribuciones que realiza tienden a estar ligadas al significado, el sentido que tiene de la vida, la muerte y al sufrimiento sobre esta situación o de manera global. Al final el afrontamiento puede estar condicionado por características tanto del entorno del paciente con cáncer, como de su propia visión del mundo. Siendo lo importante la percepción subjetiva de su felicidad, además de las implicaciones de una enfermedad física o fisiológica, según sus objetivos y visión de su vida personal, por su vida laboral, bienestar económico y su punto de vista sobre su relación de pareja (Sánchez - Cánovas, 2007). Relacionando así al bienestar psicológico subjetivo, con el aspecto hedónico, tomándolo como todo el espectro afectivo: sus estados de ánimo, sentimientos, emociones y la percepción que experimenta la personas sobre el nivel de mayor frecuencia de los mismos. Siendo este débil, ocasional y voluble. Estos dos componentes están interconectados, entre más experiencias emocionalmente placenteras tenga una persona más aumenta su posibilidad de percibir su propia

vida de manera positiva. De la misma forma se razona que las personas que posean un alto nivel de bienestar, son los que perciben satisfacción en las diferentes áreas de su vida, es decir, que al evaluarse predomine una valoración positiva, en resumen, tienen un alto estado anímico con frecuencia y en pocas situaciones perciben emociones displacenteras. Por el contrario, las personas “desdichadas” serían todos aquellos que valoran la mayor parte de su vida como negativa o nocivos.

Tomando en cuenta los factores antes mencionados, si nos centramos de manera particular en la realidad existente en nuestra localidad se puede mencionar que no se presta la suficiente atención al trabajo psicológico con pacientes oncológicos en donde además se aborde el tema bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento que, por las circunstancias, el paciente toma. Paradójicamente estos elementos tan importantes para la atención multidisciplinaria son dejados de lado en los centros de salud o en el mejor de los casos, se llegan a realizar cuando ya están en cuidados paliativos, que es en la etapa final.

Siendo que los pacientes tienen que enfrentar no solo a un nuevo entorno, si no también se ven forzados a desempeñar un papel pasivo a lo largo de la enfermedad, tomando decisiones en un estado mental no favorable, como el shock que se da en la mayoría de los casos después del diagnóstico, generando una acumulación de emociones negativas donde estos pueden llegar a tener un sentimiento de desvalimiento tal que caen en depresión o llegan a tener pensamientos suicidas. Por ende necesitan un soporte emocional que les ayude a sobrellevar estos cambios tan repentinos. Por ello el interés de abordar dicha problemática con el fin de ganar información para una mejor atención y además contribuir a que estas personas recuperen sus vidas de nuevo tras la enfermedad.

Además de aportar conocimientos que ayuden a la imagen del paciente oncológico pues en nuestra sociedad es considerada un tabú, llegando a pensar que cáncer es igual que muerte, siendo esta creencia alimentada por la desinformación que ronda esta enfermedad. Tomando en cuenta el problema expuesto anteriormente, es que se genera el interés de parte de la investigadora en determinar cuál es la relación entre respuestas de afrontamiento y bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre respuestas de afrontamiento y bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo?

1.1.3. Justificación del estudio

Las investigaciones sobre respuestas de afrontamiento y el bienestar psicológico subjetivo que profundicen en el impacto que las intervenciones tienen sobre su vida en el paciente oncológico son apenas existentes en nuestra región. Por tanto, se ha hecho hincapié en la necesidad de investigación adicional válida sobre las variables que permitan la adquisición de información y conocimientos para elaborar herramientas con pautas y estrategias para mejorar el afrontamiento de los pacientes a partir del cambio de actitudes, tanto los especialistas multidisciplinarios como de su entorno social. El presente estudio brinda definición de la relación entre las variables del estudio que servirán para futuras investigaciones teniendo como objetivo el conseguir no solo los resultados físicos adecuados si no también los psicológicos y emocionales.

1.1.4. Limitaciones:

Los resultados de la investigación podrán ser generalizados exclusivamente a otras poblaciones que mantengan similitudes a las del grupo de estudio.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivos generales

Determinar la relación entre las escalas de respuestas de afrontamiento y el bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de respuestas de afrontamiento (Análisis Lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas, Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional) en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.
- Identificar los niveles de bienestar psicológico (de la subescala del bienestar psicológico subjetivo) en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis General

H1: Existe relación entre respuestas de afrontamiento y bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

1.3.2. Hipótesis Específicas

H1: Existe relación entre las escalas de respuestas de afrontamiento (Análisis Lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas, Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional) y la subescala bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

1.4. VARIABLES E INDICADORES

Variable de Estudio 1: Respuestas de afrontamiento, la misma que será evaluada a través del Inventario de Respuestas de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A)

Escalas:

- Análisis lógico
- Reevaluación positiva.
- Búsqueda de guía y soporte.
- Solución de problemas.
- Evitación cognitiva.
- Aceptación o resignación.
- Búsqueda de recompensas alternativas.
- Descarga emocional

Variable de Estudio 2: Bienestar psicológico, la misma que será valorada mediante la subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo (EPS)

1.5.DISEÑO DE EJECUCIÓN

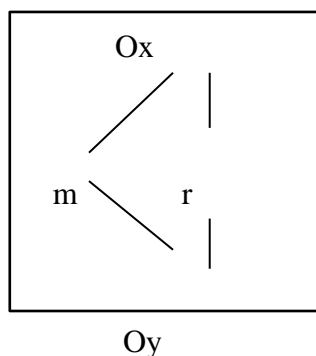
1.5.1. Tipo de Investigación

Este estudio de investigación es sustantivo, puesto que se orienta a describir, explicar y predecir la repetición de las modalidades o niveles de las dos variables en esta población o en parecidas, permitiendo así establecer leyes generales que permitirán formar resultados probados. (Sánchez y Reyes, 2006).

1.5.2. Diseño de Investigación

La presente investigación opta por un diseño descriptivo- correlacional, puesto que se orienta a establecer el nivel de correspondencia entre las dos variables en una misma muestra de sujeto. (Sánchez y Reyes, 2006)

Asume el siguiente diagrama:



Dónde:

m: Muestra del grupo de pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico.

Ox: Observación de respuestas de afrontamiento.

Oy: Observación de bienestar psicológico subjetivo.

r: índice de relación existente entre ambas variables.

1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.6.1. Población

La población está constituida por 120 pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico, de ambos géneros, con edades comprendidas entre 20 y 69 años de edad, del IREN NORTE o Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

Tabla 2:

Total de cirugías mayores según grupo de edad y género. Del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE

Grupo de Edad	F	M	Total
20-29	10	4	14
30-39	16	2	18
40-49	17	10	27
50-59	30	7	37
60-69	22	2	24
TOTAL	95	25	120
%	79.1%	20.8%	100%

Fuente: Datos alcanzados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE para el estudio.

De los 120 casos de cáncer con tratamiento quirúrgico registrados hasta la actualidad, con una media etaria entre los 20 a 69 años. Un 79.1% fueron de género femenino, 20.8% fueron de género masculino.

Donde se utilizará la Muestra probabilística aleatorio por conglomerados, aquí los pacientes fueron seleccionados al azar en forma natural por agrupaciones. Aquí los elementos del muestreo se seleccionan de la población de manera individual, uno a la vez.

Criterios inclusión:

- Participantes de la muestra aleatoria a los que luego ser conocedores del documento de beneplácito, dieron permiso para ser examinados.
- Todas las pruebas llenadas correctamente.

Criterios de exclusión

- Participantes que no estuvieron presentes en los días donde se aplicaron las pruebas.
- Participantes que no tengan instrucción para escribir o leer.
- Participantes con enfermedades mentales.

1.7.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.7.1. Técnicas

- Evaluación Psicométrica

En esta investigación, se utilizaron los instrumentos: Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) de R.H. Moos y Escala de Bienestar Psicológico (EPB) de José Sánchez Cánovas junto a una entrevista cualitativa semi-estructurada, teniendo como objetivo el recopilar datos y así encontrar si las respuestas de afrontamiento están relacionadas con el bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos que tengan un procedimiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

1.7.2. Instrumentos

1.7.2.1. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A)

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) fue creado por Rudolf Moos en el año 1993, que mide las estrategias de

afrontamiento al estrés, su ámbito de aplicación es para adultos a partir de los dieciocho años de edad, su aplicación puede ser tanto individual como colectiva, con una duración promedio de entre 10 y 15 minutos en el formato de cuestionario y entre 15 y 30 minutos en el formato de entrevista estructurada, posee dos partes, se suele usar ambas para realizar informes individuales de cada persona, pero en esta investigación hemos utilizado únicamente la segunda parte, la cual posee tiene 48 items de los cuales son 6 por cada escala, de las cuales las 4 primeras estrategias son consideradas de aproximación al problema (AL, RP, BG y SP) y las cuatro restantes son de evitación a la situación problema (EC, AR, BR y DE). De la misma manera se dividen por: afrontamiento de problemas de forma cognitiva (AL, RP, EC, AR) y por la vía conductual (BG, SP, BR, DE). Siendo que los baremos de la población general se encuentran mediante percentiles y puntuaciones T divididos por sexo (varones y mujeres). Siendo estas escalas 8: Análisis lógico (AL), Reevaluación positiva (RP), Búsqueda de guía y soporte (BG), Solución de problemas (SP), Evitación cognitiva (EC), Aceptación o resignación (AR), Búsqueda de recompensas alternativas (BR) y Descarga emocional (DE). En este inventario hay 4 alternativas N: No, nunca. U: Una o dos veces. B: Bastantes veces. S: Sí, casi siempre. Teniendo un formato autocorregible, donde primero se sacan las puntuaciones directas mediante una sumatoria de cada estrategia de afrontamiento, que están divididas 8 columnas, luego se debe tener los percentiles, para lo que se selecciona el baremo según el género (seleccionando los puntajes directos para ver en los extremos tanto el percentil como la puntuación T), de aquí se pasa a interpretar los resultados de cada escala según su nivel y viendo si la escala con más presencia es adaptativa o

no. Este inventario posee una validez convergente con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach) con valores alfa de 0,89, 0,92, 0,83. En cuanto a la confiabilidad se obtuvo mediante la consistencia interna (Alfa de Cronbach) con un 0.81 y 0.90 según sea cada escala.

1.7.2.2.Escala de Bienestar Psicológico (EBP)

La Escala de Bienestar Psicológico fue elaborada por José Sánchez Cánovas en el año 2007, en la Universidad de Valencia en España, es un cuestionario de administración individual o colectiva, que puede ser aplicable tanto a adolescentes como adultos de ambos géneros con edades comprendidas entre los 17 y 90 años, con una duración de 20 minutos. Esta escala posee 65 ítems, que con el fin de tener mayor precisión se aumentaron 10 ítems a bienestar laboral y 15 a relaciones de pareja, ubicados en 4 subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Bienestar en las relaciones con la pareja. Siendo que cada subescala se puede calcular independientemente, para este estudio solo se tomó el Bienestar Psicológico Subjetivo, tiene una puntuación de tipo Likert que va del 1 que es casi nunca, al 5 que es siempre, sin embargo, hay puntuaciones que se invierten, como en la subescala de Bienestar Laboral en las cuestiones 5 y 8 y en Relaciones de Pareja desde el 5 al 12. Siendo la más alta puntuación: Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo 150, Subescala de Bienestar material 50, Subescala de Bienestar Laboral 50, Subescala de Relaciones de pareja 75. Cuenta con baremos según la Subescala, género y edad de cada participante, además de una Escala Combinada (esto es cuando se aplican las 4 subescalas). Para la corrección del protocolo, primero se debe verificar que el participante

efectuara las indicaciones de la prueba, después se tiene que ver que esté completada, una vez ahí se separa la hoja de respuestas y se hace la sumatoria de los resultados de cada subescala de manera directa, según esto se ubica en un baremo (según edad y género) con esto podemos vislumbrar el nivel presente en el sujeto según la subescala. La validez concurrente, presenta un 0.899 (una correlación no negativa y significativa) con el Inventario de felicidad de oxford de Argyle. Por otro lado, su consistencia interna oscila según su subescala entre el 0.870 a 0.935

1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información necesaria para este estudio se le pidió permiso al Director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE, mediante una carta de presentación de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego; una vez conseguido el permiso se coordinará la disponibilidad horaria con el personal asistencial para la aplicación de los instrumentos. Se ingresará en el horario acordado al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE, donde se les informará a los pacientes, mediante la lectura del consentimiento informado, el objetivo de la recolección de datos y se recalcará su participación voluntaria. Donde se distribuirá primero, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A), y posteriormente, se les entregará la Escala de Bienestar Psicológico (EBP). Una vez terminada la evaluación de los pacientes, se seleccionará los protocolos debidamente contestados procediendo a codificarlos en forma consecutiva.

1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez aplicados ambos instrumentos a la muestra investigada, se obtendrán puntuaciones que serán ingresadas a una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel, y posteriormente se procesarán con el paquete estadístico SPSS 24.0, procediendo luego a realizar el análisis de los datos obtenidos, empleando métodos que proporcionarán la estadística descriptiva y la estadística Inferencial, tales como:

- Tablas de distribución de frecuencias simples y porcentuales, (que serán elaboradas según las normas APA), para la organización y presentación de los resultados obtenidos referente al nivel de Respuestas de Afrontamiento y nivel de Bienestar Psicológico Subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.
- Primeramente se deberá verificar si cumple con la normalidad de los datos recibidos de los pacientes en los dos protocolos, aplicando a Kolmogorov-Smirnov, donde se decidirá el uso de la evaluación de la prueba paramétrica de correlación de Pearson o de la prueba no paramétrica de correlación de Spearman, en la valoración de la correlación entre las Respuestas de Afrontamiento y el Bienestar Psicológico Subjetivo en los participantes, todo esto para conseguir el análisis correlacional.

CAPITULO II
MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Ortiz y col (2013) ejecutaron en Bogotá- Colombia una investigación de tipo descriptivo correlacional en un conjunto de 17 enfermos neoplásicos, para reconocer la correlación entre la depresión, angustia, porcentaje de auto-estima y las respuestas de afrontamiento; con las siguientes escalas: Escala de autoestima de Rosemberg, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (had) y Escala de estrategias de coping modificada. Se concluyó que existe una relación entre los porcentajes de ansiedad, de decaimiento y la demostración de los problemas en el afrontamiento y la estrategia resolución de situaciones problema.

Coppari y col. (2014) realizaron en Asunción- Paraguay una investigación de tipo descriptiva, exploratoria y cualitativa cuyo objetivo era indagar y detallar cómo los enfermos con sida y cáncer perciben su nivel de vida, su salud y sus respuestas de afrontamiento. Participaron cuatro pacientes con sida y diez con diagnóstico oncológico, donde se les aplicaron el inventario de calidad de vida y salud - INCAVISA (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009), el CRI-A (Moos y Moos, 1993), además de realizarse entrevistas no estructuradas y cualitativas. Concluyendo así que la estrategia de afrontamiento estaba siendo considerada como una particular mediadora relacionada con la conciliación de la persona a la enfermedad, siendo las habilidades de acercamiento las que llegarían a ayudar positivamente a la evaluación de la calidad de su vida.

Novoa y cols (2008), realizaron un estudio en Bogotá- Colombia, de tipo descriptivo correlaciona, acerca de bienestar psicológico y calidad de vida en enfermos oncológicos mayores con cuidados paliativos, donde participaron ochenta y tres adultos de ambos géneros con distintos tipos de cáncer, donde se les aplicaron: lista de información sociodemográfica, índice de satisfacción psicológica, SPF36 y el McMaster quality of life scale. Concluyendo que los hombres no presentan una mejora frente a la actividad física

como el recorrer cierta distancia, tampoco el poder descansar adecuadamente o el cuidarse por sí mismo, ni el intentar realizar sus cosas como hacía antes, a diferencia de las mujeres.

A Nivel Nacional

Buse (2002), realizó una investigación experimental denominada “Visualización cognitiva y sus efectos sobre el estrés emocional en pacientes con cáncer” de tipo experimental con una población de 12 pacientes quienes fueron atendidos de forma voluntaria en un Hospital de la Seguridad social de Lima Metropolitana. Considerando como instrumentos: La técnica de relajación muscular con visualización cognitiva, cuestionario para obtener la historia clínica de los participantes, inventario hospitalario de estrés emocional, escala cognitiva de estrés, escala cognitivo de control personal y escala cognitiva. Obteniendo como resultado que la mayoría de los pacientes presentaron valores bajos de estrés, aumento de control personal y la disminución o eliminación de algunos síntomas físicos colaterales.

Soto y Soto (2012) realizaron en Chiclayo- Perú un estudio observacional, prospectivo, analítico de casos y controles emparejados, que tuvo como meta contrastar el grado de valoración de eficacia en su vida en enfermos con/ sin tratamiento quirúrgico extremo de mama en un hospital nacional, donde participaron 38 pacientes mastectomizadas, aplicando las pruebas de calidad de vida QLQ BR-23EORTC y QLQ C- 30. Obteniendo que la calidad de vida global de parte de los casos fue muy semejante al de los controles, por otro lado, el contraste es realmente significativo entre la sensación de control y la de salud global, concluyendo que un 21.1% tuvieron una visión negativa de su satisfacción en la vida, sin haber una discrepancia importante con los de control que tuvieron 15.7%.

Mamani (2008), realizó una investigación de tipo correlacional comparativa sobre el funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama, donde el grupo control fue conformado por ciento treinta enfermos con cáncer de mama que fueron intervenidas quirúrgicamente, las cuales fueron seleccionadas de un hospital nacional ubicado en Lima, evaluándolas utilizando los siguientes cuestionarios: Sistema familiar y el enfrentar el estrés en enfermos neoplásicos. Concluyendo que existe una relación resaltante entre el arquetipo familiar según su flexibilidad y el mayormente no negativo afrontamiento, en los pacientes.

A nivel Regional y Local

Cortez y Mantilla (2012) investigaron en Perú- Trujillo sobre la correlación entre la vida y el soporte familiar de pacientes que reciben hemodiálisis; con un estudio de tipo descriptivo- correlacional, donde la muestra estuvo constituida por 79 pacientes adultos jóvenes y maduros del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Trujillo. Los instrumentos utilizados para dicho estudio fueron: apoyo familiar e instrumento de su vida del paciente que recibe hemodiálisis y la evaluación de autonomía de juicios o chi - cuadrado dando como resultado la relación altamente significativa entre el grado de apoyo familiar y la vida del paciente que recibe hemodiálisis.

Maldonado y Asuncion (2017) realizaron una investigación sustantiva, con diseño correlacional denominado: “Locus de control de salud y afrontamiento al estrés para determinar su relación, en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo”, donde participaron 53 pacientes oncológicos en tratamiento con edades que oscilan de 30 a 70 años, de ambos géneros, donde se aplicaron los instrumentos: Escala multidimensional de locus de control de salud de Wallston, Wallston y Develli (1978) y el Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Concluyendo que, la investigación

obtuvo una relación importante, no negativa y de un nivel medio entre el locus de control de salud y el afrontamiento al estrés.

Abanto y Sachún (2016) realizaron una investigación tipo correlacional y de corte transversal denominada: funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en el adulto oncológico en un hospital de Trujillo, con una población de 80 adultos oncológicos, a quienes se les aplicaron los instrumentos: Test de percepción de funcionamiento familiar y el cuestionario MOS de Sherbourne y Stewart (1991) del grupo el MOSS – SSS, La encuesta de apoyo social del estudio de resultados médicos. Concluyendo que hay una correlación importante el grado de nivel de funcionalidad en la familia y el grado de soporte social con el grado de resiliencia.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. AFRONTAMIENTO

2.1.1.1. Definición

El afrontamiento es todo esfuerzo mental y comportamental que realiza la persona al plantarse directamente a un suceso estresor, sustituyendo el actuar intelectual y el esfuerzo conductual, con el fin de minimizar la conducta o eludir reflexiones estresantes. Moos (1993). De la misma forma los autores Lazarus y Folkman (1986, citados en Castañeda, 2011) sugieren que es un paso constante de cambio en el que las personas, delante de diversas instancias, ya sean externas o internas, deberán tener diferentes estrategias para resolver y abordar los problemas, planteándolo como la voluntad conductual y cognitiva constante, desarrolladas con el objetivo de optimizar las instancias tanto internas como externas que se perciben como “demasiado” para que la persona logre enfrentarlo adecuadamente. Para Olson y McCubbin (1989, citados en Castañeda, 2011) el afrontamiento ejerce como un modificador de la agitación

emocional, que si es positivo no habrá malestar, de otra manera se afectaría la salud, acrecentando negativamente el riesgo de mortalidad. En otras palabras, esto es un proceso que se presenta cada vez que la persona está en situaciones de estrés, pero la misma no asegura que se resuelva con éxito, pero si se lo obtiene un resultado positivo, este repetirá las mismas estrategias frente a casos similares, sino buscará otras estrategias. Afirmando que hay una diferencia entre el afrontamiento específico y general, considerándolo como un proceso, asumiendo estas nociones: Hay que tener en cuenta que algunas tácticas son más estables o firmes frente al estresor que otras. El afrontamiento posee dos cargos primordiales, está orientada tanto a la emoción como al problema, donde su manejo obedece al grado de control del estresor. Tanto las acciones como los pensamientos que se realicen como afrontamiento no se delimitan por el éxito sino por el grado de esfuerzo. Al ser un proceso varían según la situación presentada. En otras palabras, se delimita al afrontamiento como todo trabajo afectivo o cognitivo que se generan ante la inquietud frente al estresor y la necesidad de volver a restaurar su armonía. Frydemberg y Lewis (1997) se refieren al afrontamiento como un proceso que contiene las tentativas de la persona para superar o resistir las grandes exigencias que se presentan a lo largo de la vida y volver a una armonía y así intentar ajustarse a la nueva realidad.

2.1.1.2. Escalas

Moos (1993) organiza a las respuestas de afrontamiento en el consiguiente orden:

- **Análisis Lógico:** Como todo intento de prepararse cognitivamente para comprender y enfrentarse a los efectos y/o al estresor

- **Revalorización Positiva:** Es el intento de la persona por erigir y reformar cognitivamente una situación problema, percibir lo positivo y al mismo tiempo aceptar esta realidad
- **Búsqueda de Guía y Soporte:** Es el intento conductual que se orienta a averiguar información para obtener orientación y apoyo.
- **Solución de Problemas:** Son los intentos enfocados en realizar conductualmente acciones para enfrentar al problema verdaderamente.
- **Evitación cognitiva:** Toda tentativa cognitiva de la persona por evadir pensamientos realistas en cuanto al problema.
- **Aceptación o Resignación:** Son las tentativas cognitivas que ejerce la persona para reaccionar aceptando al estresor.
- **Búsqueda de Recompensas Alternativas:** Son los intentos cognitivos para instaurar nuevas fuentes de satisfacción y sustituir actividades que podía realizar anteriormente
- **Descarga Emocional:** Es la búsqueda conductual con el fin de minimizar el estrés a través de la expresión de sentimientos perjudiciales.

2.1.1.2. Teorías

- **Recursos de Respuestas de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1984, en Holahan y Moos, 1994) han clasificado a todo aquello que la persona hace uso con el objetivo de hacer frente a situaciones estresantes, como los recursos de afrontamiento, habiendo lo clasificado en afrontamientos sociales o ambientales y personales:

a. Recursos de Respuestas de Afrontamiento Personal

Aquí se asevera, que no es posible organizar todos los recursos que poseen las personas para hacer frente a las diversas exigencias a lo largo de su vida, por lo tanto, se quiere encontrar las primordiales características, con el fin de vislumbrar la implicancia de los recursos de afrontamiento sobre varios aspectos de la persona. Envolviendo elementos correspondientemente firmes de la personalidad, para dar forma a los procesos de afrontamiento y a su evaluación, siendo que varios elementos dispocisionales están considerablemente concernientes al dominio personal, con una supuesta relevancia para los recursos de afrontamiento, conteniendo al locus de control interno, sentido de coherencia, energía, optimismo y autosuficiencia. Igualmente enuncia que los métodos para la solución de inconvenientes, los supuestos positivos y la salud, son considerados las vitales características de la persona.

b. Recursos sociales del Respuestas de Afrontamiento

Se afirma que el apoyo social llega a ser beneficioso en sí mismo, al dar a los individuos una percepción de control firme sobre el estresor o el afirmar diferentes formas de proceder frente al estrés, algunos estudios concluyen que estos recursos dan un soporte primordial e indirecto para que el sujeto consiga un afrontamiento exitoso. En otras palabras, el apoyo social podría apoyar a las personas a tomar acciones indirectas o directas frente al estrés, donde el efecto amortiguador o denominado también efecto indirecto, se da cuando resguarda a la persona de sus consecuencias negativas y por sí mismo no contribuye directamente a disminuir el estrés.

• **Teoría de Fernández–Abascal y et al. (1999)**

Estos dos autores esbozan la existencia de 3 dimensiones básicas del afrontamiento, de las cuales se desglosan una sucesión de estrategias de Afrontamiento

- El método empleado en el afrontamiento: El estilo de afrontamiento de evitación, se da cuando las energías de la persona están enfocadas a sortear y evadir las secuelas del estresor; el estilo de afrontamiento pasivo, incluye toda acción indirecta de ningún tipo de resolución a la nueva realidad, ya que el individuo aguarda a que se solucione por sí misma; por otro lado, el estilo de afrontamiento activo, que engloba a la voluntad del sujeto para hacer frente con diversas soluciones ante el estresor, de manera directa.
- La focalización del afrontamiento: Primero el estilo de afrontamiento dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación, la cual hace referencia a la nueva evaluación de una dificultad; siendo el segundo el estilo de afrontamiento dirigido a la respuesta emocional, que es toda indagación para la eliminación o minimización de una consecuencia emocional provocada por la nueva situación; y tercero el estilo de afrontamiento dirigido al problema, se trata sobre la modificación o manejo de las circunstancias del estresor.
- La actividad movilizada en el afrontamiento: Siendo primero el estilo de afrontamiento conductual, incluye todo comportamiento manifiesto orientado al esfuerzo del individuo; y segundo el estilo de afrontamiento cognitivo, cuya prioridad se encuentra en la reorganización de los procesos cognitivos superiores y básicos.

c. Teoría de Carver (1989)

La teoría de Carver y col. (1989 citado por Salazar, 1993) está asentada en Lazarus y su modelo, además de Bandura y su conducta de autorregulación. Señalando estilos de afrontamiento centrados en el problema, que se dan cada vez que la persona indaga el cómo cambiar la relación actual ya sea minimizando o excluyendo las consecuencias de la situación y son:

- Afrontamiento activo: Sus esfuerzos conductuales buscan disminuir, evadir o alejar las consecuencias no positivas.
- Planificación: Se refiere al proceso que admite discurrir el cómo debe reaccionar la persona frente al problema, instaurando y eligiendo la estrategia más favorable, teniendo en cuenta la planificación y clasificación de sus habilidades de acción.
- Supresión de otras actividades: Con el fin de manipular adecuadamente al estresor, se evaden o desestiman viables diligencias para evitar distraerse.
- Postergación de afrontamiento: Se enfoca en evitar realizar alguna gestión apresuradamente, con ese fin se orienta a posponer o esperar el momento perfecto para realizar una acción sobre el problema.
- Búsqueda de soporte social por razones instrumentales: Con el objetivo de la resolución de la situación, indaga por orientación, información, asistencia y consejo en las personas que lo rodean.
- Reinterpretación positiva y crecimiento: Es una estrategia donde se estudia al problema, tomando en cuenta todo lo positivo de la situación perjudicial, como un conocimiento que le ayudará para el futuro
- La aceptación: Envuelve dos elementos que se dan durante el afrontamiento. El primero es el aceptar la realidad con el estresor. Y el

segundo es aceptar que esto es inmutable y tendrá que aprender a coexistir con ello.

o Negación: Es cuando la persona se rehúsa a aceptar la existencia del estresor por lo que su conducta y forma de pensar se orienta a desmentir este hecho y hacer como si este no existiera.

o Acudir a la religión: Es cuando la persona se enfoca en la religión como un soporte en situaciones estresante con el fin de disminuir el estrés actual.

d. Teoría de Erica Frydemberg

Esta autora desarrolla en 1997 la teoría propuesta por Lazarus y elabora un nuevo modelo de afrontamiento, donde luego de evaluar el contexto, la persona mide las consecuencias del estresor, si es que estas podrían ser un desafío, amenaza, daño o pérdida y que estrategias serían efectivas para manipularlo. Dependiendo de eso, la respuesta es reevaluada y en base a esto se puede estructurar otra, de este modo se deriva a un proceso de retroalimentación, donde se establece si se reutilizaran las estrategias que han sido empleadas o si serán eliminadas de la recopilación de afrontamiento, esto depende de si han sido eficaces o no, según el juicio del individuo. Asimismo, Toma en consideración 18 estrategias de afrontamiento:

AS. Buscar Apoyo Social: Es el obtener apoyo a través del compartir su problema con los de su entorno.

RP. Centrarse en Resolver el Problema: Se centra en plantearse diversos puntos de vista para afrontar al estresor de manera metódica y alcanzar una resolución.

ES. Esforzarse y Tener Éxito: Es la importancia personal que se le da junto a las acciones de esfuerzo.

PR. Preocuparse: Es la tensión que se genera por el “mañana” y su felicidad en el futuro.

AI. Invertir en Amigos Íntimos: Es todo esfuerzo que realice el individuo por mantener una relación personalmente íntima con otra persona.

PE. Buscar Pertenencia: Es el nivel de valor que le da la persona a sus relaciones con los de su entorno, más que todo prioriza lo que otros piensa de él.

HI. Hacerse Ilusiones: Es toda expectativa con o sin fundamento, de que habrá una conclusión feliz.

NA. Falta de Afrontamiento: Es cuando una persona con tendencia a somatizar los problemas, se percibe incapaz de enfrentarlos.

RT. Reducción de la Tensión: Que a través de las acciones del individuo se busca disminuir el estrés, con el fin de “sentirse mejor”.

SO. Acción Social: Es el buscar ayuda organizando reuniones, peticiones, etc, donde se dará a conocer sus preocupaciones a los demás

IP. Ignorar el Problema: Es toda acción consiente que haga el sujeto por dejar correr o negar de situación problema.

CU. Autoinculparse: Es cuando el sujeto se percibe como el culpable de su problema.

RE. Reservarlo Para Sí: Es la tendencia que tiene el sujeto para encerrarse en sí mismo e impedir que otras personas sepan sobre sus problemas.

AE. Apoyo Espiritual: Es cuándo una persona se consagra en Dios, en rezar y/o apoyarse en algún líder espiritual, ante las dificultades.

PO. Fijarse en lo Positivo: Es cuando el sujeto se percibe como “dichoso”, ve las cosas positivamente, es decir, se centra de forma optimista en el presente.

AP. Buscar Ayuda Profesional: Cuando la persona busca ayuda en profesionales como los psicólogos o maestros

DR. Distracciones relajantes: Cuando la persona indaga sobre escenarios que sean relajantes y de entretenimiento, como salir a la calle, leer un libro, etc.

FI. Distracciones Físicas: Realizar actividades que impliquen esfuerzo físico y mantenerse saludable.

2.2.2. Bienestar Psicológico

2.1.2.1. Definición

Sánchez-Cánovas (1998), afirma que el bienestar psicológico es toda percepción de felicidad que se vislumbra subjetivamente, se la toma como aquella habilidad que nos permite cavilar sobre el contentamiento con nuestra vida, sobre la insistencia de los sentimientos positivos, sobre la repetición y la satisfacción con la vida, así también, Diener (1984, p. 103-157) asegura que un indicador de como la persona valora su vida, es el bienestar psicológico conteniendo como elementos las experiencias emocionalmente agradables, la no percepción de depresión, satisfacción en sus relaciones e individual. Del mismo modo Ryff (1989, p. 1069-1081), implica al bienestar psicológico como una apreciación evaluativa del individuo referente a como ha vivido su existencia, sus métodos participantes en vivir bien, y dando prioridad al contenido de la misma. Igualmente, Argyle (1992), que engloba al bienestar psicológico como una valoración tanto cognitiva como afectiva que realiza la persona sobre su vida, afirmando que para poseer un alto nivel de bienestar necesita de tres elementos primordiales: los agudos y habituales estados emocionales no negativos; una falta concerniente tanto de la depresión como la ansiedad y; una percepción de complacencia en general con su vida. Por su parte, Fierro (2000), entiende el bienestar psicológico, como la voluntad de la

persona a atender su salud mental, es decir, que actúe conscientemente al construir experiencias alegres o vivencias no negativas, estableciéndolo como el poder “bien-ser” y “bien-estar”.

Casullo (2002), define al bienestar psicológico como una expresión de la satisfacción de cada persona y su nivel de agrado con elementos globales o específicos de su vida, predominando una etapa anímica positiva, mediante de una evaluación subjetiva. De la misma manera afirma que hay tres elementos que componen la satisfacción: el cognitivo tales como los pensamientos o creencias, sus etapas emocionales y la correlación entre estos elementos. En resumen, acepta que el elemento de la satisfacción o complacencia es el bienestar psicológico, que es la consecuencia de la evaluación que hace cada persona de toda su vida sobre cómo les va ahora o antes, yendo más allá de una acción rápida.

Para Victoria y López (2003), consideran al bienestar psicológico como una clase, de la cual su percepción es influenciada por elementos muy personales, sin importar el género, el bienestar es edificado por cada uno dependiendo de su historia y es emergida de su vida social, en otras palabras, es irrepetible y personal. La percepción que las personas poseen sobre lo que produce placer y complacencia, ósea el bienestar, cambia dependiendo de la sociedad en la que este, varia de un tiempo a otro, depende del progreso social a otro y del momento de la vida en el que se encuentra una persona a otra, afirmando así que el bienestar psicológico interviene en las acciones orientadas al logro de propósitos y metas, al mismo tiempo de ser producido por el juicio cognitivo de sus logros.

2.1.2.2. Dimensiones del Bienestar Psicológico

Sánchez Cánovas (2007) manifiesta que el Bienestar Psicológico posee las siguientes dimensiones:

a. Bienestar psicológico subjetivo

Sánchez Cánovas (2007), afirma que el bienestar psicológico subjetivo está correlacionado con elementos específicos del funcionamiento social, psíquico y físico relacionado con el mantener adecuadamente sus relaciones de pareja, satisfacción laboral, expresar a través de números sus pertenencias materiales, discernimiento subjetivo sobre incorporaciones financieras, afectos no negativos y la felicidad. Es decir, aquí se vislumbra como concluyentes del funcionamiento positivo de la persona y del bienestar. Del mismo modo Victoria y López (2003) aseguran que uno de los elementos imprescindibles de la salud mental es el bienestar psicológico subjetivo, la cual se edifica mediante una autoevaluación de cada persona teniendo en consideración sus logros y metas, las que están muy relacionadas con su experiencia emocional. Así también Veenhoven (1998, p. 1-58), define al bienestar psicológico subjetivo como el nivel en el que cada individuo atribuye en términos positivos, de un modo global o general, su vida. Las personas hacen uso de dos elementos, sus afectos y pensamientos, además de relacionar con el bienestar psicológico subjetivo, la vida placentera y la felicidad, esto muestra el nivel con la que cada individuo valora su vida positivamente y como un todo. Del mismo modo, Rice (1997) afirma que el Bienestar psicológico subjetivo es como una etapa positiva o emocional vislumbrada por cada individuo, envolviendo a la valoración afectiva y cognitiva de su vida como un todo. Igualmente, Diener (2000) mencionó que los estados de ánimos y las emociones provienen de los

sucesos o acontecimientos, siendo por lo general la percepción global que tienen sobre la vida. Además, existe componentes del bienestar psicológico subjetivo como: el agrado con la vida (juicios globales de la propia vida), bienestar laboral, afecto positivo que se refiere a las experiencias de emociones agradables, y afecto negativo que se refiere a las experiencias desagradables. También, García y col. (2000) sostiene que el bienestar psicológico subjetivo es la consecuencia de la evaluación general de la vida, que influye los aspectos tanto afectivos como cognitivos y que define el estado de ánimo del sujeto conllevando así a lograr sus aspiraciones u objetivos en todo ámbito de la vida.

b. Bienestar material

El bienestar material hace alusión a la estimación que realiza cada persona en cuanto a la prosperidad que le condiciona las circunstancias en la que vive, del mismo modo hace referencia a la apreciación de cada uno en lo que respecta a o considera fundamental para vivir cómodamente.

c. Bienestar laboral

La satisfacción o bienestar laboral, obedece a la utilidad de la misma y de las interacciones y relaciones que mantenga la persona en su contexto de trabajo. Aseverando que los individuos que cuentan con un oficio están más satisfechos que las que no lo poseen, a pesar de tener un salario invariable, afirmando además que la satisfacción laboral esta correlacionado con su familia, su relación matrimonial y su satisfacción de forma general. (Argyle, 1992)

d. Bienestar en relación con la pareja

Papalia y Wendkos (2011) define a la intimidad como el autodescubrimiento, incluyendo el sentido de pertenencia, respeto mutuo y la aceptación como pareja, con el fin de construir relaciones afectuosas, íntimas, firmes y fuertes, dado esto, se aprecia su importancia y motivación para la conducta humana. Afirmando así que la intimidad es una vivencia de comunicación, calidez e intimidad, de la que podría incluir o no el contacto sexual.

2.1.2.3. Teorías del bienestar psicológico

a. Teoría de Keyes

La autora Keyes (2003, p. 601) ha tomado y basado su teoría en el modelo de Ryff, agregando dimensiones del bienestar con el fin de incluir tanto el “bienestar social” como los aspectos hedónicos. Dentro de estos existen tres disímiles ámbitos para operacionalizar la salud mental no negativa: a) Bienestar emocional, con una alta complacencia vital, baja percepción de sentimientos negativos y una alta percepción de sentimientos positivos, b) Bienestar psicológico subjetivo, que incluye todas las dimensiones que propone el modelo de Ryff y c) Bienestar social, que conciernen en algo a la esfera privada e incluye aspectos más correlacionados con el funcionamiento comunitario y social, denominado a este bienestar como un componente que aún es percibido desde una psicología subjetiva. Concluyendo que, dependiendo del nivel de bienestar social, se podría evaluar el entorno socio-cultural en que cada persona vive y si es percibido como un contexto de retroalimentación y satisfacción. Estas características ayudan a las personas

como filtros para evaluar la etapa de salud de los demás, en otras palabras, esto no solo afecta a la percepción personal de satisfacción.

Sobre el contexto de bienestar social, la autora, especifica cinco dimensiones:

- Coherencia social. Cuando las personas atribuyen coherencia, predictibilidad y lógica al contexto social.
- Integración social. Cuando emocionalmente se siente ligado a la sociedad, al sentirse ayudado y con características en común.
- Contribución social. Cuando la persona experimenta que es capaz de dar algo importante a la sociedad.
- Actualización social. Cuando la persona percibe que la sociedad se amplía y mejora, dando cabida a un desarrollo personal.
- Aceptación social. Cuando la persona siente que el mundo es un espacio confiable y libre de crueldad. Además de presentar acciones humanitarias para con los demás.

Tanto en la satisfacción psicológica como en el bienestar emocional, existen varios elementos sociales como: estado civil, interacciones sociales, ingresos salariales, etc., pero las más importantes son los elementos psicológicos como: confianza, sensación de control y una actitud marcada por un interés en objetos externos.

b. Teoría Situacional Bottom- up y Top- down

El modelo psicológico “abajo – arriba” (bottom – up) plantea que el nivel de satisfacción de cada individuo depende de la frecuencia con que tiene vivencias satisfactorias y placenteras, es decir, que el bienestar sería la consecuencia de la suma de estos momentos placenteros y no placenteros, en

los diferentes ámbitos de cada persona. En oposición a esto, está el modelo arriba – abajo (top – down) que afirma que cada persona cuenta con una inclinación a experimentar y valorar a las situaciones como negativas y positivas. Instaurando así que las diversas características de la personalidad establecen el bienestar y sus niveles. Asimismo, incluido en el modelo abajo – arriba se halla la teoría de “punto final”, que afirman la cuestión de que el bienestar es alcanzado cuando una necesidad es saciada. Los fundamentos de este modelo (arriba- abajo) presentan un inicio en los elementos concluyentes que inclinan las acciones, conteniendo los aspectos genéticos y rasgos de personalidad como: la extroversión y la emoción negativa o positiva.

Diener (1984, p. 103-157) planteó el modelo homeostático del bienestar psicológico, que apoya al modelo arriba- abajo, pues afirma que el bienestar es un proceso psicológico, es parte de un sistema profundamente compuesto, y comprende un sistema de capacidades genéticas primarias y un sistema secundario. Aquí el sistema primario, donde se incluyen la escala genética, es un determinante de la sensación de bienestar e incluyente de los elementos del neurocitismo, extroversión y la personalidad. El sistema protector secundario sirve para apoyar esta red, que cuenta con un fundamento genético flexible, más que del otro sistema, además de elementos como: el optimismo vital, la autoestima y la sensación del control. Donde hay una influencia ejercida por el ambiente a los individuos, afectando los elementos de segundo orden, si esta es muy repugnante, tiende a minimizar el efecto protector de los elementos antes mencionados, por esto el bienestar psicológico está en una escala menor. En la mayoría de los casos esta influencia negativa es remedida por mecanismos tanto externos como internos.

c. Teoría de las Discrepancias

Teoría de Michalos (1986, citado en Castro, 2009, p. 43- 72), propone un resumen de la integración de perspectivas distintas dentro del ámbito de la satisfacción, haciendo alusión a cinco puntos de las teorías fundamentadas en hipótesis de comparación:

- Teoría del objetivo-logro, es aquello que los individuos ya poseen y el fin que desean alcanzar.
- Teoría del ideal-realidad, lo que la persona ya tiene y su ideal a conseguir.
- Teoría de la mejor comparación previa, es aquello que el individuo tiene en el presente y lo principal que se consiguió en el pasado.
- Teoría de la comparación social, es aquello que uno gana y el significado que tiene en otro grupo social.
- Teoría de la congruencia, es el proceso de adaptación entre el contexto y el sujeto

El bienestar se advierte como el resultado entre la comparación que realiza cada persona sobre lo que desea obtener y el nivel presente de los mismos, si los requerimientos del individuo son menos que los logros, resulta en la satisfacción, por el contrario si el requerimiento es alto y lo conseguido es bajo, se logra la insatisfacción.

d. Teoría de Ryff

Con el fin de desarrollar este estudio de investigación, se tomará como una referencia al siguiente modelo teórico en el cual se apoya la construcción de la prueba para elaborar el instrumento.

Carol Ryff (1989, p. 1069-1081) que evalúa al bienestar en la etapa de vejez, pues desea determinar la manera en que la persona hace frente y es capaz de adaptarse a las nuevas situaciones que surgen durante la misma. Definiendo así al bienestar psicológico como la energía orientada en acciones a alcanzar su mejor versión, afectando así con el significado que tiene la persona sobre la vida, con sus esfuerzos por superarse y lograr sus metas; siendo su primer objetivo de vida el conocer y ejecutar de la mejor manera sus habilidades. Dando así una definición donde se hace hincapié en el compromiso de cada persona por hallar el bienestar y el intentar experimentarlo en todas las etapas de la vida. De acuerdo a esta consideración desarrolla un modelo multidimensional que corresponde a diversos desafíos a lo largo de la adultez mayor, desenrollando su teoría a partir de que el individuo que posee bienestar psicológico, es decir, frecuentemente aprende y tienen una tendencia al desarrollo, indaga sobre maneras de encontrar bienestar en su contexto, ha conseguido establecer relaciones optimas con las personas que lo rodean, afectivamente este bien con el mismo siendo consciente de sus limitaciones, posee un sentido de individualidad y libertad con el objeto de hallar un objetivo en su vida.

Ryff da un importante énfasis tanto en los procesos que se dan a lo largo de la vida como a su avance en el tiempo y despliega niveles o clases que hace ver el bienestar. Del mismo modo ha tomado en consideración sobre la salud mental, estudios sobre bienestar del individuo en una sociedad específica (epidemiológicos), estudios sobre el esquema y actividad de una determinada población a través de un análisis estadístico (sociodemográficos), estudios sobre el nivel de impacto que tiene la influencia de diversas culturas tanto en

la sociedad como en la persona (transculturales) y la disciplina científica que se enfoca en la etapa del desarrollo vejez y todo lo que ello implica (gerontológicos), de aquí emergen tres elementos principales dentro de la definición de bienestar: 1) concerniente al contexto de una vivencia personal, 2) con respecto a la valoración en general de uno mismo de forma física, mental y espiritual y 3) relacionada con la valoración negativa y positiva. Aunado a lo antes descrito, propuso seis dimensiones del bienestar psicológico que son: 1) autoaceptación, 2) relaciones positivas, 3) dominio del entorno, 4) autonomía, 5) propósito de vida y 6) crecimiento personal. Todos en relación con el proceso de los individuos. Es un estudio primordial puesto que cada característica esta correlacionada con la vida del individuo, vislumbrado desde la aceptación de uno mismo, los factores que afectan la satisfacción en la relación con los demás, valora el desarrollo personal a lo largo del tiempo, contempla la proyección que posee el individuo y comprueba los elementos independientes de su vida.

Sido definidas por Ryff de la siguiente manera:

a. La auto- aceptación

Están relacionadas a cuando el individuo es capaz de aceptarse a sí mismo aun teniendo presente hasta donde llegan sus capacidades. Dentro del proceso de la psicología positiva, el realizar acciones positivas orientadas a uno mismo es un elemento primordial. Para Erikson (1982) durante el desarrollo hasta llegar a la etapa de la adultez, se afirma la identidad, el aceptarse a sí mismos mediante la integración de vivencias previas, con motivaciones actuales y las relaciones sociales dominantes.

Por otro lado, Ryff y col. (2008) menciona que la definición de autoacepción es más honda y extensa que la simple consideración de autoestima, es la valoración a través del tiempo que relaciona las faltas privadas, la aceptación de sus puntos fuertes y la conciencia de lo anteriormente mencionado.

b. Relaciones positivas

Es más que solo establecer relaciones positivas con las personas de su entorno, sino también el poder mantenerlas a lo largo del tiempo, llegando a tener a personas de confianza, es la capacidad del individuo para madurar afectivamente y ser capaz de amar, siendo primordial para la salud mental y por tanto al bienestar. Por lo que Erikson (1963) basándose en su teoría del desarrollo psicosocial, hace referencia que, en la etapa adulta, una de las cosas primordiales es el conseguir relaciones cercanas con otras personas, además de formar y ordenar a las siguientes generaciones.

c. Dominio del entorno

Se asegura que las personas que son capaces de un gran mando de su medio perciben más dominio sobre el mundo y se creen con la capacidad para influenciar el ambiente que les rodea, es decir, es la capacidad de cada uno para optar o establecer ambientes positivos para ello.

d. Autonomía

Es cuando una persona tiene la habilidad para mantener su individualidad a través de los diversos ambientes sociales. Teniendo como perspectiva de que los individuos con grandes niveles de

autonomía sean capaces de oponer resistencia a la presión de la sociedad y autorregular su conducta de la mejor manera.

e. Propósito en la vida

Está determinada a que el individuo posea metas y objetivos primordiales y definidos a lo largo de su vida, y así con una dirección más firme, encontrar sus propósitos e instituirlos de forma positiva y significativa.

f. Crecimiento personal

Aquí el desarrollo del individuo valora su habilidad para forjar los elementos, mejorar su potencial y crecer como persona. En esto Erikson (1963) referencia a objetivos o logros variables que marcan cada etapa de su vida, como el rendimiento en su etapa adulta. En otras palabras, la teoría de Ryff nos deja entrever la influencia recíproca entre las dimensiones y como se dan en la cotidianidad de su vida. Y así se logra tener en consideración como el individuo hace uso de recursos que tiene en cada área y cómo reaccionan entre ellos. Así la percepción de desarrollo consiente que la persona siga mejorando en cada dimensión, sin priorizar en las faltas o llegar a un estado no funcional.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

a. Respuestas de afrontamiento

Es un proceso primordial para encausar y manipular el dominio de los diversos ambientes estresores, ya sean permanentes o efímeros, orientándose a la madurez individual y un óptimo funcionamiento. (Moos, 1993).

b. Bienestar psicológico subjetivo

Aquí es donde se correlaciona con elementos específicos del funcionamiento relacionados con la felicidad, social, psíquico y físico, emociones positivas, sensación no objetiva sobre entradas monetarias, posesión de bienes contables, satisfacción o bienestar en el trabajo y el tener y mantener interacciones positivas de pareja. Que se observan como terminantes del bienestar y el proceso óptimo de la persona. (Sánchez Cánovas, 2007).

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 Resultados de la distribución según nivel de Respuestas de afrontamiento y el bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

Tabla 2

Nivel de utilización de Respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

Escala y nivel	N	%
Análisis Lógico		
Debajo del promedio	46	38,3
Promedio	44	36,7
Encima del promedio	30	25,0
Reevaluación Positiva		
Debajo del promedio	46	38,3
Promedio	42	35,0
Encima del promedio	32	26,7
Búsqueda de guía y soporte		
Debajo del promedio	50	41,7
Promedio	40	33,3
Encima del promedio	30	25,0
Solución de problemas		
Debajo del promedio	54	45,0
Promedio	34	28,3
Encima del promedio	32	26,7
Evitación cognitiva		
Debajo del promedio	35	29,2
Promedio	33	27,5
Encima del promedio	52	43,3
Aceptación o resignación		
Debajo del promedio	39	32,5
Promedio	25	20,8
Encima del promedio	56	46,7
Búsqueda de recompensas alternativas		
Debajo del promedio	37	30,8
Promedio	40	33,4
Encima del promedio	43	35,8
Descarga emocional		
Debajo del promedio	22	18,3
Promedio	38	31,7
Encima del promedio	60	50,0
Total	120	100,0

En la tabla 2, evidencia que en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico atendidos en el IREN de Trujillo, predomina el nivel debajo del promedio de utilización de las respuestas de afrontamiento: Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de guía y soporte, y Solución de problemas con porcentajes 38,3%, 38,3%, 41,7%, 45,0%; Mientras que en nivel encima del

promedio predomina en las respuestas de afrontamiento: Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas y Descarga emocional con porcentajes 43,3%, 46,7%, 35,8%, 50,0%.

Tabla 3

Nivel de Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

Nivel de Bienestar psicológico subjetivo	n	%
Bajo	46	38,3
Medio	50	41.7
Alto	24	20.0
Total	120	100.0

Fuente: Resultados la aplicación de la Escala de Bienestar psicológico subjetivo a pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico IREN- Trujillo

En los resultados mostrados en la tabla 3, referentes a los niveles de bienestar psicológico subjetivo, se evidencia que predominó ligeramente el nivel medio con el 41.7% de los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico.

3.2. Puntajes obtenidos de la valoración de la relación entre de las escalas de respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

Tabla 4

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Análisis lógico” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (r)	Sig.(p)
Análisis lógico	,471	,000 **

Nota:

r: Coeficiente de correlación rho de Pearson

**p<.01

El puntaje obtenido en la tabla 4, establecen que la correlación de Pearson es 0,471, con un nivel de significancia menor al 0.05 demostrándose la presente relación altamente significativa ($p<.01$), directa, con tamaño de efecto de magnitud mediana entre la escala de respuesta de afrontamiento Análisis lógico con el Bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico involucrados en el estudio

Tabla 5

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Reevaluación positiva” con el bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Reevaluación Positiva	,688	0,000 **

Nota:

rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman

**p<.01

En la tabla 5, se visualizan que la prueba de correlación rho de Spearman es 0,688, con un nivel de significancia menor al 0.05 que evidencia una correlación altamente significativa ($p < .01$), directa, con tamaño de efecto de magnitud grande, con la escala de respuesta de afrontamiento “Reevaluación positiva” con el Bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico donde se realizó la investigación.

Tabla 6

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de guía y soporte” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Búsqueda de guía y soporte	,576	0,000 **

Nota:

rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman

**p<.01

En la tabla 6, se observa que la prueba de correlación rho de Spearman es 0,576, con un nivel de significancia menor al 0.05 que evidencia una correlación altamente significativa ($p < .01$), directa con tamaño de efecto de magnitud grande, con la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de guía y soporte” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo involucrados en la investigación.

Tabla 7

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Solución de problemas” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Solución de problemas	,596	0,000 **

Nota:

rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman

**p<.01

Los resultados que se presentan en la tabla 7, señalan que la prueba estadística referente a la correlación rho de Spearman es 0,596, con un nivel de significancia menor al 0.05 demostrándose evidencia de una correlación altamente significativa ($p<.01$), directa con tamaño de efecto de magnitud grande entre la respuesta de afrontamiento “Solución de problemas” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo.

Tabla 8

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Evitación cognitiva” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Evitación cognitiva	-,046	0,618

Nota:

rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman

$p > .05$

En la tabla 8, se observa que la prueba de correlación rho de Spearman es -0,046 no encuentra evidencia que la escala de respuesta de afrontamiento “Evitación cognitiva” correlacione significativamente ($p > .05$), con el Bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico participantes en la investigación.

Tabla 9

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Aceptación o resignación” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Aceptación o resignación	-,267	0,003 **

Nota:

rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman

**p<.01

Los resultados que se presentan en la tabla 9, muestran que la prueba de correlación rho de Spearman es -0.267 con un nivel de significancia menor al 0.05, detecta evidencias de correlación altamente significativa ($p < .01$), directa con tamaño de efecto de magnitud pequeña, entre la escala de respuesta de afrontamiento “Aceptación o resignación” con el Bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico involucrados en la investigación.

Tabla 10

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de recompensas alternativas” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Búsqueda de recompensas alternativas	,633	0,000 **

Nota:
rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman
**p<.01

En la tabla 10, se observa que la prueba de correlación rho de Spearman es 0,633, con un nivel de significancia menor al 0.05, encuentra evidencia que la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de recompensas alternativas” correlaciona de manera altamente significativa ($p < .01$), directa con tamaño de efecto de magnitud grande, con el Bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico participantes en el estudio.

Tabla 11

Correlación de la escala de respuesta de afrontamiento “Descarga emocional” con el Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	Bienestar psicológico subjetivo (rho)	Sig.(p)
Descarga emocional	-,246	0,007 **

Nota:

rho: Coeficiente de correlación rho de Spearman

**p<.01

Los puntajes obtenidos en la tabla 11, muestran que la valoración de correlación rho de Spearman es -0,246, con un nivel de significancia menor al 0.05, mostrándose evidencias de correlación altamente significativa ($p < .01$), directa con tamaño de efecto de magnitud pequeña, entre la escala de respuesta de afrontamiento “Descarga emocional” con el Bienestar psicológico subjetivo en los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico involucrados en la investigación.

CAPITULO IV
ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de los resultados del análisis estadístico obtenidos, en este capítulo se pasará a examinar los resultados de este estudio, por lo que, reconocemos el objetivo general que constituye en determinar la relación entre escalas de respuestas de afrontamiento y bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo. Tomando a las respuestas de afrontamiento como todo esfuerzo cognitivo y conductual que presenta la persona frente a situaciones ya sean internas o externas, demandantes o estresantes. (Lazarus y Folkman 1986, citados en Castañeda, 2011), planteando así que entre más óptima sea la respuesta de afrontamiento frente al estresor, mejor será su bienestar psicológico subjetivo, pues esta define el estado de ánimo del sujeto y ello conlleva a lograr sus aspiraciones u objetivos en todo ámbito de su vida (García y col. 2000). De ese modo podemos afirmar que estas variables se afectan de manera directa, en el sentido que, si una incrementa o disminuye, la otra también lo hará. En resumen, si una persona manifiesta una adecuada respuesta de afrontamiento frente a una determinada situación estresante, su nivel de bienestar psicológico subjetivo también será mejor o viceversa.

En lo que respecta a los niveles de respuestas de afrontamiento según dimensión en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo, se obtuvo que el Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de guía y soporte, y Solución de problemas están dentro del nivel debajo del promedio, con porcentajes que están entre 38,3% y 45,0%. Mientras Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas y Descarga emocional, están en un nivel por encima del promedio, con porcentajes que están entre 43,3% y 50,0%. En cuanto a la escala análisis lógico de respuestas de afrontamiento y su nivel debajo del promedio podemos inferir que estos

resultados están relacionados a como la población en una medida de adaptación a la enfermedad, enfoca su esfuerzo principalmente en el orden de los procesos básico y superiores de la esfera cognitiva (Fernández- Abascal y et col. 1999). Esto nos permite inferir que el estudio de estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología de un instituto nacional, tiene relación con nuestra investigación pues han encontrado que las encuestadas aplicaron como estilo de afrontamiento la negación con un porcentaje entre el 63% y 51%. Tomando a la negación como cada vez que el individuo se niega a aceptar que el problema es real o actúa como si este no existiese, dando a entender que la mayor parte de la población de estudio usaron la negación delante a esta situación conflictiva por lo que se concluye que no tienden a tener una defensa mental adecuada, con el fin de prepararse para el estresor y sus consecuencias. (Baiocchi Morales M. y col. 2013). Del mismo modo los resultados de la escala reevaluación positiva de respuestas de afrontamiento indica que la menor parte de los pacientes oncológicos tomada para este estudio presenta respuestas cognitivas donde evalúen una situación problemática e intenten ver los aspectos positivos de la misma, a la vez que aceptan esa realidad, pueden estar relacionados con que el afrontamiento sería de dos tipos no adaptativo y adaptativo, según la etapa etaria en la que se encuentre, por la realidad de la persona, y por la medida en que obtenga lo máximo de resarcimiento psicológico y la adquisición funcional. (Ferrero, 1993). En otras palabras, esta respuesta de afrontamiento es un estilo en el que el individuo valora su estresor de manera adecuada, priorizando lo positivo del entorno perjudicial y tomándola como un conocimiento para después (Carver 1989 citado por Rodríguez I. 2006). Junto a estos esta la escala de búsqueda de guía y soporte con un nivel por debajo del promedio. Teniendo en cuenta la

definición de la teoría de Carver y col. 1989 definen a la búsqueda de soporte social como la búsqueda de otras personas por consejo, centrándose en la predisposición emocional para recibir soporte afectivo, apoyo, conocimientos u consejo con el objetivo de arreglar el inconveniente. Mientras según los resultados podemos afirmar que menos del promedio de los pacientes oncológicos ha buscado algún apoyo o guía en sus parientes, amigos o de un especialista, pues no lo consideraban necesario. Basándonos en lo anterior, se afirma que estos resultados se relacionan con los obtenidos en el estudio Estrategias de afrontamiento de un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja de Pérez M y Rodríguez N. (2011) pues aquí la estrategia de afrontamiento menos usada fue la de búsqueda de apoyo social, es decir, que cuando la población intentaba compartir experiencias que los habían impactado en sus vidas, estos buscaban hacerlo solo con compañeros de trabajo, con personas que habían tenido experiencias parecidas, mientras que por otro lado no buscaban este mismo apoyo ni soporte en su familia y amigos. También en la escala de solución de problemas cuenta con un nivel por debajo del promedio, quiere decir, que la minoría de la población estudiada responde a través de comportamientos orientados a resolver los problemas causados por un estresor, aceptando que todas las respuestas inclinadas a priorizar al problema pueden utilizarse en un estresor valorado como manejable: están encausadas hacia la acción, para obtener la solución o manipulación del estresor. En otras palabras, los pacientes usan esta estrategia en la medida de que perciban los estresores como manejables, pero como no es así, su uso viene a ser mínimo. Esto es corroborado por Rodríguez I. (2006), que en su estudio empírico y clínico sobre del afrontamiento del cáncer y el sentido de la vida, tuvo como resultado que la población hizo poco uso de la estrategia de

afrontamiento concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación tiene una media de 2,2 que la pone en un nivel bajo con respecto a las demás. En resumen, la población no está inclinada a la resolución de estresor, considerando el momento adecuado para intervenir con estrategias tanto cognitivas como conductuales, dando a entender el poco uso de su capacidad para indagar y obtener conocimientos imprescindibles, la habilidad de conocer lo que es y no es el estresor, la habilidad de concebir diversas opciones de resolución y hacer uso de la más eficiente Roca (2003) citado por González I. (2014). Por otro lado, en la escala de evitación cognitiva tiene un nivel por encima del promedio, concluyendo que la mayoría de la población oncológica de este estudio presentan respuestas de evitación, donde se centran en no tratar la situación estresante para no tener que pensar en el problema y sus repercusiones. Esto es corroborado por Pérez, P., y col. (2017) que, en su estudio de las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas sobre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer, encontró un nivel alto en la estrategia de afrontamiento evitación cognitiva con 48.8%, lo que significa que la población oncológica está orientada mayormente a neutralizar los pensamientos perjudiciales, mediante el entretenimiento y las tareas. Se centra en evadir reflexionar sobre el estresor reemplazándolo por otros pensamientos o haciendo otras cosas (Fernández- Abascal, 1997 citado por González I. 2014). Igualmente, la escala aceptación o resignación posee un nivel por encima del promedio, aquí hemos definiendo a esta estrategia como toda actitud del paciente de aceptación a los cambios, ya sean positivos o negativos, como algo inevitable de la vida, según los resultados obtenidos esto indicaría que más del promedio de la población tomada para este estudio presenta una notable resignación frente al problema,

donde “acepta” esta realidad pues no hay solución posible para él. Esto es corroborado por Cassaretto M. (2009) citado por Baiocchi Morales y col. (2013), estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional, pues en este estudio la escala aceptación con el 87%, que consistía en aceptar que el estresor es real y está sucediendo, considerándolo como una realidad con la que se deberá coexistir ya que no se puede modificar a lo largo del tiempo. Estos sucesos nos hacen plantearnos la hipótesis de que el individuo se ha desarrollado como persona, afrontando estresores siendo consiente, pues aprendió a través de vivencia previas. También en la escala de búsqueda de recompensas alternativas también presenta un nivel por encima del promedio, esto quiere decir que la mayoría de la población estudiada intentará distraerse de sus problemas a través de la realización de otras actividades como las recreativas. Esto es corroborado por Pérez, P., y col. (2017) que, en su estudio de las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas sobre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer, se destacó que más de la mitad del total de pacientes se ubican en el nivel medio con 57.3% en la escala búsqueda alternativa de la variable estrategias de afrontamiento. Considerando lo anterior concluimos que la mayoría de la población afectada por el cáncer tiende a desplegar sus recursos para realizar secuencias de acciones para solucionar la situación estresante, teniendo en consideración la planificación y el momento ideal para intervenir y concluir el problema. Finalmente, en la escala de descarga emocional ello indica que el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tomados en este estudio tendrán como respuesta de afrontamiento el intentar reducir la tensión y estrés a través de la expresión de sus sentimientos negativos. Este resultado es

respaldado en otros numerosos estudios que demuestran el suprimir el mostrar sus sentimientos y la poca comunicación sobre sus afectos negativos, están relacionados con el inicio y desarrollo del cáncer. Porro M. y col. (2012). Esto es corroborado por Baiocchi Morales M. y col. (2013) que, en su estudio de estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología de un instituto nacional, concluyo en que lo relacionado con la estrategia de afrontamiento negativa de priorizar los sentimientos y expresarlos cuenta con un puntaje entre 61% y 70%, estos sentimientos suelen ser negativos, y varias veces la persona no está capacitada para manejarlos.

De otro lado, en el nivel de bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo, el 38,3% de los pacientes se encuentran en un nivel bajo, un 41,7% en un nivel medio y un 20% en un nivel alto. Siendo el nivel más alto el medio con 41,7%, ello indica que la mayoría de los pacientes oncológicos evaluados presentan un sentido de la felicidad o bienestar propio, pero otra parte de esta presenta una percepción negativa. Esto es apoyado por García C. y Gonzáles M. (2007), que concluyeron que para ellos el aprender del bienestar psicológico, requiere una notable solicitud puesto que hay características que podrían ser decisivas o manejables del mismo, entre estos se encuentran los de la personalidad, aseverando que la personalidad de una mujer que afronta el cáncer de mama determinará el afrontamiento a este y por tanto su bienestar. Muy por el contrario, en el estudio de evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides de Novoa M. y col. (2010) afirmaron que, en el índice de Bienestar Psicológico, concluyendo que un 4% percibe un malestar grave, un 5,3% sienten un bienestar moderado y un 90% sienten un bienestar positivo. Al analizarlos se

vislumbra como solo una pequeña porción se percibe en situación grave, un promedio dice sentirse en una escala media y la mayoría de las personas perciben sentirse bien en cada característica de la variable. Para apoyar nuestros resultados podemos citar a Antonovsky (1987) que relaciona el proceso mental recomendable y el sentido de coherencia, que se da por la habilidad de un individuo para hacer frente a las exigencias de su contexto, en otras palabras, que frente a las adversidades estos se mueven y guían adecuadamente hacia su vida. En resumen, cualquier individuo que posea estos elementos podrá conseguir altas escalas de bienestar.

De otro lado, uno de los objetivos planteados en este estudio fue determinar la relación entre las escalas de respuestas de afrontamiento y la subescala bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo, donde se muestran que la correlación es altamente significativa y directa, entre la escala Análisis lógico con el Bienestar psicológico subjetivo; esto quiere decir que en la medida que dichos pacientes presenten intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentarse al estresor y sus consecuencias mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia, con respecto al grado de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Garnefskin et col. (2001), quienes informaron que el análisis lógico es un componente cognitivo que puede ayudar a las personas a manejar o regular sus emociones o sentimientos para evitar sentirse abrumados, y definieron las estrategias de regulación cognitiva de la emoción como las estrategias mentales consientes que los individuos usan para enfrentar la ingesta de información emocionalmente excitante. Además, Moreno C. (2016), asegura que la mayoría de las investigaciones afirman que las

estrategias de afrontamiento dirigidas hacia un compromiso activo, incluyendo tanto el afrontamiento de problemas a nivel cognitivo como a nivel emocional, están asociados al ajuste positivo. En cuanto a la correlación de la escala reevaluación positiva de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo se muestra una correlación altamente significativa y directa, entre estas dos variables, esto quiere decir que en la medida de que los pacientes se orienten a percibir los posibles aspectos positivos de los estresores, mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia, con respecto al grado de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Duan S. y col. (2011) que en estudios anteriores han encontrado que las personas con enfermedades físicas y mentales reportan más rumia y catastrofismo y una reevaluación menos positiva que sujetos de control sanos, planteando la hipótesis de que las mujeres con cáncer de mama exhibirían este patrón de afrontamiento cognitivo. Además Wang Y. y col. (2014) que, según los hallazgos previos sobre el ajuste psicológico y los síntomas somáticos en las mujeres con cáncer de mama, se plantearon que las estrategias de regulación de la emoción cognitiva reevaluación positiva, el reenfoque positivo y la aceptación, pueden ser beneficiosos para la disminución en los puntajes de los síntomas depresivos de esta población. Del mismo modo se observa la correlación de la escala búsqueda de guía y soporte de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo es altamente significativa y directa, esto quiere decir que entre más intentos conductuales tenga el paciente para encontrar una disposición afectiva que le sirva de soporte sentimental e informativo para soportar o hacer frente a la situación estresante , mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia con respecto al grado de satisfacción de los

diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Papalia E., Wendkos S. y Duskin (2010) citado por Orihuela R. (2017), donde relaciona el nivel de afrontamiento ante situaciones de estrés con la etapa de adultez media, ya que, en esta etapa las personas poseen mejor percepción de lo quieren hacer para cambiar las situaciones problemáticas y probablemente son más capaces de aceptar aquellas cosas que no se pueden cambiar, así mismo, estas personas lograron aprender estrategias que les permite reducir o minimizar su estrés. Además, Torres B. (2014) citado por Orihuela R. (2017) quien, en su investigación en pacientes con cáncer de mama en Lima, encontró que solo las mujeres mayores de 45 años perciben como positivo el soporte que reciben y menciona que en el caso de pacientes con cáncer de mama, lo que les impulsa y hace más fuerte es el soporte social adecuado, puesto que minimiza la tensión por el desarrollo del cáncer, como consecuencia también decrecen emociones negativas como la culpa. Simultáneamente se observa la correlación de la escala solución de problemas de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo , donde la correlación es altamente significativa y directa, esto quiere decir que entre más intentos conductuales tenga el paciente para emprender acciones para solucionar directamente el problema o la situación estresante, mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia con respecto al grado de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Lazarous y Folkman citado Moreno C. (2016) que, según su teoría sobre el afrontamiento al estrés, su marco teórico es el más ampliamente utilizado en es el estudio de estrés por cáncer, explica que el proceso de afrontamiento se inicia en respuesta a la valoración de la persona en tanto que sus metas más importantes han sido dañadas, pérdidas o

amenazadas. Según estos autores el paciente puede recurrir a estrategias donde se centraliza al estresor, ayudando así en manipular los inconvenientes específicos intentando cambiar de forma directa los estresores que ocasionan la tensión, por ejemplo, a través de búsqueda de información y resolución de problemas pendientes. Además, Li L. y col (2015) y Yang HC y col. (2008) citado por Moreno C. (2016) un estudio realizado a mujeres con cáncer de mama afirmaba que las estrategias de afrontamiento en dos grandes grupos: afrontamiento de acoplamiento y afrontamiento desacoplamiento. Las estrategias de acoplamiento o de participación son las que implican un esfuerzo en el comportamiento para reducir el estrés, es decir, son estrategias de afrontamiento activo donde se busca una solución para el problema como reformulación positiva, la aceptación y la búsqueda de apoyo, estas estrategias se han asociado con resultados positivos, tales como una mejor calidad de vida, menos angustia psicológica y un mayor sentido de la vida. Por otro lado la correlación de la escala evitación cognitiva de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo, no presenta una correlación directa ni significativamente, esto quiere decir que aunque el paciente tenga conductas fantasiosas con el objetivo de refugiarse en una realidad imaginaria y evadir las dificultades que le rodean, no se asocia con la percepción global de su existencia, ni el nivel de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Peralta J., Reinalt, C. (2017) en su tesis estrategias de afrontamiento del paciente con cáncer gástrico de un hospital de alta complejidad virgen de la puerta del Essalud, la estrategia de Abandono de resolución / Renuncia, tomado como el poco interés y esfuerzo para hacer frente a la enfermedad, presenta un 3,63 de puntuación, es decir, cuenta con un puntaje promedio, convirtiéndolo en un

porcentaje positivo pues da a conocer que es menos utilizada por las personas con cáncer, mostrando así el anhelo y perseverancia que poseen estos para hacer frente al desarrollo del cáncer. Además, Mazzarello Moore TH y col. (2015) citado por Moreno C. (2016) concluyó que las estrategias de desacoplamiento o de evitación, incluyen emociones, cogniciones o comportamientos que tratan de reducir el impacto del estrés intentando evitar o escapar del problema a través de la negación o evitación, siendo estas estrategias asociadas con una peor calidad de vida y más angustia psicológica. En cuanto a la correlación de la dimensión Aceptación o resignación de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo tiene una correlación altamente significativa y directa, esto quiere decir que entre más intentos cognitivos tenga el paciente para conseguir aceptar y vislumbrar una solución a su situación problemática, mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia con respecto al grado de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Moos RH y col (2007) y Moos RH y col (1984) citado por Font A. y Cardoso A. (2009) concluyeron que la dimensión de aceptación, resignación, con el tiempo será una complicación de salud, pues genera que el individuo abandone sus esfuerzos pues los evaluará como inútiles para dominar las consecuencias del estresor. Consiguiendo así un efecto perjudicial si inmediatamente después se presenta abstención constante y global. O beneficioso, si el individuo se centra en vivir en el presente sacando el máximo bienestar viable. Mientras se observa la correlación de la escala búsqueda de recompensas alternativas de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico es altamente significativa y directa, esto quiere decir que entre más intentos conductuales realice el paciente para implicarse en actividades que le agraden y

pueda sustituir las que ya no logra realizar, mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia con respecto al grado de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Font A. y Cardoso A. (2009) que, en su estudio sobre afrontamiento en cáncer de mama, sus respuestas sentimentales, sus acciones y pensamientos concluye en que las estrategias de afrontamiento relacionadas en la distracción y el conformismo, pueden implicar que el paciente busque actividades satisfactorias, ya sea reemplazando las anteriores y participando nuevas. Mediante esta estrategia se reorientan las fuerzas hacia una meta nueva, cuando la actividad anterior es inaccesible. Esto simboliza la voluntad por agrandar o indagar sobre vivencias nuevas e interesantes, que además se podrían practicar con otras personas. Finalmente se observa la correlación de la escala descarga emocional de la variable respuestas de afrontamiento con el bienestar psicológico subjetivo evidencia una correlación altamente significativa y directa, esto quiere decir que entre más intentos conductuales tenga el paciente para reducir los efectos negativos de su estresor mediante la externalización de sus emociones que no se sienta capaz de gestionar, mejor será su percepción al evaluar globalmente su existencia con respecto al grado de satisfacción de los diferentes aspectos de su vida tanto cognitivas como afectivas. Esto es corroborado por Díaz G. y col y Lambert SD (2010). y col. (2012) citado por Moreno C. (2016) pues concluyeron que, para aumentar las buenas estrategias positivas, se necesita tener a la familia como un soporte emocional, y la libertad para dar a conocer sus sentimientos, por el contrario, los que se inclinan a usar estrategias no positivas de afrontamiento, son aquellas donde las familias fomentan la poca cohesión, la no dependencia y se orienta a la individualización.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- Con respecto a determinar la relación entre ambas variables, se observa que los resultados dados a través de la evaluación de la prueba no paramétrica de correlación de Spearman, y la paramétrica de Pearson, confirman la existencia de una correlación directa y significativa ($p < .01$) entre las escalas de Respuestas de afrontamiento y Bienestar psicológico subjetivo.
- De la misma manera se identificó los niveles de respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN, donde predomina el nivel debajo del promedio de utilización de las respuestas de afrontamiento: Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de guía y soporte, y Solución de problemas con porcentajes 38,3%, 38,3%, 41,7%, 45,0%; Mientras que en nivel encima del promedio predomina en las respuestas de afrontamiento: Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas y Descarga emocional con porcentajes 43,3%, 46,7%, 35,8%, 50,0%.
- Igualmente, se identifica los niveles de bienestar psicológico (de la subescala del bienestar psicológico subjetivo) donde se obtuvo un predominio ligero del nivel medio con el 41,7% de los pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico.
- A la par se demuestra que la prueba de correlación de Pearson, confirma la existencia de una correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud mediana entre la escala de respuesta de afrontamiento “Análisis lógico” con el Bienestar psicológico subjetivo.
- Por otro lado, la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de la correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud grande, con la escala de respuesta de afrontamiento “Reevaluación positiva” con el Bienestar psicológico subjetivo.

- Del mismo modo, la prueba de correlación de Spearman identifica la existencia de la correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud grande entre la escala de respuesta de afrontamiento “Búsqueda de guía y soporte” con el Bienestar psicológico subjetivo.
- De igual forma, la prueba de correlación de Spearman identifica la existencia de la correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud grande entre la respuesta de afrontamiento “Solución de problemas” con el Bienestar psicológico subjetivo.
- Por otro lado, la prueba de correlación de Spearman no encontró evidencia de que la escala de respuesta de afrontamiento “Evitación cognitiva” correlacione significativamente ($p > .05$), con el Bienestar psicológico subjetivo.
- Así también, la prueba de correlación de Spearman identifica la existencia de la correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud pequeña, entre la escala de respuesta de afrontamiento “Aceptación o resignación” con el Bienestar psicológico subjetivo.
- Del mismo modo, la prueba de correlación de Spearman identifica la existencia de la correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud grande, entre la escala de respuestas de afrontamiento “Búsqueda de recompensas alternativas” con el Bienestar psicológico subjetivo.
- De igual modo, la prueba de correlación de Spearman identifica la existencia de la correlación altamente significativa ($p < .01$) directa y con tamaño de efecto de magnitud pequeña, entre la escala de respuesta de afrontamiento “Descarga emocional” con el Bienestar psicológico subjetivo.

5.2. Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que puede existir una correlación entre las respuestas de afrontamiento de los pacientes oncológicos y su percepción sobre su bienestar psicológico subjetivo, se prioriza la necesidad de que tanto el paciente, su familia, como el personal que trabaja en la institución posean una estabilidad emocional mediante la terapia grupal, donde el paciente pueda ver las alternativas para afrontar el seguimiento de su enfermedad y que el personal sea capaz de expresar sus experiencias y se sientan apoyado durante el proceso por los familiares.
- Dado que la población evaluada muestran un nivel tanto por debajo del promedio como por encima del promedio en cuanto a respuestas de afrontamiento, se debería ejecutar una terapia grupal que este encaminado al soporte emocional a las personas que mostraron un tipo de afrontamiento desadaptativo, con técnicas cognitivo conductual que este encaminado a la modificación de la percepción en relación al problema y la emoción, por lo que sería indispensable proporcionar un sostén, además de incluir a las familias de los mismos para conseguir una mejor y más amplia red de apoyo.
 - Teniendo en cuenta que el nivel predominante dentro del bienestar psicológico subjetivo es medio, se recomienda fomentar entre los pacientes la canalización de sus temores, miedos, sensaciones y deseos, mediante campañas que se realizarían dentro de la institución donde se pueda hablar libremente sobre todo lo referente a la enfermedad con personas o familiares de estos que hayan pasado por lo mismo, pudiendo así encontrar un apoyo emocional donde se puedan resolver problemáticas, inquietudes y crear nuevos lazos emocionales.

- Dado que no se han encontrado muchas investigaciones a nivel local sobre las respuestas de afrontamiento y bienestar psicológico subjetivo, se recomienda brindar información sobre el trabajo que se realiza en este instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN NORTE, con el fin de crear y aperturar proyectos de educación y evaluación multidimensional constantemente, encaminado tanto a los pacientes oncológicos como a sus familiares, tomando en cuenta las variables psicosociales, es decir, que tome un punto de vista integral.

CAPITULO VI
REFERENCIAS Y ANEXOS

6.1. Referencias

- Abanto y Sachún (2016). Funcionamiento familiar, Apoyo Social y Resiliencia en el adulto oncológico. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de Trujillo. Recuperado de: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2438/1/RE_ENFE_ELIZABETH.ABANTO_LUCIANA.SACHUN_FUNCIONAMIENTO.FAMILIAR%2CAPOYO%2CSOCIAL.Y.RESILIENCIA_DATOS.PDF
- Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyle, M. (1992). La psicología de la felicidad, Alianza Editorial, Madrid, 1992.
- Baiocchi Morales y col. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. Artículo Original. Lima- Perú. 2013;6(1):18-24. Encontrado en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/enero/04%20Uterino.pdf>
- Buse, M. (2002). Visualización cognitiva y sus efectos sobre el distrés emocional en pacientes con cancer. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, 1- 221.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castro (2009). El bienestar psicológico: Cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23,3), 43-72.
- Casullo, M. y Col. (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico Subjetivo en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.

- Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery Huerta, P., & Ortíz, V. (2014). Calidad de vida y afrontamiento de pacientes con cáncer y sida de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5(1), 82-96. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0001.00005>
- Cortez y Mantilla (2012). Apoyo familiar y calidad de vida de pacientes que reciben hemodiálisis. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Repositorio Institucional UNITRU. Extraído en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8601?show=full>
- Diener, E. (1984). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E.. (2000). Subjective well – being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 55; 34 – 43.
- Duan S, Liu Y, Xiao J, Zhao S, Zhu X. (2011) Questionnaire for the regulation of cognitive emotion in hypertensive patients. *Journal of the Central South University (Medicine Sciences)* 2011; 36 : 532-538. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419411/>
- Erikson, E. H. (Ed.). (1963). *Youth: Change and challenge*. Basic books.
- Erikson, E. H. (1982). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Abascal, E.G. (1999). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Archidona Aljibe.
- Font A. y Cardoso A. (2009). *Aforntaiento de cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales*. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de

- Psicología. Vol. 6, Núm. 1, 2009, pp. 27-42. Recuperado en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/78528040.pdf>
- Frydemberg, E., y Lewis, R. (1997). Manual: ACS. Escalas de Respuestas de Afrontamiento para Adolescentes. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid: TEA Ediciones.
- García- Viniergas, C. y López, I.(2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina.
- García C., Gonzáles M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Vol. 25/pp. 72-80/Recuperado en: <https://www.redalyc.org/html/799/79902508/>
- Garnefskin, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Eventos negativos de la vida, regulación de las emociones cognitivas y problemas emocionales. Personalidad y diferencias individuales, 30, 1311-1327. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6).
- Gonzáles Salanueva I. (2014). Recursos de afrontamiento. Una aproximación a su clasificación. Importancia de su potencial. Revista electronica de Psicología Iztacala. Vol. 17 No. 3. Recuperada de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143i.pdf>
- Holahan, C. y Moos, R. (1994). Life stressors and mental health: Advances in conceptualizing stress resistance. New York: Plenum.
- Holland (1991). Introducción a la Psicooncología. 229- 237
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- Norte (2017). Registro hospitalario del cáncer. Extraído en:<http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/INFORME-RHC-IREN-NORTE-2007-2017.pdf>

- Keyes, C. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. Ed: Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xv, 601 pp.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.
- Maldonado y Asuncion (2017). Locus de control de salud y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo. Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3114>
- Mamani (2008). Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama Lima- Perú. Recuperado en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/620/Mamani_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martín, D. (2003). Respuestas de Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. Scielo: p. 175-182.
- Moos, R. (1993). Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources. Inc Florida. USA.
- Moreno C. (2016). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico. Universidad Internacional de Catalunya- Barcelona. Recuperado en: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/263843/TFG_Carmen_Moreno_Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1
- Novoa M., Mónica C., Suárez R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Pensamiento Psicológico, vol. 4, núm. 10, pp. 177-192. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.
- Novoa M., Vargas R., Obispo S., Pertuz M. y Rivera Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de

- tiroides. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 2010, 10, 2, pp. 315-329. Recuperado de: <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/264/evaluacin-de-la-calidad-de-vida-y-bienestar-ES.pdf>
- Olson, D. y Mc Cubbin, H. (1989). *Families, what makes them work*. California: Sage.
- Orihuela R. (2017). *Relación entre sentido de coherencia y adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de um hospital nacional de lima metropolitana*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima- Perú. Recuperado en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1361/Relacion_OrihuelaAnaya_Rita.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortiz, E. y Col. (2013). *Relación entre las estrategias de Respuestas de Afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer*. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77- 83
- Papalia E. y Wendkos S. (2011). *Psicología del Desarrollo*. Edit. McGraw Hill.
- Papalia E., Wendkos S. y Duskin (2010). *Desarrollo humano*. Editorial Mac Graw Hill.
- Peralta J., Reinaltt, C. (2017) *Estrategias de afrontamiento del paciente con cáncer gástrico*. Hospital de alta complejidad virgen de la puerta. Essalud. Recuperado de: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3033/1/RE_ENFE_JAHIR.PERALTA_CLAUDIA.REINALTT ESTRATEGIAS.DE.AFRONTAMIENTO_DATOS.PDF
- Pérez, P., y González, A., y Mieles, I., y Uribe, A. (2017). *Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos*. *Pensamiento Psicológico*, 15 (2), 41-54.
- Pérez, J. y Rodríguez N. (2011). *Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja*. *Revista Costarricense de Psicología*, Vol. 30, n. 45-46, 2011, p.17-33.

- Porro M., Andrés M., Rodríguez- Espínola S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a10.pdf>
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital*. México, Distrito Federal, México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Rivero, R. y Col (2008). *Psicología y Cáncer*. Fuente: *Suma Psicológica*. Editorial EBSCO 1, p171-197. 27p.
- Rodríguez, A. y Col (2004). *Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/804/80401310/>
- Rodríguez I. (2006), *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Universidad Autónoma de Madrid. 2006. Encontrado en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Sánchez-Cánovas, José.(1998) *Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid. TEA.
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Manual Escala de Bienestar Psicológico Subjetivo(2ª)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Sánchez y Reyes (2006). Metodología y diseños de la Investigación Científica; Perú.
- Soto y Soto (2012). Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, ISSN-e 2227-4331, Vol. 6, N°. 1, 2013, págs. 25-29. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262697>
- Torres, B. (2014). Sentido de coherencia y Ansiedad- rasgo en una muestra de pacientes que padecen cancer de mama (tesis de pregrado). Pontífica Universidad Católica de Lima, Perú.
- Veenhoven, R. (1998). Happy life expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations. Social Indicators Research, vol. 39, pp. 1-58
- Victoria, C., y López, V. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Recuperado de: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev7/carmen.htm
- Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y (2014). The strategies of regulation of cognitive emotion as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. Psycho-oncology. 2014; 23 : 93–99. Doi: 10.1002/pon.3376. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24038706>

6.2. Anexos

Anexo 1:

Normalidad

Tabla 3

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones en el
Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos en pacientes oncológicos
con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo*

	K-S	Sig.(p)
Análisis Lógico	,077	,074
Reevaluación Positiva	,112	,001 **
Búsqueda de guía y soporte	,109	,001 **
Solución de problemas	,096	,009 **
Evitación cognitiva	,135	,000 **
Aceptación o resignación	,124	,000 **
Búsqueda de recompensas alternativas	,093	,012 *
Descarga emocional	,110	,001 **

Nota:

KS: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov

**p<.01; *p<.05

En la Tabla 12 se muestra que según la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, la distribución de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos, en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo, presentan diferencia altamente significativa ($p<.01$), con la distribución normal en las escalas de afrontamiento.

Tabla 4

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones en Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

K-S	Sig.(p)
,075	,098

Nota:

KS: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov
p>.05

En la Tabla 13, se muestra que según la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, la distribución de las puntuaciones obtenidas en puntuaciones en la Escala de Bienestar psicológico en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo, no presentan diferencia significativa ($p > .05$), con la distribución normal.

Confiabilidad por consistencia interna

Tabla 5

Confiabilidad del Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	α	N° Ítems
Análisis Lógico	.69	6
Reevaluación Positiva	.81	6
Búsqueda de guía y soporte	.75	6
Solución de problemas	.71	6
Evitación cognitiva	.73	6
Aceptación o resignación	.59	6
Búsqueda de recompensas alternativas	.78	6
Descarga emocional	.67	6

Nota:

α : Coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach

Los resultados de la prueba estadística Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad del Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos se muestran en la tabla 14, donde se puede observar que la escala de afrontamiento Análisis lógico se obtuvo una confiabilidad de .81 calificada como muy buena, en tanto que las escalas de afrontamiento: Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas, Evitación cognitiva y Búsqueda de recompensas alternativas, obtuvieron coeficientes de alfa de Cronbach con valores que oscilan entre .71 a .8 que califican su confiabilidad como respetable; y las escalas de afrontamiento: Análisis lógico, Aceptación o resignación y Descarga emocional obtuvieron valores respectivos de .69, .59 y .67.

Tabla 6

Confiabilidad de la Escala de Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

	α	Nº Ítems
Cansancio emocional	.970	30

Nota:

α : Coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach

En la tabla 15, se presentan los resultados de la confiabilidad por consistencia interna observando que la Escala de Bienestar psicológico subjetivo aplicada en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN en Trujillo, evidenciando un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach que tiene un valor de .970 que corresponde a un nivel de confiabilidad elevado.

Análisis de ítems

Tabla 7

Evaluación de ítems a través del coeficiente de correlación Ítem-test corregido, del Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc
P1	,287	P2	,477	P3	,500	P4	,273
P9	,329	P10	,374	P11	,523	P12	,512
P17	,554	P18	,692	P19	,531	P20	,602
P25	,586	P26	,603	P27	,579	P28	,441
P33	,200	P34	,692	P35	,528	P36	,489
P41	,593	P42	,654	P43	,249	P44	,457
P5	,495	P6	,344	P7	,533	P8	,306
P13	,610	P14	,276	P15	,696	P16	,263
P21	,312	P22	,265	P23	,616	P24	,604
P29	,645	P30	,306	P31	,570	P32	,741
P37	,304	P38	,390	P39	,236	P40	,319
P45	,437	P46	,408	P47	,522	P48	,226

Nota:

ritc: índice de correlación ítem-escala corregido

(a): Ítem de contribución válida si ritc es mayor o igual a .20

En la tabla 16 se evidencia que los cuarenta y ocho ítems que constituyen el inventario, presentan índices de correlación ítem-test corregidos que toman valores que oscilan entre .200 a .741, superando al valor mínimo establecido de .20.

Tabla 8

Evaluación de ítems a través del coeficiente de correlación Ítem-test corregido, de la Escala de Bienestar psicológico subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo

Ítem	ritc	Ítem	ritc
Ítem1	0,67	Ítem16	0,79
Ítem2	0,60	Ítem17	0,60
Ítem3	0,75	Ítem18	0,73
Ítem4	0,72	Ítem19	0,75
Ítem5	0,69	Ítem20	0,62
Ítem6	0,73	Ítem21	0,74
Ítem7	0,55	Ítem22	0,63
Ítem8	0,63	Ítem23	0,81
Ítem9	0,73	Ítem24	0,77
Ítem10	0,72	Ítem25	0,73
Ítem11	0,78	Ítem26	0,66
Ítem12	0,69	Ítem27	0,74

Nota:

ritc: índice de correlación ítem-escala corregido

(a): Ítem de contribución válida si ritc es mayor o igual a .20

Los resultados presentados en la tabla 17, permiten observar que los treinta ítems que constituyen la Escala de Bienestar psicológico subjetivo, presentan índices de correlación ítem-test corregidos con valores que oscilan entre .55 a .79, superando al valor mínimo establecido de .20.

Anexo 2:

Carta de Consentimiento Informado

Este estudio de Psicología Clínica titulado: **“Respuestas de Afrontamiento y Bienestar Psicológico Subjetivo en pacientes oncológicos con tratamiento quirúrgico del IREN- Trujillo”**, tiene como objetivo recolectar información a través de la aplicación de las pruebas regulares del estudio; con el fin de usar estos datos para mejorar la intervención de los profesionales de la salud frente a sus pacientes. Por tanto, con esta carta otorgo mi consentimiento para participar como paciente voluntario. Asegurando que todos los datos serán manejados con confidencialidad, siendo identificados solo por un número y/o iniciales.

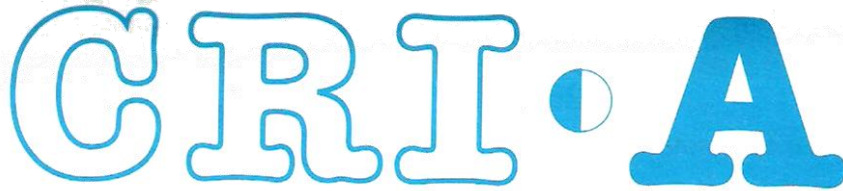
Nombre: _____

Firma del paciente y/o del representante legal _____

Fecha _____

Anexo 3:

Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A)- Rudolf Moos



APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas importantes que surgen en su vida. Consta de dos partes. En la **PORTE 1** deberá describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los **últimos 12 meses**. Ejemplos de estas situaciones pueden ser problemas con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un ser querido, un accidente o problemas de salud, dificultades financieras o de trabajo... Si no ha vivido ningún problema importante, piense en un problema de menor importancia que haya tenido que resolver.

Parte 1

Por favor, piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos **12 meses**. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

- Coloque un puntaje del 1 al 10 (1= casi nada, 10 = muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado.
- Coloque un puntaje del 1 al 10 (1= casi nada, 10 = muchísimo) el grado en que creía controlar este problema.

seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en **10 preguntas** que se le formulan acerca de **cómo valora** este problema, siguiendo este criterio:

- **SN:** Si su respuesta es **SEGURO QUE NO**.
- **GN:** Si su respuesta es **GENERALMENTE NO**.
- **GS:** Si su respuesta es **GENERALMENTE SÍ**.

SN	GN	GS	SS
SEGURO QUE NO	GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SÍ	SEGURO QUE SÍ

1.	¿Habría tenido que resolver antes un problema como éste?	SN	GN	GS	SS
2.	¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a usted?	SN	GN	GS	SS
3.	¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?	SN	GN	GS	SS
4.	Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?	SN	GN	GS	SS
5.	Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?	SN	GN	GS	SS
6.	Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?	SN	GN	GS	SS
7.	Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?	SN	GN	GS	SS
8.	¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?	SN	GN	GS	SS
9.	¿Se ha resuelto ya este problema o situación?	SN	GN	GS	SS
10.	Si el problema ya se ha solucionado, ahora ¿todo está bien?	SN	GN	GS	SS

Parte 2

En la **PARTE 2** deberá responder a **48 preguntas** expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Deberá marcar:

- **N:** Si su respuesta es **NO, NUNCA**.
- **U:** Si su respuesta es **UNA O DOS VECES**.
- **B:** Si su respuesta es **BASTANTE VECES**.

Trate de responder a todas las preguntas de la forma más precisa que pueda. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y que **no hay contestaciones buenas y malas**, sencillamente siga su criterio personal.

N	U	B	S
NO, NUNCA	UNA O DOS VECES	BASTANTE VECES	SÍ CASI SIEMPRE

1.	¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?	N	U	B	S
2.	¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor?	N	U	B	S
3.	¿Habló con su pareja u otro familiar acerca del problema?	N	U	B	S
4.	¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?	N	U	B	S
5.	¿Intentó olvidarlo todo?	N	U	B	S
6.	¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que la única cosa que tenía que hacer era esperar?	N	U	B	S
7.	¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar?	N	U	B	S
8.	¿Descargó su cólera sobre otras personas cuando se sentía triste o enojado (a)?	N	U	B	S
9.	¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?	N	U	B	S
10.	¿Se dijo a sí mismo(a) que las cosas podían ser mucho peores?	N	U	B	S
11.	¿Habló con algún amigo sobre el problema?	N	U	B	S
12.	¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?	N	U	B	S
13.	¿Intentó no pensar en el problema?	N	U	B	S
14.	¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema?	N	U	B	S
15.	¿Empezó a hacer nuevas actividades?	N	U	B	S
16.	¿Se atrevió e hizo algo arriesgado?	N	U	B	S

17.	¿Pensó varias veces sobre lo que tenía que hacer o decir?	N	U	B	S
18.	¿Intento ver lado positivo de la situación?	N	U	B	S
19.	¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?	N	U	B	S
20.	¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?	N	U	B	S
21.	¿Fantaseó o imaginó mejores tiempos y situaciones que lo que estaba viviendo?	N	U	B	S
22.	¿Creyó que el resultado sería decidió por el destino?	N	U	B	S
23.	¿Intentó hacer nuevos amigos?	N	U	B	S
24.	En general, ¿Se mantuvo apartado(a) de la gente?	N	U	B	S
25.	¿Intentó anticiparse cómo podrían cambiar las cosas?	N	U	B	S
26.	¿Pensó que estaba mejor que otras personas con el mismo problema que el suyo?	N	U	B	S
27.	¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?	N	U	B	S
28.	¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?	N	U	B	S
29.	¿Intentó no pensar en la situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?	N	U	B	S
30.	¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?	N	U	B	S
31.	¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?	N	U	B	S
32.	¿Gritó o se quejó para desahogarse?	N	U	B	S
33.	¿Trató de dar algún rumbo personal a la situación?	N	U	B	S
34.	¿Intentó decidirse a sí mismo que las cosas mejorarían?	N	U	B	S
35.	¿Procuró informarse más sobre la situación?	N	U	B	S
36.	¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?	N	U	B	S

37.	¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?	N	U	B	S
38.	¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?	N	U	B	S
39.	¿Empleó mucho tiempo en actividades de descanso?	N	U	B	S
40.	¿Lloró para manifestar sus sentimientos?	N	U	B	S
41.	¿Intento anticipar las nuevas exigencias que le podrían pedir?	N	U	B	S
42.	¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar sus vida a mejor?	N	U	B	S
43.	¿Rezó para guiarse o fortalecerse?	N	U	B	S
44.	¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?	N	U	B	S
45.	¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?	N	U	B	S
46.	¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?	N	U	B	S
47.	¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?	N	U	B	S
48.	¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?	N	U	B	S

Anexo 4:

Escala de Bienestar Psicológico (EPS)- Sánchez Cánovas

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (EBP)

Sexo: M F

Edad:

Fecha:

Instrucciones:

A continuación tienes unas preguntas, marca con una X según su apreciación del contenido. Asegúrate de elegir sólo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". No dejes frases sin responder. Solo queremos saber lo que tú piensas acerca de estos temas. Las alternativas de las respuestas son:

Nro.	ENUNCIADO	NUNCA O CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas.					
2	Me gusta transmitir mi felicidad a los demás.					
3	Me siento bien conmigo mismo.					
4	Todo me parece interesante.					
5	Me gusta divertirme.					
6	Me siento jovial.					
7	Busco momentos de distracción y descanso.					
8	Tengo buena suerte.					
9	Estoy ilusionado/a.					
10	Se me han abierto muchas puertas en mi vida.					
11	Me siento optimista.					
12	Me siento capaz de realizar mi trabajo.					
13	Creo que tengo buenas salud.					
14	Duermo bien y de forma tranquila.					

15	Me creo útil y necesario/a para la gente.					
16	Creo que me sucederán cosas agradables.					
17	Creo que como persona (madre/padre, esposa/esposo, trabajador/trabajadora) he logrado lo que quería.					
18	Creo que valgo tanto como cualquier otra persona.					
19	Creo que puedo superar mis errores y debilidades.					
20	Creo que mi familia me quiere.					
21	Me siento "en forma".					
22	Tengo muchas ganas de vivir.					
23	Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo.					
24	Me gusta lo que hago.					
25	Disfruto de las comidas.					
26	Me gusta salir y ver a la gente.					
27	Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo.					
28	Creo que generalmente, tengo buen humor.					
29	Siento que todo me va bien.					
30	Tengo confianza en mí mismo/a.					