



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LAS SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Evidencias de Validez de Contenido del Cuestionario de
Afrontamiento al estrés para pacientes Oncológicos”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Rodríguez Vidal Lourdes Rosalba (ORCID: 0000-0002-0675-5346)

Rubiños Rodríguez Sussan María (ORCID: 0000-0001-7685-3067)

ASESORA:

Dra. Aguilar Armas Haydee Mercedes (ORCID: 0000-0001-9368-6184)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

TRUJILLO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor infinito y su apoyo incondicional a lo largo de mi vida y por ser mi principal motivación. A mi segunda madre por sus cuidados y su cariño, a mi familia por impulsarme día a día a cumplir mis metas. A mis amigos, quienes se volvieron mis hermanos, por confiar y acompañarme en todo este proceso.

En especial este logro va dedicado a dos mujeres maravillosas que desde el cielo me guían, Berena y Elena, mis abuelitas, quienes me han orientado desde pequeña y son mis ejemplos de vida a seguir. Un abrazo al cielo.

Lourdes Rosalba Rodríguez Vidal

Quiero dedicar esta tesis a mi padres e hijo, pues ellos fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, ellos sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en mis padres tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, pues sus virtudes infinitas y sus grandes corazones me llevan a admirarlos cada día más.

Sussan María Rubiños Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y en el camino poner a personas maravillosas. A mis padres por darme aliento y ser mi pilar para salir adelante. A mis maestros por brindarme sus enseñanzas ciclo tras ciclos contribuyendo a mi formación profesional y crecimiento personal. A mi asesora de tesis por su tiempo y ser guía para la realización de esta investigación. A mi compañera de tesis por su compromiso.

Lourdes Rosalba Rodríguez Vidal

Gracias a Dios por concederme unos padres que siempre dieron todo de ellos para hacer realidad mi profesión soñada, a mis maestros que me brindaron día a día sus enseñanzas durante mis ciclos de estudio en la UCV en la especialidad de psicología a mi asesora de tesis por su tiempo prestado minuto a minuto para hacer realidad mi carrera profesional, mi agradecimiento especial a mi amiga Lourdes por la confianza puesta en mi persona como compañera de tesis.

Sussan María Rubiños Rodríguez

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO:	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Diseño de investigación:	11
3.2. Operacionalización de variables:	11
3.3. Población, muestra y muestreo	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	13
3.4.1. Técnicas	13
3.4.2. Instrumento	13
3.5. Procedimiento	14
3.6. Método de análisis de datos	14
3.7. Aspectos éticos	15
IV. RESULTADOS	17
4.1. Evidencias de validez basadas en el Contenido	17
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	22
VII. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS	24
ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relevancia, coherencia y claridad de los ítems en revisión de jueces	17
---	----

RESUMEN

El presente trabajo de investigación aborda la revisión de Validez de contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) proveniente de España, que mide las estrategias de afrontamiento (cogniciones y conductas) que maneja la persona frente a la situación de estrés generada al recibir el diagnóstico de cáncer y el proceso que conlleva. Como objetivo de la investigación fue determinar las evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos, el cual se llevó a cabo mediante el Juicio de expertos obteniendo como resultados V de Aiken ($V \geq .80$) identificando que el instrumento es aceptable.

Palabras clave: validez de contenido, afrontamiento al estrés, pacientes oncológicos

ABSTRACT

This research work addresses the content validity review of the Coping with Stress Questionnaire for cancer patients (CAEPO) from Spain, which measures the coping strategies (cognitions and behaviors) that the person handles in the face of the stress situation generated upon receiving a cancer diagnosis and the process it entails. The objective of the research was to determine the evidence of content validity of the Coping with Stress Questionnaire for cancer patients, which was carried out through the Expert Judgment, obtaining as results V of Aiken ($V > .80$) identifying that the instrument is acceptable.

Keywords: content validity, stress coping, cancer patients

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el cáncer se ha convertido en una problemática grave en la salud, considerándose como una de las causas principales de muerte en el Perú de acuerdo a un estudio que realizó el Ministerio de Salud (Huerta, 28 de octubre, 2018), representando el 67% de casos de mortalidad junto a enfermedades infecciosas y parasitarias, del corazón y accidentes.

La amenaza a la vida que representa una enfermedad como el cáncer es una experiencia que genera un trauma debido a que modifica el proyecto de vida de la persona, sus actividades diarias; reduciendo el control de su vida y siendo sometido a procesos que contribuyen a su supervivencia, lo cual lo vuelve sensible a distintas respuestas psicológicas tanto en las primeras etapas del diagnóstico y tratamiento como en la etapa posterior de recuperar su estabilidad emocional pasada la crisis (Díaz y Yaringaño, 2010; Alonso, Ezama y Fontanil, 2018). Ante este acontecimiento, la persona con cáncer desarrolla una serie de mecanismos cognitivos y conductuales dependiendo del significado personal acerca de la enfermedad y la realidad de esta, para que la tensión pueda canalizarse de manera positiva o negativa, por lo cual el afrontamiento al estrés va a jugar un rol importante como elemento intermediario entre las situaciones de estrés y la salud (Bayés, 1994).

Desde el momento de comunicar el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad, tanto el paciente como su familia padecen de estrés psicológico prolongado a causa de los síntomas, el conocimiento y pronóstico del cáncer, así como su estigmatización (Zapatero y Perez, 1999), produciendo a su vez ansiedad, niveles altos de estrés como efectos emocionales al paciente, síntomas depresivos y baja autoestima (Barahona, 2015, Cieslak y Golusinski, 2018)

El diagnóstico de la enfermedad no genera a todos los pacientes la misma reacción emocional, puesto que cada uno vive un acontecimiento único que viene marcado por experiencias personales que atravesaron en su vida y por el tipo de afrontamiento que manejan frente a situaciones de estrés al verse amenazados contra su vida y la duda de una recuperación completa (Zorrilla,

2007). Ampliando la visión más allá de las intervenciones médicas, los factores tanto psicológicos como sociales son influyentes que condicionan a las personas en el proceso de adaptarse y ajustarse a su enfermedad y su evolución en un proceso lleno de cambios (Jorques, 2015); tanto la personalidad como las estrategias de afrontamiento son recursos intrapersonales que permiten el ajuste al cáncer (You, Wang, Rodríguez, Wang y Lu, 2018). Cuan mejor sea la manera de afrontar del paciente, le será más fácil el adaptarse y reaccionar de manera positiva frente a los retos de la enfermedad; por lo que dependerá del significado y la valoración que tiene el individuo frente a su enfermedad, para ser afrontada de manera positiva o negativa, denotando la importancia del Afrontamiento al estrés como mediador entre las circunstancias de estrés y de salud (Angulo, 2019).

Las estrategias de afrontamiento serán un factor determinante para que la persona se adapte a la situación (Hopman y Rijken, 2014); por lo que el estilo de afrontamiento que utilice el paciente frente a los estresores psicológicos, va a influir de manera significativa en su sistema inmunológico, postulando además el posible episodio del estrés psicológico en el origen del cáncer a través de la eliminación de la habilidad del sistema inmune para poder defenderse de las células neoplásicas (Orjuela, Sánchez, Culebras y Davidoch, 2017).

Ante lo expuesto, se vio la necesidad de poder contar con instrumentos que puedan medir el Afrontamiento de estrés en pacientes con cáncer, hallando únicamente una prueba siendo el Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) elaborada en España, cuenta con 40 ítems relacionados al concepto de afrontamiento y estrategias, describiendo comportamientos y pensamientos que una persona a la cual diagnostican con cáncer puede manejar frente a la situación que atraviesa; constando de 7 escalas que no se encuentran en los cuestionarios anteriores (González, 2004). Por lo cual, es importante realizar la adaptación de este cuestionario en nuestro país, que permita tener un instrumento que ayude a evaluar qué tipo de afrontamiento presenta cada paciente oncológico frente a esta situación, al analizar las estadísticas y notar que cada vez se incrementan los casos de cáncer. Se encontró procesos estadísticos para la validez con índices y saturaciones

factoriales por encima del .60 y la confiabilidad medida a través de consistencia interna con datos excelentes en casi todas las adaptaciones a nivel internacional.

Ante lo investigado, se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son las evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos?

Se justificó el siguiente trabajo de investigación porque a nivel teórico nos va a permitir contrastar el modelo teórico original en la población que se va a trabajar evaluando si reafirma su constructo teórico o es necesario modificar, a nivel práctico va a contribuir con el trabajo del Psicólogo clínico contando con un instrumento de evaluación sobre afrontamiento al estrés para la población oncológica ya que al revisar los antecedentes aún no se cuenta en nuestro país con una escala que mida la variable a trabajar. A nivel social puede ser de ayuda para instituciones especializadas de Psicooncología para realizar un trabajo más completo con los pacientes con cáncer evaluando el afrontamiento al estrés y de qué manera los profesionales pueden mejorar o fortalecer ciertos estilos y a nivel metodológico se iniciará con criterio de jueces el cual puede servir como antecedente para futuras investigaciones que busquen los mismos propósitos e inclusive realizar una construcción de prueba.

De tal manera la presente investigación tiene como objetivo general: Determinar las evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos, como objetivo específico: Identificar las evidencias de validez de contenido por Criterio de Jueces.

II. MARCO TEÓRICO:

Es pertinente indagar sobre trabajos previos relacionados al trabajo de investigación que se realizará, encontrando las siguientes investigaciones: Se elaboró la Escala de Afrontamiento al estrés (cogniciones y conductas) para pacientes oncológicos, donde se trabajó la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio (Rotación varimax y criterio de Kaiser), formulando la existencia de las 7 dimensiones y las saturaciones factoriales en cada escala y la colectividad, obteniendo valores factoriales entre .64 y .87 siendo satisfactorios y permitiendo apoyar la estructura factorial. Obtuvo un alfa de cronbach mayores a .80 en todas las escalas, a excepción de la escala N donde se acerca al valor en mención (González, 2008; González, 2004).

Posteriormente, realizaron una evaluación al Cuestionario, evidenciando según la segunda edición del Manual del cuestionario en mención en el año 2015, se pudo obtener evidencia de validez de estructura interna donde existen saturaciones factoriales de los ítems de cada escala y la comunalidad con resultados satisfactorios; la consistencia interna según sus datos es excelente para todas las escalas, en excepción de N, considerándose adecuada, oscilando entre los .916 (ELA) y .784 (N) (Consejo General de la Psicología de España, 2016).

En el trabajo de traducción y validación para la población portuguesa” teniendo como objetivo explorar estrategias de afrontamiento; mostrando que a través de la validación realizada mediante Análisis de componente principal (ACP) con rotación varimax y normalización de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), denotando que el resultado obtenido fue de .788, evidenciando un grado medio de ajuste. Por otro lado, en el análisis que se realizó, se recomienda una estructura diferente a la original, constando de cinco dimensiones con 32 ítems, uniendo las escalas de Lucha activa y control emocional y eliminando distanciamiento, las otras se mantienen como en test original (Costa, 2016).

En España y México se realizó las evidencias psicométricas del instrumento donde se analizó la estructura factorial, estimando la consistencia interna y describiendo la distribución de factores; por medio del Análisis factorial

confirmatorio, de los índices de ajuste contemplados, uno reflejó buen ajuste ($\chi^2/\text{gl} = 1,89$), uno mostró un ajuste adecuado ($\text{RMS EA} = ,08$), y cuatro mostraron un mal ajuste ($\text{GFI} = ,72$, $\text{AGFI} = ,68$, $\text{NFI} = 0,56$, $\text{CFI} = ,73$). El ajuste del modelo se rechazó por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2 (556, N = 148) = 1053,96$, $p < 0,01$). Las correlaciones fueron directas entre pasividad y resignación con evitación y negación ($r = ,47$, $p < 0,01$), y con rumiación y preocupación ansiosa ($r = ,35$, $p < 0,01$); e inversas entre afrontamiento activo y rumiación y preocupación ansiosa ($r = -,30$, $p < 0,01$) se llegó a la conclusión de reducir el Cuestionario a 35 ítems y encontrando una distribución de 4 factores correlacionados con consistencias internas de adecuadas a altas, proponiendo nuevo nombramiento de los factores más adecuados al contenido siendo: Afrontamiento activo - rumiación y preocupación ansiosa - evitación y negación - pasividad y resignación (García, Miaja, Romero, Ibañez y Soriano, 2016).

Luego de realizar un análisis a las investigaciones previas a este trabajo, no se evidenciaron en ninguna validación de contenido, considerando un proceso necesario para la adaptación del cuestionario.

Se realizó una revisión a fuentes bibliográficas acerca de conceptos teóricos que nos permitan avalar el trabajo de investigación encontrando lo siguiente:

El cáncer se define como una evolución y dispersión incontrolada de las células, las cuales pueden presentarse habitualmente en alguna parte del cuerpo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Es una enfermedad provocada por el desarrollo de células normales que no son capaces de manejar su crecimiento, generada por amplios cambios en el material de genética llamada mutación; lo cual mediante las cadenas de ADN se guarda la información de las células, sitio crítico del origen tumoral, así como punto concreto de las drogas oncológicas (Chacón, 2009).

Al ser compleja esta enfermedad; cuando se informa sobre el diagnóstico, este originará un fuerte impacto en el área emocional para el paciente como para la familia, el cual está relacionado a rasgos de personalidad, recursos de afrontamiento que conserva, área a la que afecta el cáncer, factores externos como apoyo social, recursos económicos y condiciones de vida; por lo que va a

tomar tiempo que pueda ser asimilado e inicie con el tratamiento brindado por los doctores (Cabrera, López, López y Arredondo, 2017).

Cuando una persona recibe el diagnóstico de cáncer, principalmente su respuesta es de incredulidad y ansiedad, desconcierto, sentimiento de desamparo, asociándose con un estado de ánimo negativo y de angustia al sospechar lo que le espera, acompañado de olas de emociones intensas parecido a una reacción de duelo (Nail, 2001, Ramirez, Rodríguez y Perdomo, 2018). Luego de los primeros días de recibir el diagnóstico, las personas buscan desarrollar un plan de acción constructivo. Los profesionales de salud deben hacer recordar que a pesar de lo compasiva que pueda ser la persona para las malas noticias, los pacientes llegan a experimentar reacciones emocionales al extremo (Shell y Kirsch, 2001).

Para asimilar la idea, el paciente tiene la necesidad de identificar la causa, preguntar ¿Por qué yo?, buscar información sobre su cáncer y tratamiento para brindarle una sensación de control de la persona. La búsqueda de información es un mecanismo de afrontamiento cuando la enfermedad está en las primeras fases, cuando el diagnóstico es nuevo y está luchando con profesionales multidisciplinarios de la salud. En otros casos, inicialmente responden con negación, no pueden permitirse pensar qué pasará si el tratamiento funciona o no y cómo puede afectar a la familia, siendo la negación un mecanismo protector frente a la amenaza de la enfermedad (Nail, 2001).

Las respuestas psicológicas que habitualmente se presentan en este tipo de pacientes son el miedo a cambios físicos, discapacidades, adicciones y la muerte. La primera reacción es el miedo a la muerte o temor a separarse de su círculo social o de sí mismo, comunicación en la familia; conduciendo a ataques de pánico u otros trastornos. La persona confrontada a la muerte atraviesa distintas fases como negación, ira, negociación, depresión y finalmente aceptación (Gregurek, Bras, Dordevié, Ratkovié y Brajkovié, 2010).

Es importante tener en consideración la etapa del ciclo de vida y en la fase del cáncer que presenta el paciente. La ansiedad es muy recurrente en el momento de evaluación y diagnóstico; posteriormente, el paciente se ve afectado

frecuentemente por actitudes de shock y negación las cuales disminuyen con el transcurso del proceso. Los periodos depresivos se presentan mayormente al completar los tratamientos y volver a la vida cotidiana. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la persona, luego del diagnóstico de cáncer, padece consecuencia en todos los ámbitos de su vida (Maia y Correia, 2008).

A lo largo del proceso de la enfermedad, la persona atraviesa un duelo oncológico, el cual es un proceso natural, adaptativo y de necesidad, caracterizado por un primer momento donde surge una impresión de negación y desconcierto. En este transcurso, hay momentos que se experimentan con mayor intensidad; tal como en el inicio del tratamiento donde se identifica por presentar miedo, temor e inseguridad, incertidumbre por los efectos secundarios, a cómo reaccionará la familia, su ámbito social y laboral, cambio en el ámbito sexual, desafiar sus propios miedos, pérdida de su identidad personal y corporal, al desconocer qué pasará con él mismo o si surge una recaída cuando culmine el tratamiento. Es común además que la persona muestre labilidad emocional manifestada mediante tristeza, pena, cambios emocionales; y a la vez siendo acompañada de ansiedad, angustia, indefensión o desesperanza, lo que suele confundirse con depresión clínica. En otras ocasiones el paciente va a sentir rabia, ira o enojo, sentimientos de soledad; llegando a aislarse de su entorno, lo cual se produce al sentirse presionado al padecer una enfermedad crónica y compleja. Por último, existe un tiempo en el cual el paciente se hace responsable y acepta la enfermedad, que se da en el proceso del tratamiento. Sin embargo hay que tomar en cuenta que las etapas pueden ir y venir, por lo cual es normal que se genere nuevamente los sentimientos que se presentaron en las primeras etapas. De acuerdo a como la paciente empieza a sentir más calma, seguridad y va conociendo el procedimiento de su tratamiento, las reacciones de su organismo, va a ir eliminando mitos acerca del cáncer (Robert, Álvarez y Valdiviezo, 2013).

De acuerdo a la Teoría de ajuste psicológico al Cáncer propuesta por Moorey y Greer (1989) sobre cómo el paciente percibe el cáncer y cómo se adapta a la enfermedad; el diagnóstico llega a producir una ruptura del sentido de invulnerabilidad de la persona, por lo cual los pacientes abren un proceso de

evaluación cognitiva respondiendo a tres cuestiones: ¿Hasta dónde el diagnóstico llega a ser amenaza? ¿Qué podría realizar o cómo podría tomar control? ¿Qué pronóstico tengo y qué tan seguro es? El patrón de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados a las evaluaciones de la persona, constituyen el estilo de ajuste que tendrá en la situación de afrontar la enfermedad, formándose una triada cognitiva del cáncer agrupada por: percepción del diagnóstico, control o manejo de la situación y visión del pronóstico. Por lo que los autores en mención proponen cinco estilos de ajuste frente al diagnóstico de cáncer:

a) Espíritu de lucha: Percibir como un desafío al diagnóstico, tener control en el presente y tener una impresión de pronóstico optimista; su estilo de afrontamiento se ve reflejada en la búsqueda de información, papel activo en su recuperación e intento de continuar con su vida. b) Evitación o negación: no siente que sea una amenaza el diagnóstico, no se proponen el tomar el control y muestran una perspectiva de pronóstico optimista; su estrategia de afrontamiento es la minimización. c) Fatalismo o aceptación estoica: aceptan con resignación el diagnóstico, ausente la necesidad de control o depende de los demás y acepta con dignidad el pronóstico de lo que puede pasar; la estrategia de afrontamiento no es activa. d) Desamparo y Desesperanza: perciben el diagnóstico como una amenaza, falta de control y sensación de pronóstico pesimista; su estrategia de afrontamiento es la rendición y falta de estrategias. e) Preocupación ansiosa: notan como una gran amenaza el diagnóstico, incertidumbre frente al control y pronóstico. Las estrategias de afrontamiento son buscar una seguridad excesiva y atención frente a los síntomas.

Continuando con la revisión teórica se definió el estrés y afrontamiento, y cómo se encuentran asociados a las enfermedades neoplásicas.

El estrés se describe como una sensación de estar abrumado, preocupado, agotado; incluyendo en todas las personas de todas las edades y afectar la salud física y psicológica (American Psychiatric Association [APA], 2014).

El estrés se considera como una relación entre el individuo y su entorno que percibe como amenaza que va más allá de sus recursos de afrontamiento y

amenaza su salud, así mismo se conceptualiza al afrontamiento como los recursos cognitivos y conductuales que se generan para poder manejar las demandas tanto internas como externas que producen estrés que la persona las percibe que sobrepasa el límite de sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984). Por lo que, estos autores plantean un modelo transaccional en el que el afrontamiento es un elemento considerado como mediador entre el estresor y la adaptación psíquica y física de la persona ante un proceso. Cuando el individuo percibe un acontecimiento como amenazador por sobrepasar sus capacidades o es desafiante (al valorarlos), este inicia una cadena de comportamientos que permitan controlar las demandas internas y externas con el objetivo de disminuir el aumento del estrés y recobrar su equilibrio que poseía.

Se conoce que no todas las personas reaccionan de igual manera frente a un factor estresante, por lo que la valoración que dé el individuo a esa situación va a influir en el tipo de afrontamiento que empleará posteriormente. Este proceso de valoración busca un cambio en la forma de percibir la situación acompañada de otros elementos que lleguen a influir para lograr un mejor ajuste de manera adaptativa (Lazarus y Folkman, 1984).

Autores en mención, refieren que para el afrontamiento se presentan dos estilos:

- a) Afrontamiento centrado en el problema: Se centra en buscar soluciones frente al problema, lo cual involucra el control de las demandas internas o ambientales que se perciben como amenaza y alteran la relación de la persona y su alrededor, que puede darse a través del cambio de las situaciones estresantes o por el aporte de recursos nuevos que disminuyen las consecuencias desagradables de las circunstancias ambientales. Su objetivo en sí, es ponerse en acción para la resolución de los problemas o adquirir nuevas habilidades para ello.
- b) Afrontamiento centrado en la emoción: tiene como finalidad un adecuado manejo de emociones, que agrupa el esfuerzo para cambiar el malestar y tomar el control emocional generados por la situación estresante; lo cual se va a lograr a través de evitar el acontecimiento que genera estrés, realizando una valoración cognitiva de la situación incómoda o prestando atención a factores positivos de la misma persona o su entorno.

Por lo tanto, estas estrategias proponen un proceso en el cual el ser humano busca controlar la desigualdad entre las situaciones y los recursos que posee.

El afrontamiento al estrés es un proceso por el cual la persona hace uso de estrategias (cogniciones y conductas) al encontrarse frente a una situación de estrés generada por el diagnóstico y tratamiento de cáncer (González, 2004).

El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en pacientes Oncológicos, se divide en siete dimensiones (González, 2004):

A) Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): Permite identificar que la persona valora la situación como difícil, pero a la misma vez, muestra una visión optimista sobre cómo afrontarla. El individuo toma un papel colaborador y activo frente a la enfermedad. B) Autocontrol y control emocional (ACE): La persona aprecia la situación como grave, parecido a la anterior, aunque el comportamiento y las ideas están direccionadas a hacer que desaparezcan o lleguen a disminuir los sentimientos displacenteros que le genera la enfermedad. C) Búsqueda de apoyo social (BAS): La persona toma en consideración el apoyo afectuoso, físico y moral de las personas para obtener un resultado positivo. Puede producirse la búsqueda de información como un modo de tener conocimiento acerca de su enfermedad, sus síntomas, proceso; con el fin de controlarla de mejor manera. D) Ansiedad y preocupación ansiosa (APA): El sujeto percibe la situación como grave y amenazante y muestra desconcierto en relación al desarrollo y futuro de la enfermedad. Por lo cual puede comportarse de manera ansiosa y menos optimista con relación al poder controlar la situación y su pronóstico. E) Pasividad y resignación pasiva (PRP): La persona hace una valoración de la situación como grave y amenazante. Toma en cuenta que tiene pocos medios para superar, percibe de manera negativa y de alguna manera fatalista, en relación a su futuro, el desarrollo y pronóstico de su enfermedad. F) Huida y Distanciamiento (HD): El individuo aprecia la situación de forma inadecuada, buscando escapar o evadir la realidad, teniendo en mente su falta de control para poder superarla y no hacer uso de estrategias para afrontar de manera adecuada, aumentando la ansiedad. G) Escala de negación (N): La persona niega la existencia de la enfermedad y la realidad que atraviesa, lo que en el principio no va contribuir a la lucha y afrontamiento de la situación.

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de investigación:

El trabajo de investigación es instrumental, en el cual se agrupan las investigaciones que realizan un análisis de evidencias psicométricas tanto del desarrollo de nuevas pruebas como la traducción o adaptación de test existentes (Ato, López y Benavente, 2013; Montero y León, 2007).

3.2. Operacionalización de variables:

Afrontamiento al estrés en Pacientes Oncológicos

Definición Conceptual: El afrontamiento al estrés es un proceso por el cual la persona hace uso de estrategias (cogniciones y conducta) al encontrarse frente a una situación de estrés generada por el diagnóstico y tratamiento de cáncer. (González, 2004).

Definición operacional: El afrontamiento al estrés se medirá a través del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos (CAEPO), consta de 40 ítems, medida en 7 escalas (González, 2004).

Indicadores:

- Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): 1, 2 13, 16, 17, 21, 24, 31, 39
- Escala de autocontrol y de Control Emocional (ACE): 3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40
- Escala de búsqueda de Apoyo Social (BAS): 5, 10, 15 e 33
- Escala de ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): 4, 6, 14, 22, 26 e 32
- Escala de pasividad y Resignación Pasiva (PRP): 11, 23, 34, 35 e 37
- Escala de huida y Distanciamiento (HD): 8, 9, 18, 29, 30 e 38
- Escala de Negación (N): 20, 27 e 36

Escala de medición:

Intervalo: Hacen idea al orden o rango entre grupos con ciertas características, las fórmulas o números consecutivos instaurando intervalos en lo que es medir, dicho de otra manera, la distancia entre los grupos es iguales en la amplitud de la escala en su total (Coronado, 2007).

3.3. Población, muestra y muestreo

Debido a la situación de la pandemia que se está atravesando, la aplicación del cuestionario en la población no se puede llevar a cabo, sin embargo, esto puede realizarse luego de la validez de contenido en futuras investigaciones. La población donde se trabajará serán pacientes diagnosticados con cáncer, la cual se clasifica como una población infinita debido a que se desconoce el total de personas que la constituyen, por tanto, no se encuentra un registro documental de ellos (Arias, 2012). Por lo cual, la muestra estará conformada por aproximadamente 350 sujetos, tomando en cuenta que para la línea de psicometría se hace uso del análisis factorial, por lo que el tamaño de la muestra va a depender que el número de sujetos no debe ser menor a cinco veces el número de ítems que contiene el cuestionario (Argibay, 2006); por otro lado, este tipo de investigaciones se debe trabajar con una muestra mínima de 200 sujetos (Ferrando y Anguiano, 2010).

El tipo de muestreo que se realizará en futuras investigaciones es no probabilístico por conveniencia donde da pase a seleccionar a los sujetos que accedan y acepten ser incluidos (Otzen y Manterola, 2017).

Dentro de los criterios de inclusión se tomarán en cuenta pacientes con cáncer que oscilan entre las edades de 30 a 65 años, de ambos sexos quien son diagnosticados con cáncer de cuello uterino, estómago, mama, colorrectal, linfomas; en estadios 1 y 2; considerando únicamente a los que deseen participar y que han llenado de manera correcta el cuestionario.

Por otro lado, para los criterios de exclusión no se considerarán a sujetos que se encuentren en fase terminal u otro tipo de cáncer que no se ha tomado en cuenta, pacientes que padezcan de trastornos psiquiátricos, además se excluirán a aquellos que alteren los resultados debido a marcar doble alternativa o quienes hayan omitido ítems.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

3.4.1. Técnicas:

El cuestionario forma el instrumento de recolección de datos en donde figuran enunciados los ítems de manera ordenada y sistemática, y donde se destinan las respuestas a través de un sistema determinado (López y Fachelli, 2015).

3.4.2. Instrumento:

Se ha empleado el Cuestionario de Afrontamiento de estrés para pacientes oncológicos, el cual fue elaborado por Gonzáles (2004) permitiendo la recolección de datos sobre las estrategias de afrontamiento (conducta-cogniciones) que maneja la persona frente al estrés que genera el ser diagnosticado con cáncer, tratamiento y situaciones socio-familiares que se generan a consecuencia de la enfermedad.

Este instrumento puede ser administrado de manera un individual, está dirigido a adultos que padecen de cáncer o también otra enfermedad física con distintos grados de gravedad o cronicidad, la duración es aproximadamente 25 minutos.

Se conforma por 40 ítems con una escala de tipo Likert de 4 alternativas de respuesta: desde 0 (nunca) hasta 3 (casi siempre). Se dividen en 7 escalas las cuales pertenecen a cada una de las estrategias de afrontamiento, que van a permitir determinar si el afrontamiento del paciente es de tipo positivo, negativo o neutro.

Para la puntuación, las preguntas se califican de manera directa puntuando de 0 a 3, a excepción del ítem 36 (la verdad es que estoy muy preocupado por mi salud) que se puntúa de manera inversa. El estilo de afrontamiento o puntuación final se instaura a partir de una puntuación global, obteniéndola de la diferencia entre el subtotal de las escalas agrupadas en positivas y negativas.

Validez

Para CAEPO se trabajó la validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio (Rotación varimax y criterio de Kaiser), formulando

la existencia de las 7 dimensiones y las saturaciones factoriales en cada escala y la colectividad, obteniendo valores factoriales entre .64 y .87 siendo satisfactorios y permitiendo apoyar la estructura factorial.

Confiabilidad

La consistencia interna se realizó a través de alfa de cronbach donde se obtuvo puntajes mayores a .80 en todas las escalas, a excepción de la escala N donde se acerca al valor en mención.

3.5. Procedimiento

Para la realización del trabajo de investigación, debido a la situación que se atraviesa mundialmente por la Pandemia Covid-19 y por las restricciones que se han presentado en el país junto a medidas sanitarias, se optó por realizar las evidencias psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos en base a la validez de contenido por Criterio de Jueces, por lo que primeramente se consideró como criterios para los jueces: once psicólogos especializados en el área clínica, con cinco años mínimo de experiencia y que tengan el grado de maestría y/o doctorado; además de un décimo segundo jurado quien fue un profesional de lenguaje y literatura para evaluación de redacción. Luego de seleccionarlos, buscamos comunicarnos con ellos mediante llamadas o correos y hacerles llegar el formato para la evaluación.

3.6. Método de análisis de datos:

En el siguiente trabajo de investigación, al ser una prueba española, se realizaron en primera instancia la validez de contenido a través del juicio de expertos para la revisión y valoración de cada ítem de la prueba con el procedimiento de la V de Aiken.

La validez de contenido hace referencia al grado en que el contenido del instrumento muestra apropiadamente el constructo que se pretende medir, evaluando cuánto constituye una muestra de elementos en un dominio de contenido definido (Souza, Costa y Guirardello, 2017). El contenido debe evaluarse por distintos expertos quien califican la calidad del contenido en función de su relevancia, representatividad, especificidad y claridad

(Stewart, Lynn y Mishel, 2005), la cual será en base a una escala de Likert y presentan juicios sobre el grado de relación de asociación entre los elementos y el contenido a evaluar (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011).

Después de la evaluación de criterio de jueces, los datos se procesaron a excel, para determinar la validez de contenido se utilizó el coeficiente de la V de Aiken (Aiken, 1980) el cual permite evaluar la importancia de cada ítem en relación a su constructo evaluado en N jueces. El coeficiente V de Aiken conforma valores entre 0 y 1, siendo 1 el máximo valor posible, que indica un acuerdo perfecto entre los jueces, por lo cual se espera que los valores sean mayores a .70 para que el ítem sea considerado válido. (Merino y Livia, 2009), para lo cual se usó la siguiente fórmula:

$$v = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Dónde:

S: la sumatoria de si

Si: valor asignado por el juez i

n: número de jueces

c: números de valores en la escala de valoración

3.7. Aspectos éticos:

La presente investigación fue realizada teniendo en cuenta la ética y honestidad profesional, la autenticidad de los datos sin la alteración del contenido, brindando información adecuada y verídica sobre la realidad de la población.

Para la aplicación del cuestionario en futuras investigaciones, se realizará un consentimiento informado, la cual permitirá la autorización del participante; lo cual se estipula en el código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017) en el artículo 24: el psicólogo ha de tener en cuenta que toda investigación en los seres humanos debe incluir o contar con el consentimiento informado de las personas involucradas. Para el cual, el estándar 8.02 del código de ética menciona que se deberá informar al

paciente sobre la intención de la investigación, la duración aproximada y los procesos, su derecho a rehusarse a participar, consecuencia al rehusarse o al participar voluntariamente, límites de confidencialidad (Asociación Americana de Psicología [APA], 2010).

IV. RESULTADOS

4.1. Evidencias de validez basadas en el Contenido

En la tabla 1 se observa la revisión mediante Criterio de jueces (n=12), quienes evaluaron la relevancia, coherencia y claridad de cada ítem del cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos, donde se aprecia que el valor de V de Aiken está por encima de ($V \geq .80$) teniendo valores mayores a lo que señala Merino y Livia (2009) que se considera válido desde valores de .70., es por ello que los resultados en Relevancia, coherencia y claridad se encuentran en nivel aceptables.

Tabla 1:

Relevancia, coherencia y claridad de los ítems en revisión de jueces

	Relevancia			Coherencia			Claridad		
	M	De	V de Aiken	M	De	V de Aiken	M	De	V de Aiken
1	3.92	.29	.972	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
2	3.58	.67	.861	3.50	.90	.833	3.08	1.00	.694
3	3.92	.29	.972	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
4	3.92	.29	.972	3.83	.39	.944	3.92	.29	.972
5	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
6	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.58	.67	.861
7	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.83	.58	.944
8	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
9	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
10	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972
11	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
12	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972
13	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972
14	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
15	3.92	.29	.972	3.83	.39	.944	3.92	.29	.972
16	3.83	.39	.944	3.83	.39	.944	3.92	.29	.972
17	3.83	.39	.944	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
18	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
19	3.83	.58	.944	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
20	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.75	.62	.917
21	3.67	.49	.889	3.67	.49	.889	3.42	.79	.806

Tabla 2:***Relevancia, coherencia y claridad de los ítems en revisión de jueces
(continuación)***

22	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972	4.00	.00	1.000
23	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
24	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
25	3.92	.29	.972	3.83	.39	.944	3.75	.45	.917
26	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000
27	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
28	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972	4.00	.00	1.000
29	3.92	.29	.972	3.83	.39	.944	3.83	.39	.944
30	3.67	.65	.889	3.75	.62	.917	3.50	.67	.833
31	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972
32	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972	4.00	.00	1.000
33	3.83	.39	.944	3.83	.39	.944	3.83	.39	.944
34	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	3.83	.58	.944
35	3.92	.29	.972	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
36	3.67	.65	.889	3.50	.80	.833	3.58	.67	.861
37	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972
38	3.92	.29	.972	3.92	.29	.972	3.50	.80	.833
39	4.00	.00	1.000	4.00	.00	1.000	3.92	.29	.972
40	3.83	.39	.944	3.83	.39	.944	3.92	.29	.972

Nota: M:media DE: Desviación estándar

V. DISCUSIÓN

Ante la necesidad de analizar cuáles son los principales estilos de afrontamiento al estrés en un paciente oncológico peruano, se ha considerado de utilidad el medir ello mediante un cuestionario, buscando adaptar el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO) proveniente de España, que está compuesto por un total de 40 ítems y 7 escalas: Autocontrol y control emocional, Búsqueda de apoyo social, Ansiedad y preocupación ansiosa, Pasividad y resignación pasiva y Huida y distanciamiento (González, 2004).

Como variable de estudio tuvimos al “afrontamiento de estrés” que se define como una forma de hacer frente a estímulos que el individuo considera como fuente de amenaza a su integridad, haciendo uso de recursos cognitivos o conductuales para poder enfrentar las exigencias internas o externas de la presión del medio, además de intentar aceptar la noticia del diagnóstico y tratamiento del cáncer (Lazarus y Folkman, 1984; González, 2004). Las estrategias de afrontamiento serán claves para analizar si la persona se adapta o no a la situación estresante (Hopman y Rijken, 2014) además de influir significativamente en su salud física ya que el estrés de origen psicológico afecta al sistema inmunológico en combatir las células neoplásicas (Orjuela, Sánchez, Culebras y Davidoch, 2017).

La importancia de la variable radica en que servirá de apoyo para los profesionales de la salud mental en el área clínica o algunas instituciones especializadas en psicooncología ya que contarán con un instrumento de evaluación adaptado a nuestra realidad, ya que después de haber revisado algunos antecedentes en nuestro país, aún no se cuenta con una escala que mida esta, la cual podrán utilizar cuando nuestro país supere la coyuntura actual, también servirá como cimiento para posteriores investigaciones que tenga el mismo objetivo de indagación o en la construcción de pruebas con la misma finalidad.

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes

oncológicos a través de criterios de jueces. Debido a la difícil situación que está atravesando nuestro país y todo el mundo por la pandemia del Covid-19, además de las medidas sanitarias de aislamiento social impuestas por el gobierno peruano, no se ha podido aplicar a la población oncológica seleccionada, es por ello que se tomó la decisión de llevar a cabo la validez de contenido por criterio de jueces del Cuestionario por medio de la modalidad virtual mediante los medios como correos electrónicos, redes sociales y llamadas para hacerles llegar el instrumento de evaluación, considerando a once psicólogos que cuenten como requisitos estar especializados en el área clínica, con un mínimo de cinco años de experiencia y tener el grado de maestría y/o doctorado; y además se contó con un décimo segundo jurado el cual es profesional en lenguaje y literatura, para la revisión de la redacción.

Frente a la revisión de trabajos previos se ha encontrado que no se realizó la validez de contenido al cuestionario, considerando este proceso como un punto importante para la construcción de un instrumento, porque nos va a permitir realizar la evaluación de cada ítem en relación a los objetivos que se busca con el cuestionario, así mismo, que puedan surgir algunas sugerencias o recomendaciones para mejorar la redacción o contenido, que son tomadas en cuenta para mejorar la definición de la variable a medir (Galicia, Balderrama y Edel, 2017).

De acuerdo a la investigación realizada, en cuanto a los resultados obtenidos en la validez de contenido mediante el criterio de jueces ($n=12$), quienes evaluaron la relevancia, coherencia y claridad de cada ítem del cuestionario "Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos" donde se aprecia que el valor de la V de Aiken está por encima de ($V \geq .80$) teniendo como valores mayores a lo que señala Merino y Livia (2009) que se considera válido desde valores de .70, teniendo así que los resultados obtenidos se encuentran en un nivel aceptable, determinando que los ítems del instrumento representan adecuadamente a la variable que se pretende medir (Aliaga, 2006), sin embargo es necesario realizar algunos cambios en relación a la redacción de algunos ítems según la recomendación de Criterio de jueces. A nivel metodológico, Soriano (2014) refiere que la validez de contenido es solo una parte del proceso

de la validación del instrumento y es necesario realizar otros procesos estadísticos tales como, primeramente una prueba piloto para identificar si la población puede comprender adecuadamente el cuestionario y posteriormente, validez de criterio mediante Análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y el nivel de confiabilidad permitiendo obtener una adaptación del cuestionario a la realidad peruana y pueda ser aplicado en el ámbito de la psicología y psicooncología.

VI. CONCLUSIONES

- Según el trabajo de investigación realizado se concluye que, luego de la evaluación de criterio de jueces, se obtuvo que el valor de la V de Aiken está por encima de ($V \geq .80$) lo cual se considera en un nivel aceptable, señalando que los ítems representan adecuadamente a la variable que pretende medir.
- Según la evaluación de criterio de jueces sugirieron el cambio solo de algunos términos en los ítems para una mejor comprensión por parte de la población peruana.
- Las evidencias de validez de contenido realizada al instrumento es útil a nivel metodológico para continuar con los procesos estadísticos necesarios para una adaptación a mayor detalle y ser utilizado a nivel diagnóstico.

VII. RECOMENDACIONES

- Según los antecedentes sobre el instrumento no se encontraron evidencias de validez de contenido, por lo que se considera necesario realizar este procedimiento como primer paso para la adaptación del cuestionario a la realidad peruana.
- Para futuras investigaciones es recomendable identificar un instrumento que mida la misma variable para realizar la validez divergente.
- Realizar la validez de constructo mediante análisis factorial y la confiabilidad por consistencia interna para una mejor adaptación del cuestionario, con el fin de poder ser aplicado en la práctica de la psicología.

REFERENCIAS:

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud* [Measurement in Social and Educational Sciences]. Madrid, España: Síntesis
- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement* 40, 955–959.
- Aliaga, J. (2006). Psicometría: Tests psicométricos, confiabilidad y validez. En Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). *Psicología: Tópicos de actualidad*. pp. 85 – 108. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2018). Emotional coordination in coping with cancer: alexithymia, attachment and coping styles as predictors of emotional well-being in women undergoing radiotherapy. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(1), 17-26. Doi: <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.01.012>
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5ta ed.). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Angulo, K. (2019). *Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima* (Tesis de licenciatura). Recuperado de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1741/Karina_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. (6ta ed.). Caracas: Episteme C.A.
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association (APA)*. Buenos Aires: Enmiendas. Recuperado por:

http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf

- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barahona, L. (2015). *Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud 2011* (Tesis doctoral). Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4555/Barahona_ml.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bayés, R. (1994). *Psicología oncológica*. (2da ed.). Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Cabrera, Y., López, E., López, E. y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finaly*. 7(2), 115-127. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522/1570?fbclid=IwAR1Gt-xdAMT2qGIP9Ah-ZpKgbUCgwfHO4FTwDzYKAc3JfG42wahOTzXWe6g>
- Chacón, M. (2009). Cáncer: reflexiones acerca de incidencia, prevención, tratamiento y mitos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*. (37), 181-193. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/185/18516803007.pdf>
- Cieslak, K., & Golusinski, W. (2018). Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 23(3), 168-174. doi: 10.1016/j.rpor.2018.02.002
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. Perú. Recuperado de: https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Consejo General de la Psicología de España. (2016). *Evaluación del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)*.

Recuperado

de:

https://www.cop.es/uploads/PDF/2016/CAEPO.pdf?fbclid=IwAR1cfRxQV_J9QzAzi4mdQlv2M3jq9iOJYGzRoc95UBs0tOnr5FHoMvg_zQM

Coronado, J. (2007). Escalas de medición. *Paradigmas*. 2(2), 104-125. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942056.pdf>

Costa, C. (2016). *Teste CAEPO (Questionario De Afrontamiento Al Estrés Para Pacientes Oncológicos) para doentes oncológicos: tradução e validação para a população portuguesa*. (Tesis para Maestría). Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Díaz, G. y Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en Pacientes oncológicos. *Revista IIPSI*, 13 (1), 69 – 86. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v13n1/a05.pdf?fbclid=IwAR2g3sQrRxIk0cWiP7lax3ACcGC383yqu-IVmmBG2JnkZLvhpcryj-e9l_U

Ferrando, J. y Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 18-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>

Galicia, L., Balderrama, J. y Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura (Guadalajara, Jal.)*, 9(2), 42-53. Recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042

García, A., Miaja, M., Romero, R., Ibañez, E. y Soriano, J. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, 13 (2), 271 – 284. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54436/49739>

González, M. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(25), 35-49. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645445003.pdf>

- González, M. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos -CAEPO*. Madrid: Ediciones TEA.
- Gregurek, R., Bras, M., Dordevié, V., Ratkovié, A. y Brajkovié, L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubica*, 22(2), 227-230.
- Huerta, E. (28 de octubre de 2019). Las enfermedades que más muertes causan en el Perú. *El Comercio*. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/enfermedades-muertes-causan-peru-noticia-570079-noticia/?ref=ecr>
- Hopman, P., y Rijken, M. (2014). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18. doi: 10.1002/pon.3591
- Jorques, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama* (Tesis doctoral). Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71050771.pdf>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- López, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la Investigación*. (1era. ed.). Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsoccua_a2016_cap2-3.pdf
- Maia, L. y Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: Uma revisão da literatura para aplicação prática. *O Portal dos Psicólogos*. Recuperado de: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0445.pdf>
- Merino, C. y Livia, C. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales en Psicología*, 25 (1), pp. 169-171. Recuperado de: https://www.um.es/analesps/v25/v25_1/19-25_1.pdf
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books
- Nail, L. (2001). I'm coping as fast as I can: Psychosocial adjustment to cancer and cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, (28), 967–970.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Orjuela, B., Sánchez, I., Culebras, N. y Davidoch, C. (2017). *Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer*. España: Universidad de Barcelona Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/148859149/INFLUENCIA-DE-DETERMINADOS-FACTORES-PSICOLOGICOS-EN-LA-GENESIS-DEL-CA-NCER>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Ramirez, C., Rodríguez, M. y Perdomo, A. (2018). Incertidumbre frente al diagnóstico de cáncer. *Texto & contexto – enfermagem*, 27 (4). Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400319&lng=es&tlng=es
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdiviezo, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las condes*, 24 (4), 667 – 684. Recuperado de: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Shell, J. y Kirsch, S. (2001). Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (4th ed., pp. 948–972). St. Louis, MO: Mosby.
- Soriano, A. M. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos* 14,19-40. Recuperado de:

http://rd.udb.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11715/482/1/2%20disenoyvalidacion_dialogos14.pdf

- Souza, A., Costa, N. y Guirardello, E. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659 Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/en_2237-9622-ress-26-03-00649.pdf
- Stewart, J. L., Lynn, M. R., & Mishel, M. H. (2005). Evaluating content validity for children's self-report instruments using children as content experts. *Nursing Research*, 54(6), 414-418
- You, J., Wang, C., Rodríguez, Wang, X. y Lu, Q. (2018). Personality, coping strategies and emotional adjustment among Chinese cancer patients of different ages. *European Journal of Cancer Care*, 27 (1). doi: 10.1111/ecc.12781
- Zapatero, A. y Perez, A. (1999). Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reacción-adaptación. En E. García (ed.), *Manual de psicooncología* (pp. 91-112). Madrid: Grupo Aula Médica
- Zorrilla, I. (2007). *Impacto emocional y social del cáncer*. Recuperado de: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
AFRONTA- MIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTE S CON CÁNCER	El afrontamiento al estrés es un proceso por el cual la persona hace uso de estrategias (cogniciones y conducta) al encontrarse frente a una situación de estrés generada por el diagnóstico y tratamiento de cáncer. (González, 2004).	El afrontamiento al estrés se medirá a través del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos (CAEPO), consta de 40 ítems, medida en 7 escalas (González, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): 1, 2 13, 16, 17, 21, 24, 31, 39 - Escala de autocontrol y de Control Emocional (ACE): 3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40 - Escala de búsqueda de Apoyo Social (BAS): 5, 10, 15 e 33 - Escala de ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): 4, 6, 14, 22, 26 e 32 - Escala de pasividad y Resignación Pasiva (PRP): 11, 23, 34, 35 e 37 - Escala de huida y Distanciamiento (HD): 8, 9, 18, 29, 30 e 38 - Escala de Negación (N): 20, 27 e 36 	Intervalo: Hacen idea al orden o rango entre grupos con ciertas características, las fórmulas o números consecutivos instaurando intervalos en lo que es medir, dicho de otra manera, la distancia entre los grupos son iguales en la amplitud de la escala en su total (Coronado, 2007).

Anexo 2: Cuestionario CAEPO - ORIGINAL

CAEPO

Edad: _____

Sexo: _____

A continuación se presentan una serie de enunciados que hacen referencia a las diversas maneras de actuar frente a situaciones difíciles o conflictivas. Encierre con un círculo o marque con una X la alternativa que se más se adapte a su forma de pensar o actuar.

Hay cuatro opciones posibles en cada ítem:			
0	1	2	3
Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

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

16)	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17)	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18)	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19)	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20)	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21)	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22)	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23)	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24)	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25)	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26)	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27)	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28)	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29)	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30)	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31)	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32)	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33)	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34)	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35)	Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36)	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37)	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38)	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39)	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora	0	1	2	3

	también lo haré.				
40)	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

Anexo 3: Cuestionario CAEPO - ADAPTADO

CAEPO

Edad: _____

Sexo: _____

A continuación se presentan una serie de enunciados que hacen referencia a las diversas maneras de actuar frente a situaciones difíciles o conflictivas. Encierre con un círculo o marque con una X la alternativa que se más se adapte a su forma de pensar o actuar.

Hay cuatro opciones posibles en cada ítem:			
0	1	2	3
Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

1)	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2)	Estoy dispuesto a enfrentar esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3)	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4)	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5)	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6)	Pienso que esto que me sucede es porque no me cuidado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7)	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8)	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9)	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10)	Hablo de mis preocupaciones con las personas que son más cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11)	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12)	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13)	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14)	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15)	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3

16)	Siento que lo que me está sucediendo me ayude a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17)	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18)	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19)	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20)	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede no tiene importancia.	0	1	2	3
21)	Procuro ser fuerte y enfrentar mi problema de salud.	0	1	2	3
22)	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23)	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24)	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25)	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26)	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27)	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28)	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29)	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no me hubiera enfermado.	0	1	2	3
30)	Creo que rezar es la mejor solución para que todo salga bien.	0	1	2	3
31)	Hago todo lo que me indiquen porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32)	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33)	Expreso mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34)	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35)	Pienso que las cosas ocurren y que nada se puede hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36)	La verdad es que no estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37)	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38)	Procuro no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3

39)	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	0	1	2	3
40)	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3