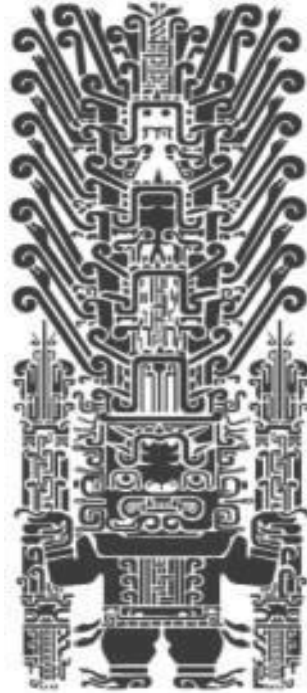


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Afrontamiento al estrés en el personal militar de diferentes unidades  
hospitalarias del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias  
Schreiber”**

**Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología**

**Presentado por:**

**Jesús Iván Lévano Loza**

**Lima – Perú**

**2018**

## Pensamientos

*“No temas al tiempo, nadie es eterno...”*

*No temas a las heridas, te hacen más fuerte...*

*No temas al llanto, te limpian el alma...*

*No le temas a los retos, te hacen más ágil...*

*No temas equivocarte, te hacen más sabio*

*Y no le temas a la soledad, Dios está contigo siempre”*

Papa Francisco

*“La habilidad de hacer una pausa y no actuar por el primer impulso se ha vuelto un aprendizaje crucial en la vida diaria”*

Daniel Goleman

### **Dedicatoria**

A mi querida y recordada abuela,  
Elsa García Yataco, allá en el cielo.

A mis padres por su valioso apoyo,  
sus palabras y momentos  
compartidos.

A la psicología, para hacer de ella  
una disciplina cada día más  
científica y valorada por la  
sociedad.

## **Agradecimientos**

A Dios por permitirme ver el día y la noche, por mantenerme en marcha sin perder la esperanza.

Mi profundo reconocimiento a mi familia, por incentivar me al progreso y desarrollo personal, sus palabras y acciones son fiel reflejo del amor a mi persona.

Quiero hacer una oportuna mención y agradecimiento a mi asesora Carmela Henostroza por su interés en este estudio y sus palabras de motivación. Asimismo, a mis profesores Luis Córdova y Sara Becerra, por su enseñanza, palabras y sugerencias.

A ti, por tu alegría en los momentos de tensión, por tu constante apoyo, por hacerte parte de mis intereses y crecimiento personal.

Por último, al Hospital Militar Central del Perú, por permitirme desarrollar este trabajo en sus instalaciones. A los pacientes de Tropa, por participar de forma voluntaria, demostrando interés y amabilidad.

**Afrontamiento al estrés en el personal militar de diferentes unidades hospitalarias del  
Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”**

**Jesús Iván Lévano Loza**

**Universidad Nacional Federico Villarreal**

**Resumen**

El presente trabajo es un estudio de tipo no experimental. Siguiendo un diseño descriptivo, se propuso como objetivo general determinar los estilos de afrontamiento al estrés en el personal militar de tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central, asimismo se planteó la comparación de las estrategias de afrontamiento en función de la edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, zona de servicio y unidad hospitalaria. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo accidentado, con un periodo referencial del 30 de Octubre al 01 de Diciembre del 2017 para la aplicación del instrumento, la muestra quedo conformada por 61 participantes, todos varones con edades entre los 18 y 25 años. Se aplico el inventario de Afrontamiento al Estrés Brief COPE (COPE-28) de Carver. Los resultados describen a la muestra, el estilo más usado por los participantes es el funcional, las estrategias más usadas son: Afrontamiento activo, Aceptación, Planificación y Reinterpretación positiva; mientras que las menos usadas: Desahogo, Desconexión conductual y Uso de sustancias. Asimismo, se halló diferencias significativas para algunas estrategias de afrontamiento en función de la edad, grado de instrucción, lugar de procedencia y zona de servicio. No se halló diferencias significativas en función de la unidad Hospitalaria.

*Frases clave:* Estilos y estrategias de afrontamiento, pacientes de tropa, unidades hospitalarias, Hospital Militar Central del Perú.

**Coping with stress in the military personnel of different hospital units of the Central military Hospital of Peru "CRL. Luis Arias Schreiber".**

**Jesus Ivan Levano Loza**

**Federico Villarreal National University**

**Abstract**

The present work is a non-experimental study. Following a descriptive design, it was proposed as a general objective to determine the styles of coping with stress in the military personnel of troops hospitalized in different units of the Central Military Hospital, also was raised the comparison of the Coping strategies in terms of age, place of origin, degree of instruction, service area and hospital unit. There was a non-probabilistic sampling of type accidentally, with a referential period from November 1 to December 1, 2017 for the application of the instrument, the sample was made up of 61 participants, all males aged between 18 and 25 years. The Carver stress Coping inventory Brief COPE (Cope-28) was applied. The results describe to the sample, the style most used by the participants is the functional, the most used strategies are: Active Coping, Acceptance, Planning and Positive Reframing; The least used were: Venting, Behavioral Disengagement and Substance Use. Also, significant differences were found for some coping strategies based on age, degree of instruction, place of origin and service area. No significant differences were found depending on the hospital unit.

*Key phrases:* Coping styles and strategies, troop patients, hospital units, Central Military Hospital of Peru.

# Índice

<b>Portada</b>	<b>i</b>
<b>Pensamientos</b>	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>iv</b>
<b>Resumen</b>	<b>v</b>
<b>Abstract</b>	<b>vi</b>
<b>Índice</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de Tablas</b>	<b>ix</b>
<b>Introducción</b>	<b>x</b>
Capítulo I:El problema	12
1.1. Planteamiento y Formulación	12
1.2. Hipótesis	14
1.3. Objetivos	14
1.4. Justificación e importancia	15
Capitulo II: Marco Teórico	17
2.1. Antecedentes de la Investigación	17
2.2. Bases Teóricas	23
2.2.1. El Estrés	23
2.2.2. Perspectivas teóricas acerca del estrés	25
2.2.2.1. Perspectivas basadas en la respuesta	26
2.2.2.2. Perspectivas basadas en el estímulo	27
2.2.2.3. Perspectiva basada en la interacción	28
2.2.3. Fuentes generadoras de estrés	30
2.2.4. Respuestas asociadas al estrés	30
2.2.5. Afrontamiento	33

2.2.5.1. Tipos de afrontamiento	34
2.2.5.2. Modalidades de afrontamiento	35
2.2.5.3. Afrontamiento al estrés: La propuesta de Carver	38
Capitulo III: Método	41
3.1. Tipo y diseño de investigación	41
3.2. Participantes	42
3.2.1. Población y Muestra	42
3.2.2. Variables	43
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
3.4. Procedimiento	46
Capitulo IV: Resultados	47
Capítulo V: Discusión	57
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias	67
Anexos	72



## Lista de Tablas

Número		Pag.
1	Caracterización de la población según variables sociodemográficas	42
2	Confiabilidad por consistencia interna mediante valores Alfa de Crombach y Correlaciones ítem – test para el COPE – 28.	47
3	Correlaciones entre las escalas del COPE-28	49
4	Medias, desviación estándar y porcentajes para los estilos de Afrontamiento	49
5	Prueba normalidad de Kolmogorov – Smirnov para cada estrategia de Afrontamiento.	51
6	Comparación de las estrategias de afrontamiento según lugar de procedencia.	52
7	Comparación de las estrategias de afrontamiento según la edad	53
8	Comparación de las estrategias de afrontamiento según zona de servicio.	54
9	Comparación de las estrategias de afrontamiento según unidad de hospitalización.	55
10	Comparación de las estrategias de afrontamiento según grado de instrucción.	56

## Introducción

En este trabajo me ocupo de estudiar el afrontamiento al estrés en una población militar joven de un hospital de Lima. El autor del instrumento a utilizar (Brief COPE) recomienda utilizarlo para estudios relacionados a la salud y/o bajo situaciones estresantes. Así, este test se ha usado para muestras de estudiantes, pacientes con tuberculosos, pacientes oncológicos, etc. Sin embargo, en este estudio se utilizará para muestra de jóvenes que atraviesan estancia hospitalaria, algunos de ellos con lesiones físicas sometidos a cirugía.

El afrontamiento al estrés es una variable de la cual se inició su estudio en el siglo pasado, proveniente del estudio sobre el estrés, y del cual existen diferentes modelos que defienden cada estructura teórica, las cuales no nos ocupa por ahora ya que no realizaremos un análisis crítico ni epistemológico, defendiendo alguna postura. Para este estudio seguiremos una línea proveniente del modelo cognitivo – conductual y se utilizara la Propuesta de Carver, proveniente de la Teoría de Lazarus y Folkman y del modelo de Autorregulación que fue robusteciendo el autor durante su praxis, proponiendo así la medición del afrontamiento al estrés a través de un instrumento (COPE), para este estudio en fu forma breve Brief COPE.

El capítulo I se destinó al planteamiento y formulación del problema, se consideró la necesidad de investigar esta variable indicado por otros autores, su pertinencia para investigar en estas poblaciones y tras las experiencias clínicas obtenidas durante el trabajo con esta población. En el capítulo II se realiza una revisión teórica de los antecedentes de investigación a nivel nacional e internacional, así como de los modelos teóricos sobre la variable estudiada, los tipos de afrontamiento al estrés y la medición de la variable, considerando la importancia de usar la propuesta de Carver del año 1997. El capítulo III está destinado a aspectos metodológicos, como el tipo y diseño de la investigación, el muestreo y características de los participantes, la variable de estudio y las de control; también la revisión y ficha técnica del instrumento de evaluación, además, el procedimiento para la realización de este estudio. En el capítulo IV se muestra los resultados obtenidos (características sociodemográficas, estilo de afrontamiento predominante, estrategias más usadas según variables de control) y finalmente en el Capítulo V se analizan y discuten los resultados obtenidos, considerando otros estudios

que se han ocupado de esta variable, así como comentarios con respecto a la experiencia clínica obtenida, destacando la relevancia por las variables relacionadas a la salud.

Este trabajo también responde a la necesidad de contribuir a una psicología de carácter científica, no solo objetiva sino también humana, dentro de la atención hospitalaria que reciben muchos pacientes en el HMC. Asimismo, sirve como propuesta de una línea de investigación consecuente con los avances de la ciencia, así como con las necesidades emergentes época tras época. Donde todos los profesionales que aportamos a la salud y bienestar de las personas, nos acerquemos día a día una mejor profesionalización de la psicología, a robustecer la investigación en nuestro medio y a lidiar con los demás, con la amabilidad, empatía y respeto que nos merecemos los unos a los otros. Bajo este contexto, es importante seguir desarrollando investigaciones en la población estudiada y otras similares.

## **Capítulo I**

### **Problema**

#### **1.1. Planteamiento y Formulación**

El estrés como fenómeno cotidiano es algo necesario dentro de nuestro proceso de adaptación al medio y sus demandas diarias, en su concepción de eutres forma parte de nuestros recursos adaptativos, sin embargo como distrés, puede afectar nuestro funcionamiento en cuanto a la salud física, al autovalimiento, limitación de habilidades para la solución de problemas y hasta manifestaciones clínicas, como melancolía, tendencia al a ansiedad y problemas de adaptación a los entornos, esto último afectando significativamente nuestro y bienestar mental y calidad de vida.

En diferentes entornos donde las personas afrontan dificultades como : la vida personal, la familia, el entorno laboral, la escuela, los contextos sociales y culturales, se exponen a diferentes fuentes de estrés y cabe resaltar que la forma de hacer frente a estas demandas, se ven influenciadas muchas veces por factores de personalidad, autoestima, salud general, capacidad de resiliencia, habilidades sociales, etc; afectando así su adecuada adaptación a los sucesos de la vida diaria, se podría considerar datos proporcionados por muchos autores, sin embargo para este capítulo es importante hacer referencia al trabajo hecho por Herrera e Ishikawa en el año 2003, quienes se plantearon por objetivo determinar los factores psicosociales que influían en los pacientes que sufren de trastornos de adaptación internados en la unidad de salud mental del hospital Militar central del Perú. Este fue un estudio de tipo descriptivo, se realizaron revisiones de historias de pacientes con trastornos de adaptación pertenecientes a la tropa a fin de obtener los datos requeridos. Como resultados se encontró que, de los 232 casos de T. de Adaptación encontrados, el 67% eran personal de tropa que pertenecía al servicio militar voluntario y el 33% al servicio militar obligatorio; en su mayoría, los de servicio militar voluntario provenían de lima y los del servicio militar obligatorio de provincias. Asimismo, la incidencia de mayores trastornos de adaptación se presentaba en los jóvenes de entre 17 y 19 años. Estos datos nos señalan la existencia de una mayoría del personal militar joven hospitalizados en

el HMC, que probablemente llegan a desbordarse en su salud bio-psico-social a causa de estresores que no pueden controlar, anticipar y/o afrontar de forma adaptativa.

La población en estudio, personal joven que se encuentran brindando servicio militar voluntario y el personal militar reenganchado (continúan brindando servicio al ejército posterior a los dos años), muchas veces, según refieren, se enrolan en el ejército u otras fuerzas armadas debido a muchos factores, uno de ellos es la elección propia y como parte de su plan de vida, sin embargo, existen otro grupo que ingresa al servicio militar debido al presión externa, búsqueda de apoyo, ocupación del tiempo, etc.

Cabe mencionar que durante este periodo muchos de ellos terminan siendo atendidos en diferentes unidades de hospitalización del HMC como: traumatología, medicina interna, salud mental, etc. Esto ya que, en su formación, se exponen a un entrenamiento riguroso, que conlleva exigencia física y mental, para lo cual también es necesario contar con los recursos cognitivos, físicos y de personalidad más pertinentes para esta labor, sin embargo, muchas veces los recursos personales son limitados. Por tanto, es así, que muchas veces el personal de tropa no solo hace frente a la hospitalización, sino también a su percepción sobre su salud, su futuro en la vida militar, estar lejos de la familia, la atención brindada por el personal, etc.

A modo de observaciones generales y como parte de mi experiencia clínica en la labor desempeñada en el Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber” (HMC), he podido ser partícipe de circunstancias a las que se exponen estos pacientes, a situaciones desbordantes, impredecibles y descontrolables, que estimulan respuestas de ansiedad, depresión, etc. Que, además, podrían afectar su salud y deteriorarla. Por ello es importante conocer a la fecha, cuales los estilos de afrontamiento más usuales en esta población, a través de un instrumento utilizado en estudios en nuestro país, esta vez en su forma breve. Para así, establecer si el personal de tropa hospitalizado en el HMC utiliza en su mayoría, aquellas funcionales o bien disfuncionales, además, conocer cuales estrategias son las más y menos usadas.

Finalmente, debido a estos argumentos planteo la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés en el

personal militar de tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”?

## **1.2. Hipótesis**

### Hipótesis General

Por las características del tipo y diseño de investigación, no es necesario la formulación de una hipótesis general.

### Hipótesis Específicas

Ho: No existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento al estrés en función del lugar de procedencia, zona de servicio, edad, grado de instrucción y unidad hospitalaria, en el personal militar de Tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”.

Hi: Existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento al estrés en función del lugar de procedencia, zona de servicio, edad, grado de instrucción y unidad hospitalaria, en el personal militar de Tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”.

## **1.3. Objetivos**

### Objetivo General

- Determinar los estilos de afrontamiento al estrés en el personal militar de tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”.

### Objetivos Específicos

- Estimar la validez y confiabilidad del cuestionario Brief COPE (COPE-28) para la muestra estudiada.

- Identificar las estrategias del afrontamiento al estrés en el personal militar de tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”.
- Comparar las estrategias de afrontamiento al estrés en función del grado de instrucción, lugar de procedencia, zona de servicio, edad y unidad hospitalaria en el personal militar de tropa hospitalizado en diferentes unidades del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber”.

#### **1.4. Justificación e importancia**

Se hace imprescindible el desarrollo de este estudio ante los diversos focos de estrés de los pacientes hospitalizados, observados y detectados a diario en la estancia hospitalaria del HMC. En las diferentes unidades del hospital existen consultorios de psicología, donde los pacientes acuden y un tema central en las consultas, es el estrés y su afrontamiento. Por ello y al no haber estudios similares en una institución de salud castrense como es el HMC, es conveniente su realización a fin de conocer los estilos de afrontamiento al estrés, asimismo nos permitirá identificar y describir las características del afrontamiento en función de variables sociodemográficas.

Este estudio también tiene relevancia social y utilidad práctica, ya que, al investigar sobre este fenómeno o variable propuesta, se podrá conocer cómo afrontan las personas tales situaciones estresantes y así poder desarrollar orientaciones y recomendaciones desde el punto de vista de la psicología clínica y de la salud. Estas orientaciones se verían reflejadas a nivel preventivo, promocional y terapéutico, ya que se propondrían programas y talleres enfocados a temas como: causas del estrés, como identificar reacciones de estrés, como manejar situaciones estresantes, técnicas de relajación, la influencia del estrés en el estado de salud, habilidades sociales para la solución de problemas, etc.

Por ello no solo se verían beneficiados los pacientes y el investigador, sino también la institución quien brindara los permisos y sus instalaciones para el desarrollo del estudio, ya que dentro del marco del proceso para el cumplimiento con la “ Norma técnica de

salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del 2007”, cobra gran relevancia. Ya que, a partir de este estudio se podrá generar una línea de investigación, con la cual se podrán continuar investigando y/o discutir con estudios posteriores.

Es importante también señalar el aporte teórico y metodológico, ya que se podrán obtener datos que aporten a teorías ya desarrolladas en este campo de estudio y/o a generar nuevos modelos. Asimismo, servirá para dotar a la institución en mención de un instrumento confiable para su uso en la muestra estudiada, a nivel clínico, evaluativo, de intervención y/o de investigación.



## **Capítulo II**

### **Marco Teórico**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

Un estudio fue realizado por Chau, Morales y Wetzell (2002) quienes se plantearon hallar las asociaciones entre los estilos de afrontamiento y el estado de salud. Los participantes fueron un grupo de 28 pacientes oncológicos, de ambos sexos y hospitalizados en la unidad de Oncología del Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo – correlacional, Los instrumentos para medir las variables fueron: Test de estimación de Afrontamiento COPE – Disposicional y el índice de fijación conductual de Karnotsky. Los resultados indicaron que a mayor empleo de los estilos: supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, apoyo social instrumental, enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual era menor el estatus de salud. Por su parte, el afrontamiento activo, presento una correlación negativa con respecto al estatus performance como medida de la salud.

Lévano (2003) realizo un estudio con la finalidad de identificar la relación entre el patrón de conducta tipo A y tipo B con los estilos y las estrategias de afrontamiento al estrés. Utilizaron un diseño descriptivo – comparativo – correlacional, además, un muestreo de tipo no probabilístico; quedando conformada una muestra de 164 militares que laboran en la base de “Las Palmas” de la Fuerza Aérea del Perú, de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 30 y 60 años, oficiales y subalternos, y con diferente estado civil. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron: Cuestionario de conducta Tipo A – Tipo B de Eysenck y Fulker y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver. Como resultados principales obtuvo que los estilos de Afrontamiento al Estrés y el patrón conductual no estuvieran asociados, es decir eran variables independientes. El patrón de conducta Tipo A no está relacionado a las estrategias de afrontamiento al estrés. El patrón de conducta Tipo B se relaciona con las estrategias de Búsqueda de Apoyo Social por razones instrumentales y búsqueda de apoyo social por razones emocionales, sin embargo, estas últimas no resultaron ser significativas.

Sánchez (2010) investigaron sobre “ambiente familiar y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos internos en el Hospital Nacional Luis N. Saenz, con el objetivo de correlacionar el ambiente familiar con los estilos de afrontamiento al estrés. La muestra estuvo conformada 60 pacientes internados en el hospital Luis N. Saenz, cuyas edades fluctuaron entre los 35 y 65 años. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Ambiente Familiar de R. Moos y el cuestionario de estilos de afrontamiento al estrés de Carver. Los resultados mostraron que existe correlación entre ambas variables entre cada una de las áreas y estilos. Los estilos de negación y renunciar al afrontamiento conductualmente disminuyen significativamente ante la presencia de un buen ambiente familiar. La cooperación familiar, el conflicto familiar y la organización-orden en el ambiente familiar del paciente oncológico permiten que pueda afrontar la enfermedad mediante el uso de los diferentes estilos de afrontamiento sobre todo el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social. La expresión de ideas y sentimientos correlaciona con todos los estilos de afrontamiento excepto con reinterpretación positiva, intereses culturales e intelectuales con todos los estilos de afrontamiento excepto con Reinterpretación Positiva. Disciplina – Orden correlaciona con todos los estilos excepto Planificación y Supresión de Actividades Competentes.

Blua (2010) investigo sobre “Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al Estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica de un hospital nacional” con el objetivo de evaluar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés. La población estuvo conformada por 150 pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del hospital Luis N. Saenz – PNP. El método de muestreo fue de tipo sujeto y no probabilístico, la muestra quedo conformada por 130 pacientes, cuyas edades fluctuaron entre 25 y 75 años, todos del sexo masculino. Se procedió a dividirlos en dos grupos, 61 sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria y 69 sometidos a hemodiálisis. La naturaleza del estudio fue correlacional – comparativo, el tipo de diseño fue transversal, para la recolección de datos se utilizó los cuestionarios Faces III de Funcionamiento Familiar y el cuestionario de afrontamiento al estrés CAEPO. Las variables fueron tratadas como categoriales utilizándose estadísticos no paramétricos. Los resultados indicaron una asociación estadísticamente débil entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés, y también una asociación estadísticamente

significativa entre el tipo de familia según su grado de adaptabilidad – tipo de familia flexible – y el afrontamiento, mayoritariamente positivo en el grupo de pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Villanueva (2010) estudiaron la “calidad de vida y estilos de afrontamiento al estrés en universitarios de la ciudad de Lima”. Se relaciono principalmente los dominios de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en universitarios de una universidad estatal de la ciudad de Lima. El diseño empleado fue no experimental de naturaleza correlacional, de tipo transversal con un solo grupo muestral. La muestra estuvo constituida por 162 alumnos del primer año de la carrera de psicología. Los instrumentos de medición fueron la escala de calidad de vida de Olson y Barnes y el cuestionario de estilos de afrontamiento de Carver. Los resultados indicaron que existe una correlación muy alta entre los dominios de hogar y Bienestar Económico y Amigos, vecindario y comunidad con el estilo de afrontamiento al estrés enfocado al problema. Asimismo, hubo una correlación muy alta entre el dominio de la vida Familiar y Familia Extensa y Estilos de afrontamiento al estrés enfocado a la emoción. Tanto los varones como las mujeres presentaron una calidad de vida con tendencia baja en los dominios de hogar y bienestar económico y en los de medios de comunicación. Los varones consideran tener un nivel de calidad de vida de tendencia baja en el dominio de religión, mientras que las mujeres presentaron una buena tendencia frente a este dominio. Los varones perciben tener un nivel de calidad de vida óptimo en el dominio de Salud, mientras que las mujeres lo perciben con un nivel de tendencia baja. Los varones utilizaron en un nivel alto el estilo de afrontamiento enfocado en el problema, mientras que las mujeres optaron por el estilo enfocado a la emoción alcanzando un nivel alto. Se concluyo en estudio señalando que existen relación entre los dominios de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento, también que, lo varones estudiantes de la universidad estatal de Lima presentan un bajo nivel en el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción y en el estilo adicional.

Rojas y Ramos (2013) estudiaron en Chile sobre “la salud, el optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes”. El objetivo de la investigación fue identificar la relación entre salud, optimismo disposicional y estilos de afrontamiento en trabajadores, profesionales

y no profesionales dedicadas a la atención de personas identificadas como socialmente vulnerables en la ciudad de Talca, Chile. Se evaluaron a 119 trabajadores de diversas instituciones dedicadas a la atención de personas vulnerables socialmente, con los siguientes instrumentos: el General Health Questionnaire (GHQ-28), el Life Orientation Test-Revised (LOT-R), y la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (COPE). Los resultados indicaron que un 18% de la muestra presenta una alteración en su funcionamiento emocional normal, siendo la mayoría trabajadoras no profesionales. No se encontró relación entre estado de salud reportada y optimismo disposicional; sin embargo, sí se observaron correlaciones entre estas variables y algunos estilos de afrontamiento. En el caso de la sintomatología de salud reportada, se observaron correlaciones negativas con algunos estilos que conforman el afrontamiento centrado en el problema, y correlaciones positivas con algunos estilos que conforman el afrontamiento de evitación. Por su parte, el optimismo disposicional presentó una correlación positiva con algunos estilos del factor de afrontamiento centrado en el problema, y una correlación negativa con la desconexión conductual. Estos resultados mostraron que existen estilos favorecedores de la salud, como la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, que podrían ser considerados en planes de intervención de salud y autocuidado para los trabajadores. Los autores concluyen con que, es necesario seguir profundizando la investigación en este contexto, incluyendo elementos organizacionales con el fin de comprender mejor las diferencias entre los trabajadores profesionales y no profesionales.

Becerra y Otero (2013) desarrollaron un trabajo con la finalidad de conocer la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento, y el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama, con un tiempo de diagnóstico no menor a seis meses, en estado clínico del I al III, que se atienden a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima. Se utilizó un diseño descriptivo – correlacional. La muestra quedó constituida por 46 mujeres que participaron de forma voluntaria. Se utilizó el inventario de estimación de Afrontamiento COPE de Carver et al de 1989 y la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff de 1989. Los resultados de mayor relevancia evidencian relaciones significativas e inversas entre el bienestar psicológico global y el estilo evitativo. Así como en la estrategia liberación de emociones y tres dimensiones del bienestar psicológico (autonomía, dominio del entorno y auto aceptación). Los puntajes

globales del afrontamiento al estrés y el bienestar psicológico guardan una relación significativa.

Gastelumendi y Ore (2013) realizaron una investigación denominada “Personalidad y afrontamiento en voluntarios peruanos de lucha contra la pobreza”. Fue un estudio que tenía por objetivo explorar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento, y los estilos de personalidad en un grupo de 41 voluntarios de una institución de lucha contra la pobreza en la ciudad de Lima. Se utilizó las escalas COPE y MIPS adaptadas al medio. Los hallazgos revelaron que los voluntarios utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas. Los estilos de personalidad que caracterizaron a la muestra permitieron determinar un perfil de personalidad del grupo. De acuerdo con la teoría revisada ambas variables psicológicas resultaron estar asociadas en este grupo de estudio, revelando cuatro tendencias particulares en los voluntarios: deseo por el contacto con los demás, disposición a buscar el lado positivo de las situaciones, interés por asumir retos, y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Sousa (2014) en su estudio de tipo no experimental, fundamentalmente, se propuso encontrar los prototipos de personalidad, establecer las estrategias de afrontamiento, adaptativas / disfuncionales y su relación con otras variables como autoeficacia y cansancio emocional. Participaron 575 estudiantes de la universidad de León (España) de todas las facultades y de diferentes cursos. Los instrumentos utilizados en la recolección de datos fueron: Cuestionario de estrés Percibido, escala de cansancio emocional, cuestionario de Afrontamiento al estrés en su versión abreviada (Brief COPE), El inventario de cinco factores abreviado (NEO – FFI), la escala de expectativa de Autoeficacia y el cuestionario de salud general (GHQ – 28). Los resultados señalan que la dimensión neuroticismo del NEO – FFI se correlaciona negativamente con las estrategias de afrontamiento adaptativas del factor racional y positivamente con las cuatro estrategias disfuncionales del factor evitación. Los puntajes de Distres del GHQ - 28 correlacionan positivamente con todas las estrategias de afrontamiento disfuncionales. Asimismo, son las mujeres las que superan a los varones en su preferencia por las estrategias del factor emocional.

Belito, Fernández, Sánchez y Farro (2014) realizaron un estudio no experimental, transversal y de diseño descriptivo el cual tuvo por finalidad identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con tuberculosis que se atienden en el centro de salud “Santa Rosa” de San Juan de Lurigancho. Para medir esta variable se utilizó la escala de afrontamiento al estrés COPE en su forma abreviada (Brief COPE; Carver, 1997), realizando un estudio piloto a fin de validar los ítems a través del método de Criterio de Jueces. Como principales resultados se obtuvo que el 86.6% de esta población utiliza el estilo de afrontamiento activo, el 73.3% de la población siempre utiliza el estilo de la aceptación y el 53.3% utiliza la distracción como modo de afrontamiento. Así, de la dimensión “Estrategias centradas en el problema”, se obtienen porcentajes considerables para las estrategias de afrontamiento activo y de planificación.

Rosales y Fuenmayor (2014) investigaron acerca del afrontamiento al estrés en adolescentes con cáncer. Su objetivo fundamental fue describir los estilos de afrontamiento en adolescentes con cáncer. El tipo de estudio fue no experimental con un diseño de tipo descriptivo. Se utilizó un diseño no probabilístico para la selección de la muestra, resultando en 52 adolescentes con cáncer que se atienden en dos hospitales de la ciudad de Maracaibo (Venezuela). El instrumento seleccionado para este estudio fue el cuestionario Brief COPE diseñado por Carver en el año 1997. Los resultados determinaron que los adolescentes con cáncer utilizan comúnmente el estilo de afrontamiento orientado hacia el problema, así como las dimensiones autodistracción y afrontamiento activo.

Mercado (2014) desarrollo un trabajo con la finalidad de encontrar la relación entre las razones para vivir y el afrontamiento al estrés en mujeres privadas de su libertad. Fue de naturaleza no experimental. La muestra estuvo conformada por 45 mujeres entre 18 y 30 años de edad, actualmente privadas de su libertad en un establecimiento penitenciario de Lima Metropolitana. Para la evaluación, se utilizó en inventario de razones para vivir (RFL-YA) y el COPE-28 para medir el afrontamiento. Los resultados evidenciaron correlaciones positivas y significativas entre tres dimensiones de las razones para vivir (Relaciones Familiares, Expectativas a futuro y Autoevaluación positiva) con la escala Afrontamiento activo. Asimismo, el estilo de afrontamiento más usado es el afrontamiento activo (57%) en comparación con el afrontamiento pasivo (43%). Se concluye que a pesar de que el grupo está expuesto a

situaciones negativas en su vida, se comporta de forma similar a otras poblaciones, se orientan hacia un afrontamiento más activo.

Vílchez y Vílchez (2015) Realizaron un estudio que se propuso determinar las estrategias de afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un hospital de Ferreñafe. La población la conformo 80 mujeres entre los 18 y 50 años de edad. El instrumento utilizado para este estudio fue el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE de Carver. Se obtuvo que las estrategias más usadas son: Religión (93.8%), Reinterpretación positiva (88.8%) y Apoyo emocional (68.8%), las menos usadas: uso de sustancias (2.5%) y humor (5%) y desconexión conductual (11.3). las participantes entre los 18 y 20 años se apoyan en la religión (96.3%). Considerando el grado de instrucción, los grupos resultan homogéneos, usan en mayor medida el apoyo en la religión y la reinterpretación positiva. Las estrategias menos usadas para los participantes de nivel secundario fueron humor (3.8%) y uso de sustancias (3.8%), los de estudios superiores la negación (11.1%).

Ñahuinlla (2017) desarrollo una investigación con la finalidad de identificar los estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de una institución educativa de Lima Metropolitana. Fue un trabajo no experimental donde se utilizó un diseño descriptivo – comparativo. La muestra quedo conformada por 300 estudiantes del 4to y 5to de secundaria de una institución educativa del distrito de San Juan de Lurigancho, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. El instrumento utilizado fue el cuestionario de modos de Afrontamiento al Estrés de Carver y los resultados evidenciaron lo siguiente: los promedios de los estudiantes de 5to año son mayores en comparación con los estudiantes de 4to año, en los modos de afrontamiento orientados hacia el problema y la emoción. En cuanto a los estilos de afrontamiento evitativos, son los de cuarto año los que obtuvieron menores promedios.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. El Estrés**

El termino estrés tiene una historia, su origen proviene de la física, en tal disciplina utilizaban el término “Strain” haciendo referencia a un objeto que era

deformado por fuerzas ambientales; es así, que la ingeniería lo utilizaba para definir así a las fuerzas que ponen tensión a una estructura. Luego otras disciplinas como la Biología y Medicina se interesaron por el estudio de este fenómeno, es pues en el año 1936 que Hans Selye se refirió a estrés como un fenómeno no específico, proveniente de eventos nocivos y con resultados perjudiciales para el organismo que podrían conducir a la enfermedad (Galán y Camacho, 2012), Así, este organismo, era un sistema dinámico que buscaba mantener su equilibrio en su estado interno, pero que constantemente está amenazado por estresores. Uno de los influyentes en la teoría de Selye fue W. Cannon, este usaba el término “estrés” para referirse a las reacciones de lucha – huida, como respuestas automáticas del organismo frente a factores amenazantes externos o internos (p.e. pérdida de sangre, excitación, etc).

Mas adelante, no todos los investigadores estuvieron de acuerdo en lo propuesto por Selye respecto a lo inespecífico del estresor, considerando que el investiga este fenómeno en cuanto a estímulos físicos como el calor, frio, dolor, etc; sin embargo, otro grupo de investigadores consideraron como fuentes potenciales de estrés a circunstancias psicológicas y subjetivas de la vida diaria, así la percepción e interpretación de los acontecimientos como modulador del estrés cobro gran importancia. John Mason, las respuestas al estrés se pueden interpretar en base a respuestas provocadas por el factor psicológico que acompaña a los agentes amenazantes de la homeostasis del sujeto (Sandín, 1995; Galán y Camacho, 2012).

Todo lo referente al estrés y sus manifestaciones sobre el cuerpo y la salud bajo determinantes psicológicos influyentes fue el gran interés de estudio de John Mason, para él, toda situación conductual novedosa e impredecible, en la que el sujeto pueda anticipar consecuencias negativas o en las que no pueda tener el control sobre la situación, contribuía a concebir un evento como estresante (Mason, 1968, citado por Galán y Camacho, 2012). Empezaba entonces a cobrar gran importancia los factores psicológicos en contraste con los físicos en el estudio sobre el estrés (Sandín, 1995).



Es de gran importancia tomar lo referido por (Lazarus y Folkman, 1986) respecto a la variable estrés, mencionan que esta es una interacción particular entre el propio sujeto y el entorno, evaluado por el sujeto como algo amenazante, desbordante de los recursos y que pone en peligro su bienestar.

También se entiende al estrés como, un proceso complejo, dinámico e interactivo, donde los elementos principales son, los sucesos estresores (condiciones ambientales, sucesos reales o imaginados), la valoración cognitiva, la respuesta de estrés (mecanismo fisiológico mediador) y las consecuencias del comportamiento según lo referido por Hombrados (citado por Villanueva, 2010).

Asimismo, (Delgado & Palomino, 1999, Moscoso; citados por Sánchez, 2010) entienden que el estrés es una respuesta psicofísica que prepara al organismo a emitir respuestas positivas (eutres) y negativas (distres) frente a una estimulación (interna o externa), en donde interviene una variable mediacional cognitiva del estresor (appraisal) y un tipo característico de afrontamiento de cada individuo (coping). Además, Sandin en 1995, menciona que el “estrés es un fenómeno complejo, que implica al menos a estímulos y respuestas, y a procesos psicológicos diversos que median entre ambos” (Sandin, 1995, pg. 05). Además, que podría conllevar un estado producido por una serie de demandas inusuales o excesivas que amenazan el bienestar o integridad de una persona (Casaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003).

### **2.2.2. Perspectivas teóricas acerca del estrés**

En cuanto a las perspectivas teóricas se pretende organizar la teoría partiendo desde las orientaciones dadas por los modelos biológicos, tomando en cuenta el aporte de Selye y su entendimiento del estrés en función de respuestas orgánicas. Seguidamente, se repasarán las orientaciones basadas en el estímulo, las cuales se circunscriben en los eventos o situaciones generadoras de estrés. Una tercera orientación emerge dando relevancia a las interacciones entre los estímulos y las respuestas, donde los factores psicológicos son determinantes.

### 2.2.2.1. Perspectivas basadas en la respuesta

Selye es el principal representante de este enfoque, según este autor el estrés es una respuesta inespecífica del organismo al enfrentar demandas sobre si, además de ser un estado o síndrome que se configura ante cambios inespecíficos originados en un sistema biológico, con características definidas, pero sin una causa particular (Sandín, 1995); considera también que un estresor o agente nocivo es todo aquel que desencadena estrés y que representa una amenaza contra el equilibrio orgánico.

Como refiere Selye, el estrés no es algo que deba ser evitado ya que puede asociarse a estímulos agradables o desagradables, por ello es necesario; sin embargo, cuando una persona se sobreesfuerza (físicamente) para reponerse a una carga excesiva de estrés, se afirma que este sufre de estrés (Selye, 1974; Sandín, 1989; citados por Sandín, 1995). Por su parte, el estresor funcionaria como el estímulo demandante, el cual no solamente puede ser de tipo físico, sino también psicológico, cognitivo o emocional (ejemplo, ira, miedo, pensamientos, etc).

Selye organizo su teoría considerando que la respuesta de estrés está formada por un mecanismo tripartito, al cual denomino Síndrome General de Adaptación (SGA). Este síndrome al ser persistente en el tiempo se convertía en un síndrome estereotipado que poseía características como: Hiperplasia suprarrenal, atrofia en el timo y ganglios linfáticos, signos ulceras en el estómago y otros cambios orgánicos; cómo podemos entender Selye, en sus resultados resaltaba la importancia de los mecanismos hormonales corticales. El SGA, es un proceso que se desarrolla en tres fases (Sandín, 1995):

- **Reacción de Alarma:** Se da cuando el organismo de un momento a otro hace frente a diversos estímulos a los cuales no ha estado habituado. Es una respuesta inicial como fuerza defensiva del organismo, la cual consta de dos fases: choque (es inmediata al agente nocivo, e implica: síntomas de taquicardia, bajo tono muscular, baja de temperatura y de la presión) y contrachoque (es una respuesta de defensa contra la fase

anterior, e implica: agrandamiento de la corteza suprarrenal, respuestas de hiperactividad, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc).

- **Etapa de Resistencia:** sigue a la fase anterior, aquí el organismo se adapta al estresor, mejora y los síntomas desaparecen. Claro está mencionar, que mientras el organismo más se enfoca en adaptarse a un estresor particular y por ende ser más resistente, su resistencia para otros estímulos disminuye. Las manifestaciones fisiológicas en esta etapa son antagonistas a la primera, evidenciándose signos de anabolismo.
- **Etapa de Agotamiento:** Emerge cuando el estresor es severo y prolongado, perdiéndose la adaptación adquirida en la fase anterior. Generalmente reaparecen síntomas de la reacción de alarma, las que siendo perjudicial para el organismo pueden generar hasta la muerte.

#### **2.2.2.2. Perspectivas basadas en el estímulo**

En estas orientaciones se entiende que el estrés se encuentra fuera del sujeto, en los estímulos del ambiente (Sandín, 1995; Ocampo, 2011; Lévano, 2003) y estos pueden perjudicar el funcionamiento del organismo. Así, el estrés dejaría de ser una variable dependiente (como en la perspectiva anterior) para pasar a configurarse como una variable independiente.

Se fundamentan en la ley de elasticidad de Hooke, quien menciona que el estrés (demanda) que se ejerce sobre un metal, puede llegar a deformarlo (strain), cuando sobrepasa los límites de su elasticidad (Sandin, 1995), además, generaría en él, daños permanentes. Por ello, en comparación con los sistemas físicos, un evento u acontecimiento (estresor) que se genera en el ambiente donde el sujeto de desenvuelve puede afectarlo cuando sobrepasa los límites de su tolerancia al estrés, así el sujeto puede evidenciar alteraciones fisiológicas y/o psicológicas (cuando el estrés resulta ser crónico).

Llamado también teoría de la especificidad estimular (Arévalo, 2007, citado por Ortiz, 2015) por considerar al propio estímulo como generador de estrés en sí mismo, es una teoría que ha tenido gran influencia en el campo de la psicopatología y que por las investigaciones iniciadas por Holmes y su equipo, puede encuadrarse como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Sandín, 1995; Levano, 2003, Ortiz, 2015). Cabe mencionar, que se han encontrado variables situacionales generadoras de estrés en la investigación (Cox, 1978, citado por Sandín, 1995) las cuales se han agrupado de la siguiente manera: procesar la información velozmente, estímulos ambientales dañinos, percepción de amenaza, función fisiológica alterada (por enfermedades, sueño, uso de drogas, etc), aislamiento y confinamiento, bloquear, obstaculizar, presión grupal y frustración.

### **2.2.2.3. Perspectiva basada en la interacción**

Llamadas también teorías transaccionales (Sandín, 1995), enfatizan la interrelación entre los estímulos (estresores o estresantes) y las respuestas de estrés, mediados por los factores psicológicos (de tipo cognitivo); aquí el estrés ocurre debido a las relaciones particulares entre los individuos y el ambiente (Sandín, 1995; Ocampo, 2011; Ortiz, 2015). Su principal representante es Richard Lazarus, sin dejar de mencionar los trabajos hechos junto a Folkman y Delongis, donde la evaluación cognitiva, la persona como agente activo dentro de este proceso, el afrontamiento y las respuestas (psicológicas y/o somáticas) en función de magnitudes (frecuencia, duración e intensidad) han sido pieza clave para los estudios y la comprensión del estrés como fenómeno de interacción.

En esta perspectiva, el estrés es un bagaje de relaciones establecidas entre la persona y la situación, además, cuando esta última excede sus límites de tolerancia y va más allá de sus recursos, puede tornarse perjudicial poniendo el peligro su bienestar personal (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1995). La mirada de Lazarus desde una perspectiva interaccional o como más adelante sugirió “aproximación mediacional cognitiva”, está enfocada en el concepto cognitivo de evaluación. La evaluación vendría a ser el mediador cognitivo entre las reacciones de estrés (estímulos relevantes y

respuestas personales) y resultaría ser la valoración contante del significado de lo que nos ocurre en función del bienestar personal (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1995). Cabe mencionar que, en el proceso de evaluación se distinguen tres tipos:

➤ **Evaluación primaria:**

Es un patrón de respuesta inicial donde la persona evalúa la situación en base a cuatro modalidades: a) valoración de la amenaza, que se presenta cuando la persona anticipa un posible peligro, aunque aún no ha ocurrido el daño este parece inminente b) valoración del desafío, que se presenta ante una valoración de amenaza y de ganancia a la vez, implica una situación difícil que el sujeto se siente seguro de superar, al emplear adecuadamente sus recursos para el afrontamiento; c) evaluación de la pérdida, cuando ha habido algún daño psicológico, perjuicio, una enfermedad incapacitante, un deterioro a la autoestima o por haber perdido algún ser querido y d) valoración de beneficio, donde no genera reacciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1995).

➤ **Evaluación secundaria:**

Consiste en determinar las acciones a realizar para enfrentar al estresor en función de la valoración de los propios recursos (percepción de las propias habilidades de afrontamiento) para hacer frente a la situación. Así, la interacción entre valoración primaria y secundaria son determinantes para el grado de estrés, de su intensidad y de la calidad de la respuesta emocional. Los recursos de afrontamiento incluyen los modos de afrontamiento (habilidades de solución de problemas), el apoyo social y los recursos materiales.

➤ **Reevaluación:**

Implica un proceso de Feedback que permite corregir las valoraciones previas. Se evalúa nuevamente una situación que continúa a otra, debido a la nueva información recibida del medio o bien de las propias reacciones de este. Por ejemplo, una situación evaluada como positiva puede modificarse en amenazadora, modificando las respuestas emocionales y evaluaciones.

### **2.2.3. Fuentes generadoras de estrés**

Lazarus y Folkman (1986) mencionan que estas pueden ser: una demanda ambiental, social o interna, o bien hechos positivos o negativos, no obstante, la respuesta al estrés dependerá más que todo de la valoración del estrés. Un evento negativo no siempre ocasionará malestar, el malestar se origina cuando valoramos a las demandas de la situación como excedentes a los propios recursos. Los estresores se presentan con características distinguibles como es el ser intensos, provocar tendencias incompatibles y ser incontrolables (Casaretto et al. 2003).

Desde una perspectiva psicosocial (Sandín, 1995, 2003), estas fuentes lo constituyen agentes externos estresantes. Según autores como Sandín y Chorot, estas demandas psicosociales están diferenciadas a manera de: sucesos vitales o sucesos vitales mayores y estrés diario o sucesos menores. Por su parte Labrador (1996) menciona que, en el ámbito natural, son tres las fuentes generadoras de estrés: los sucesos vitales internos – extraordinarios, los sucesos diarios estresantes de menor intensidad y la situación de tensión crónica mantenida. Por último, desde un enfoque psicológico de salud, se ejemplifican algunas fuentes estresoras como, por ejemplo: la muerte de un ser querido, el divorcio, la pérdida de un empleo, una evaluación, etc, constituyen fuentes de estrés que podrían hacer que las personas sean proclives a enfermar (Galán y Camacho, 2012).

### **2.2.4. Respuestas asociadas al estrés**

Al hacer frente a un estresor y dependiendo de su evaluación y de los recursos con que contemos, el organismo responderá posiblemente en diversas modalidades, las cuales puedan tener características similares o diferentes. Es un sobreesfuerzo que realiza un organismo estresado (Sandín, 1995) sobre su funcionamiento normal.

Sánchez (2010) en cuanto a las respuestas de estrés, resalta las de tipo psicológico, por ello afirma que la respuesta emocional asociada al estrés se manifiesta mayormente en los niveles conductual o motor, fisiológico y cognitivo; y que estos tres

niveles como respuestas pueden aparecer ante diversas situaciones de la vida, por ejemplo: cuando una persona esta tranquilamente dando un paseo y ve en su camino a una serpiente, puede emerger una respuesta de miedo o aversión. Es muy probable que la persona piense “puede ser venenosa” (como una respuesta cognitiva), su corazón entonces se aceleraría a causa del miedo (respuesta fisiológica) y huya del lugar apresuradamente (respuesta motora). El orden e intensidad en que estas respuestas se manifiestan dependen también de otros factores, no obstante, en cualquier caso, siempre ocurren los tres parámetros de respuesta mencionados. DeLongis, Lazarus y Fokman (1988, citado por Sandín, 1995) al hablar de un modelo interactivo, señalan que el estrés, su evaluación (componente cognitivo) y afrontamiento son los que median las diferentes respuestas de estrés y sus magnitudes (frecuencia, intensidad y duración).

Existen diferentes autores que hacen mención a las respuestas de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Labrador y Crespo, 2003; Sandín, 1995; Ocampo, 2011; Solís y Vidal, 2006) y tras un acusado análisis de las teorías, agrupamos a estas reacciones de estrés de la siguiente manera:

#### **a) Reacciones fisiológicas**

Mencionadas inicialmente por Selye y luego por Mason con su noción de totalización neuroendocrina, y tras estudios posteriores, hoy en día se puede afirmar que las respuestas fisiológicas del estrés implican múltiples componentes del organismo (Sandín, 1995). De forma explicativa, se podría mencionar que estas, son respuestas neuroendocrinas y asociadas al sistema nervioso autónomo, por ejemplo: aumento de la presión sanguínea, incremento de la tasa estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, incremento de la respiración, manos y pies fríos, sequedad de boca, etc.

#### **b) Reacciones emocionales**

Son las sensaciones subjetivas del malestar emocional (el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira, etc) (Taylor, 1999, citado por Solís y Vidal, 2006) y que se activan junto a los cambios fisiológicos, cuando el estrés es

experimentado psicológicamente (Sandín, 1995). Por tanto, son las emociones las que acompañan e influyen los procesos de estrés experimentado bajo ciertas circunstancias y situaciones. Ante ello, es importante mencionar, que los problemas de salud mental son generados al exponerse a eventos estresantes, los cuales también pueden exacerbarlos (Cassaretto et al. 2003).

### **c) Reacciones cognitivas**

Según Sandín (1995) usualmente se habla de tres tipos de respuesta: la preocupación, la negación y la pérdida de control; sin embargo, existen otras que resultan desadaptativas y que se observan en facetas cognitivas como, por ejemplo: bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de irrealidad, procesos disociativos de la mente, etc. Además, estas respuestas terminan afectando el rendimiento de la persona y su relación con los demás (Casaretto et al. 2003). Asimismo, en estas reacciones emergen ideas negativas sobre incapacidad para hacer frente a las demandas de la situación, que pueden llevar a distorsiones cognitivas más severas como: despersonalización, abstracción selectiva y sobregeneralización (Ortiz, 2015).

### **d) Reacciones Conductuales**

También llamadas respuestas motoras (Sandín, 1995) por ejemplo: el uso de sustancias psicoactivas (alcohol o drogas) y la conducta agresiva (expresión de la ira). Sin embargo, estas también podrían ser clasificadas como estrategias de afrontamiento. Es importante mencionar que existen estados conductualmente desadaptativos como: la tartamudez, drogadicción, compulsiones, etc, que muchas veces son confundidas con esta categoría de reacciones de estrés. Por su parte Labrador y Crespo (2003) informan sobre el ataque, la huida, la evitación y la pasividad como posibles respuestas motoras de estrés.

Lo revisado hasta este momento acerca del estrés, principalmente como un proceso interactivo, da pie a querer enriquecer la práctica profesional y experiencias clínicas, que ligado a lo particular de este estudio, no dista mucho de los planteamientos teóricos; por ello en este estudio sobre el estrés y su afrontamiento, hablamos de personas que



responden (fisiológica, cognitiva, emotiva y conductualmente) a las demandas o situaciones particulares de su realidad (instrucción rigurosa en la vida militar, la hospitalización, estar alejado de la familia, someterse a cirugías, estados de salud deteriorados, etc) y que de por medio evalúan tal situación (percepción de ganancia, pérdida o de la necesidad de hacer reajustes) y ejecutan su consecuente afrontamiento de forma particular; este último nos ocupara seguidamente.

### **2.2.5. Afrontamiento**

El afrontamiento ha sido un tema de estudio, análisis y crítica desde el siglo pasado, el cual se ha ido consolidando en cuanto a constructo y variable de medición y, por ende, enriquecido a la psicología, cabe mencionar lo dicho por Lazarus y Folkman sobre ello: “como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, pg. 164). Lo plantean en términos de proceso, en base a una relación cambiante entre el individuo y su medio, y que además es dinámica por la forma en que discurre la situación.

Seguidamente se menciona las conceptualizaciones de otros autores, las cuales más que ser contrarias o diferentes a la anterior, complementan y enriquecen a la teoría. Por ello cabe referir a (Sandín, 1995) quien indica que el afrontamiento, implica esfuerzos conductuales y cognitivos con los que el individuo hace frente al estrés, manejando así las demandas internas y externas que le generan estrés y el estado emocional vinculado al mismo. Asimismo, refiere que afrontamiento se relaciona de forma estrecha con la evaluación cognitiva de la situación, las cuales son difíciles de separar.

Comentando sobre el afrontamiento y su implicancia en las emociones, Lazarus (1991, citado por Fernández-Abascal y Jiménez, 2013) menciona que la tendencia a la acción (afrontamiento) incluye acciones como la agresión, evitación, la curiosidad, una determinada postura corporal, todas ellas como una respuesta concreta de afrontamiento.

Además, que todas las emociones incluyen la movilización de acciones para resolver situaciones del entorno que nos son emocionalmente importantes.

Por su parte, Lévano (2003) afirma que el afrontamiento no es un tema que haya sido consensuado por los autores, sin embargo, entiende a este como con un aspecto del proceso de estrés, que se evidencia cuando el sujeto se esfuerza por manejar los estresores, configurándose en respuestas generadas por la situación estresante. Y queriendo aproximar un orden del proceso de estrés, Menaghan (citado por Sánchez, 2010) considera que el proceso de afrontamiento posee tres componentes de orden superior; el primero sería los recursos físicos, personales y sociales que posee el sujeto, los cuales constituyen la línea de suministros de las estrategias; el segundo aspecto sería las estrategias, las cuales son las actuaciones directas para disminuir o eliminar el estrés; por último y como tercer aspecto, los estilos de afrontamiento son las respuestas habituales frente a una crisis.

#### **2.2.5.1. Tipos de afrontamiento**

Lazarus y Folkman lo describen en términos de funciones principales de afrontamiento: una que se ocupa del problema que causa la angustia (afrontamiento orientado al problema) y otra que está dirigida a la regulación emocional (afrontamiento orientado a la emoción) (Lazarus, Folkman, Gruen y DeLongis, 1986; Sandin, 1995).

##### **➤ Afrontamiento orientado al problema**

Tiene como función modificar la relación entre el ambiente y la persona, teniendo que actuar sobre el entorno o sobre sí mismo, se busca manejar o alternar las fuentes de estrés (Sandín, 1995) que son responsables del sentirse amenazado (Ortiz, 2015). Aquí se incluyen el uso de estrategias como: la resolución de problemas, toma de decisiones, búsqueda de información, manejo del propio tiempo, buscar consejos y estructurar un plan (Lazarus y Folkman, 1986), estas estrategias se enfocan en la acción y se utilizan cuando evalúa que puede hacer algo para cambiar la situación.

➤ **Afrontamiento orientado a la emoción**

Tiene como función modificar el trato y la interpretación que se hace de lo que está sucediendo, con la finalidad de regular la respuesta emocional frente al estrés (Sandín, 1995), en otras palabras, está dirigido a disminuir o eliminar las reacciones emocionales debido a que la situación estresante es inmodificable y por ello se busca reducir el malestar emocional (Ocampo, 2011).

Diversos estudios demuestran que las personas utilizan ambas formas ante cualquier suceso estresante y cada uno con varias formas de afrontamiento (Lazarus et al. 1986), las formas de enfrentamiento hacia el problema incluyen esfuerzos directos, interpersonales a fin de alterar la situación y esfuerzos más blandos, racionales y deliberados. En cuanto a las formas de enfrentamiento orientado a la emoción, incluye distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, escape – evitación, la aceptación de responsabilidades y la reevaluación positiva. Sobre ello, cuando se evalúa una situación como controlable, predominan las estrategias de afrontamiento activo, y por otra parte, cuando las situaciones son menos controlables, predominan estrategias alternativas (Lazarus y Folkman, 1986; Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Carver, Scheier y Weintraub, 1989) y esto se dé probablemente a las situaciones disposicionales en la sensación de control.

**2.2.5.2. Modalidades de afrontamiento:**

Es importante organizar la teoría considerando no solo la evolución del constructo a través del tiempo, sino también la orientación y finalidad que se le da a los estudios. Por ello, en los siguientes párrafos comentaremos sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, organizados como modalidades. La literatura refiere que al hablar de afrontamiento como una condición relativamente estable o bien como respuestas situacionales es donde han surgido puntos de vista diferentes (Carver et al, 1989; Levano, 2003; Cassaretto et al., 2003). Por ello se expondrán seguidamente sobre el afrontamiento ligado a variables disposicionales o bien a condiciones situacionales:

### **a) Estilos de Afrontamiento**

Son disposiciones personales para enfrentar diferentes situaciones estresantes (Sandín, 1995) y son los que determinan el uso de ciertas formas de afrontamiento, así como su estabilidad (Cassaretto et al. 2003). Hay quienes opinan que las personas tienden a preferir usar unas estrategias de afrontamiento sobre otras, las cuales se configurarían como estilos, como una forma de afrontamiento disposicional, relativamente fijadas temporal y situacionalmente (Ortiz, 2015).

Existen variables disposicionales que influyen en la respuesta de las personas a las fuentes de estrés (Sandín, 1995), además, se asocian a diferentes trastornos al: influir en la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (p.e. reactividad cardiovascular) y/o indirectos (p.e. modulación del sistema inmune), potenciar la enfermedad asociada a conductas no saludables (pe. Consumo de alcohol excesivo) y aparecer como parte de procesos asociados a la enfermedad (dependencia). Específicamente habría variables que significarían moduladores entre el estrés y la enfermedad, algunas de ellas potencian la salud (optimismo, sentido del humor, motivación de sociabilidad y autoestima) y otras facilitan la enfermedad (reactividad al estrés, conducta tipo A, hostilidad, cinismo, antagonismo, alexitimia, conducta tipo C, estilo represor y motivación de logro).

McCrae y Costa (1986) establecen una relación directa entre tipo de afrontamiento y personalidad, y afirman que el afrontamiento puede ser predecible como rasgo estable del individuo, además, que tales estrategias podrían resistirse al cambio pese a resultar desadaptativas. Por ello, ante la necesidad del uso de alguna estrategia útil para el estresor, lo importante es evaluar todas las reacciones y procesos que pensemos que ayudará a resolver el problema y reducirá el malestar (Costa et al, 1996, citado por Sousa Alves, 2014), entendiendo al estudio sobre el estrés y afrontamiento en términos funcionales.

### **b) Estrategias de Afrontamiento**

Están orientadas a hacer frente a estresores, con un carácter situacional, Son procesos concretos y específicos, usados en cada contexto y que pueden modificarse en

función de la situación desencadenante (Carver et al. 1989; Fernandez-Abascal, 2002, citado por Ortiz, 2015). Asimismo, el afrontamiento es un proceso cambiante donde se combinan estrategias, estas se usan de forma diferente en cuanto nuestra relación con el medio cambia (Lazarus y Folkman, 1986).

Como parte del proceso para el uso de las estrategias, la evaluación de la amenaza está asociada a condiciones particulares del ambiente, evaluadas según sus características psicológicas particulares (Folkman, Lazarus, Gruen y Delongis, 1986). Por su parte el afrontamiento involucra conductas y pensamientos particulares que se usan para hacer frente a demandas particulares del entorno, considerando lo importante de salvaguardar el bienestar.

No obstante, (Carver et al., 1989) mencionan que las personas tienden a adaptar preferiblemente ciertas tácticas de afrontamiento relativamente estables, preferencias que pueden derivar de la personalidad o bien aquellas desarrolladas por otras razones situacionales. Por ello, los rasgos de personalidad y las disposiciones de afrontamiento pueden desempeñar un rol más complementario que competitivo frente a las situaciones de afrontamiento. Estos autores realizaron un estudio con el fin de considerar diferencias individuales, se plantearon relacionar diferentes dimensiones de la personalidad con los estilos de afrontamiento medidos por el Coping Estimation Inventory (COPE) – disposicional. Los resultados confirmaron su hipótesis, encontraron relaciones moderadas pero significativas entre los estilos de afrontamiento y dimensiones de la personalidad.

Así mismo, los autores mencionan que el afrontamiento puede cambiar de un momento a otro, ya que las personas desarrollan formas para lidiar con el estrés y los estilos de afrontamiento pueden influir en las reacciones a nuevas situaciones (Carver & Scheier, 1994, citado por Sánchez, 2010). Por último, en los últimos años se viene estudiando al afrontamiento en términos de estabilidad (disposición) y temporalidad (situación), considerando la influencia del contexto (Cassaretto, 2009, citado por Ortiz, 2015).

### **2.2.5.3. Afrontamiento al estrés: La propuesta de Carver**

Charles Carver, Michael Scheier y Jagdish Weintraub, conceptualizan su propuesta de medida del afrontamiento al estrés bajo dos directrices teóricas, una es el modelo de Lazarus de Estrés y otro es un modelo de autorregulación del comportamiento que los autores vienen utilizando en sus estudios a lo largo del tiempo junto a los resultados de estudios preexistentes en cuenta a la medida del afrontamiento (Carver et al. 1989).

Ellos hicieron una revisión conceptual y también metodológica y estas revisiones han contribuido enormemente para la elaboración del inventario COPE. Este instrumento incluye escalas para medir aspectos de afrontamiento relacionados con las funciones de autorregulación, las cuales son importantes medir. Asimismo, consideran que la adaptación no es fundamentalmente diferente de otra acción motivada, salvo que la adaptación puede reflejar mayor urgencia, por ello la intención del inventario es ver reflejada las funciones de autorregulación estudiadas en una variedad de contextos (Scheier y Carver, 1988, citado por Carver et al. 1989).

Carver señala que las estrategias de afrontamiento son las formas de actuar frente a situaciones de estrés, y que buscan manejar y tolerar ese estrés, para luego retomar el equilibrio y la reducción el malestar (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010). Los autores, para el planteamiento de una medida de afrontamiento, desarrollaron 13 escalas conceptualmente diferenciadas. Algunas escalas estaban teóricamente orientadas a características de funcionabilidad y disfuncionabilidad de las estrategias de afrontamiento. Las demás escalas de incluyen debido a que estudios previos plantean que estas pueden tener un carácter valioso o bien maladaptativo (Carver et al. 1989). Así, plantearon las siguientes escalas en esta primera estructura: Afrontamiento Activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental y desentendimiento conductual. Finalmente, establecieron dimensiones generales de afrontamiento a modo de estilos globales: Estilos de Afrontamiento orientados hacia el problema, Estilos de afrontamiento orientados hacia la emoción y otros estilos de afrontamiento.

Posteriormente, al inventario original (al cual adicione otras escalas y más ítems) y tras varios estudios donde se continuaron estudiando las propiedades psicométricas del COPE, Carver en el año 1997 decide abreviar el inventario general. Así, esta versión omite dos subescalas del COPE original (supresión de actividades distractoras y postergación del afrontamiento) ya que no se confirmó su validez en estudios previos. Otras tres subescalas fueron reenfocadas debido a haber presentado problemas en estudios anteriores y finalmente se adicione la subescala llamada humor, la cual Carver considero que era importante en la medida del afrontamiento al estrés. Escoge dos ítems para cada escala (aquellos con pesos factoriales más altos). Así es como se crea el Brief COPE, el cual Carver lo recomienda usar para variables relacionadas a la salud. Cabe mencionar, que este inventario puede usarse en su forma disposicional, al evaluar lo que la persona usualmente hace frente a una situación de estrés o bien, en su forma situacional, al evaluar las respuestas de afrontamiento frente a una situación estresante específica y con un periodo de tiempo determinado (Carver, 1997).

Asimismo, plantea que las estrategias de afrontamiento podrían agruparse solo en dos estilos generales, a los que denomina: funcional y problemático (Carver, 1997), este último entendido como disfuncional. Las estrategias funcionales teóricamente tienen un valor adaptativo (Sánchez, Raich, Gutiérrez y Deus, 2003, citado por Vílchez y Vílchez, 2015) y a nivel empírico se relaciona con bajos niveles de estrés. Las estrategias disfuncionales (Problemáticas) afectan el accionar de respuestas adaptativas y se relacionan con altos niveles de estrés.

El Brief COPE consta de las siguientes escalas para evaluar el afrontamiento al estrés:

- Afrontamiento activo: Cuando se inician acciones directas y se incrementan los esfuerzos para reducir o eliminar el estrés.
- Planificación: Pensar en cómo se va a afrontar el estresor. Plantear las estrategias de acción, los pasos a seguir y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- Auto-distracción: Interesarse en otros proyectos, buscando distraerse con otras actividades, procurando retirar la atención del estresor.
- Apoyo Instrumental: Pedir ayuda, consejo e información de personas competentes a fin de saber lo que se debe hacer.

- Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión.
- Desahogo: cuando se incrementa la conciencia del malestar emocional, se tiende a expresar o descargar esos sentimientos.
- Aceptación: Implica aceptar que el hecho sucedido o lo que está ocurriendo es real.
- Negación: Consiste en negar la realidad del suceso estresante.
- Religión: Cuando se tiende a volver a la religión ante un evento estresante, hay mayor acercamiento a participar de actividades religiosas.
- Desconexión: Cuando se reducen los esfuerzos para lidiar con el estresor, muchas veces implicando la renuncia a ocuparse de él.
- Reinterpretación Positiva: Consiste en mirar el lado positivo y favorable del problema, e intentar mejorar o crecer a partir de ello.
- Uso de Sustancias: cuando se toma alcohol u otras sustancias con la finalidad de sentirse mejor o bien para ayudar a soportar al estresor.
- Humor: implica hacer bromas o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burla de ellas.
- Autoinculpación: consiste en culparse o criticarse por lo que ha sucedido.

Por otro lado, Vargas et al. (2010), de forma similar, plantean que las estrategias de afrontamiento se agrupan en estrategias de afrontamiento Activo y Pasivo, las primeras encaminadas a hacer frente al problema, dirigiendo acciones para modificar o minimizar el impacto de la situación, buscando también la regulación de la emoción, procurando darle un significado menos desagradable al suceso. Por su parte, las segundas, representan comportamientos de evitación o de escape, representando así una falta de compromiso con la situación.



## Capítulo III

### Método

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

El método científico es aquel usado en diferentes disciplinas con la finalidad de obtener un conocimiento científico que aporte de manera objetiva a la teoría, por ello la psicología como disciplina científica y tomando en cuenta su objeto de estudio, acoge dos tipos de metodologías en investigación: la experimental y no experimental. Para el caso de este estudio, se utiliza la metodología no experimental donde se describen las características o algunas características específicas de una determinada población (Navas, Fidalgo, Gabriel, Suarez, Gil, Martínez y Sarria, 2010). Aquí no se manipulan deliberadamente variables, solo se observa un fenómeno tal, en un contexto natural, para luego analizarlo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Dentro de los estudios no experimentales, se encuentran aquellos diseños que tomando en cuenta el método, sirven de guías u orientaciones para que el investigador realice ciertos controles en su estudio (Sánchez y Reyes, 2015), estos son los diseños descriptivos. Para este estudio se utiliza un diseño descriptivo simple, por ello se buscará y recogerá información contemporánea respecto de una situación determinada (objeto de estudio), sin presentar algún tipo de manipulación de variables ni la administración de algún tratamiento.

Este diseño puede ser diagramado de la siguiente manera:

M ----- O

Aquí M es la muestra donde se estudiará el fenómeno (Afrontamiento al Estrés) y O es la información de interés sobre tal suceso o fenómeno en aquella muestra (Sánchez y Reyes, 2015).

## 3.2. Participantes

### 3.2.1. Población y Muestra

La población la conforman el personal de “tropa servicio militar y especialista” del ejército (jóvenes del servicio militar voluntario y personal reenganchado), hospitalizados en diferentes unidades hospitalarias del Hospital del Hospital Militar Central del Perú.

La muestra, por la naturaleza del estudio y características de la población, se toma bajo el procedimiento de muestreo no probabilístico a través de un muestreo accidentado, donde participaron todos los pacientes que de forma voluntaria firmaron el consentimiento informado y accedieron a completar la prueba, evaluados dentro de un periodo determinado de tiempo (del 01 de Noviembre al 01 de Diciembre), resultando en 61 participantes de tres unidades hospitalarias. Además, se tomó en cuenta las siguientes características:

**Criterios de inclusión:** Varones, personal de Tropa hospitalizado en las unidades hospitalarias C2-1, C2-2 Y C3-2 del HMC y con edades entre los 18 y 30 años.

**Criterios de exclusión:** Mujeres, personal de tropa hospitalizado en otras unidades hospitalarias, edades diferentes al rango determinado y Tropa que se atiendan por consultorios externos.

En la tabla 1 se caracteriza a la población según las variables sociodemográficas (variables de control), se obtiene que tomando en cuenta el lugar de procedencia, 75.4% provienen de provincia y el 24.6% son de Lima – Callao. Según la edad, 27.9% son aún adolescentes (18 – 19 años) y el 72.1% son jóvenes (20 – 25 años). Al referirse a la zona donde brindar su servicio al ejército, el 39.3% pertenece a las unidades ubicadas dentro de la zona VRAEM y el 60.7% pertenece a unidades fuera del perímetro de la zona VRAEM. Respecto al grado de instrucción, el 16,4% aun no culminan sus estudios secundarios, el 57.4% tienen secundaria completa y el 26.2% ha seguido estudios superiores (técnico incompleto, técnico completo y universitario incompleto). Por último, en función de la unidad hospitalaria, el 41% se encuentra en la unidad de Traumatología y Cirugía de Guerra, 18% en Medicina de Rehabilitación y el 41% en cirugía general de Tropa.

Tabla 1.

*Caracterización de la población según variables sociodemográficas*

Variable	Categoría	Frecuencia	%
----------	-----------	------------	---

Lugar de Procedencia	Lima – Callao	15	24.6
	Provincia	46	75.4
Zona de Servicio	VRAEM	24	39.3
	Otras unidades	37	60.7
Edad	Adolescentes (18 - 19)	17	27.9
	Jóvenes (20 - 25)	44	72.1
Unidad Hospitalaria	Traumatología y cirugía de Guerra	25	41
	Medicina de Rehabilitación	11	18
	Cirugía General de Tropa	25	41
Grado de Instrucción	Secundaria incompleta	10	16.4
	Secundaria completa	35	57.4
	Estudios Superiores	16	26.2

*Nota:* N=61 (100%).

### 3.2.2. Variables

#### Variable de estudio

- Afrontamiento al estrés

#### Variables de control

- Edad: Adolescentes (18 y 19 años) y jóvenes (20 a 25 años).
- Lugar de Procedencia: Lima y Provincia.
- Unidad de Hospitalización: Traumatología y Cirugía de Guerra (c2-1), Cirugía general de Tropa (c2-2) y Medicina de Rehabilitación (C3-2).
- Grado de instrucción: Secundaria Incompleta, Secundaria completa y estudios superiores (estudios técnicos inconclusos y conclusos, estudios universitarios inconclusos).
- Zona de Servicio: Unidades de la zona VRAEM y otras unidades.

### 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### Cuestionario

Elaborada para este estudio con la finalidad de recoger datos sociodemográficos respecto a las variables de control mencionadas.

#### Inventario de Estimación del Afrontamiento Brief COPE

Para medir la variable de estudio “Afrontamiento al Estrés”, se empleó el cuestionario de estimación del afrontamiento en su forma abreviada (COPE-28; Carver, 1997), el cual tiene por finalidad evaluar las diferentes formas de respuesta frente a situaciones de estrés.

El instrumento original completado por los autores en el año 1994, quedó conformado por 15 estrategias de afrontamiento, dividido en tres estilos generales respetando los planteamientos teóricos del autor (Cassaretto y Chau, 2016; Cassaretto et al., 2003; Chau et al. 2002). En el año 1997, Carver reduce el inventario a 28 ítems y lo recomienda utilizar en investigaciones relacionadas a la salud. En esta reestructuración, se omitieron dos escalas del COPE original (Supresión de actividades distractoras y Refrenar el afrontamiento) ya que no se confirmó su validez en trabajos anteriores. Otras tres escalas fueron reenfocadas (enfocar y liberar emociones paso a llamarse desahogo; reinterpretación positiva y crecimiento paso a denominarse solo Reinterpretación positiva; la escala distanciamiento mental se convirtió en la escala Autodistracción). Finalmente se Adiciono al COPE la escala de Autoinculpación por considerarlo un indicador de un pobre ajuste de respuesta frente al estrés encontrado en otros estudios. Asimismo, Carver para esta versión del instrumento, afirma que estas estrategias se agrupan en dos estilos más generales de afrontamiento: el estilo funcional y el estilo disfuncional o problemático.

Este inventario multidimensional, puede ser respondido en su forma disposicional, así como en su forma situacional, en la primera se responde según una característica habitual y en la segunda según una situación particular dada de ante mano. Los ítems son planteados en términos de acciones y las respuestas en una escala ordinal donde 0 = “nunca hago esto”, 1 = “lo hago un poco”, 2 = “lo hago bastante” y 3 = “siempre hago esto”. Los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento. Los coeficientes de confiabilidad de las diferentes escalas originales indican consistencia interna adecuada (Alfa entre 0.50 y 0.90), asimismo la característica de la aplicación de este inventario lo hace adaptable a los propósitos de un estudio (Carver, 1997).

Para la corrección del inventario se identifican los ítems según cada dimensión (orientado hacia el problema, orientado hacia la emoción y otros estilos de afrontamiento), luego se realiza la sumatoria de cada ítem con su respectiva puntuación y una sumatoria final de todos los ítems ya clasificados definiendo así el estilo de afrontamiento del sujeto (Rosales y Fuenmayor, 2014)

Fue traducido al español por Moran y Manga, seguidamente Moran, Landero y Morales en el año 2010 analizaron sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes españoles, se obtuvo que la validez del Brief COPE no era concluyente, no se confirmó la estructura factorial original y la consistencia interna no es la adecuada en todos los casos, en la mayoría de las subescalas los coeficientes alfa eran menores a .70. Ellos recomiendan reducir la estructura del test a 11 subescalas, sin embargo, en estudios donde se necesite realizar el análisis de las 14 subescalas, respetar los planteamientos teóricos originales (Moran et al. 2010).

Vargas et al. (2010) utilizaron el Brief COPE para un estudio con una población oncológica, usaron la versión “situacional” del instrumento. Organizaron las 14 estrategias de afrontamiento de la siguiente manera: Afrontamiento Activo (Afrontamiento Activo, Planificación, Apoyo social instrumental, Apoyo emocional, Aceptación, Humor y Reinterpretación positiva) y Afrontamiento Pasivo (Desconexión, Autodistracción, negación, desahogo, uso de sustancias, Religión, y Autoinculpación). El análisis psicométrico determinó que el brief COPE posee un Alpha de Cronbach total de .698, también determinaron la confiabilidad para dos dimensiones generales denominadas, Afrontamiento Activo (.663) y Afrontamiento Pasivo (.523), cada una con siete escalas. Asimismo, tras el análisis se concluye que el instrumento no presenta cambios en su estructura teórica. Sin embargo, una estructura mayor a de dos factores en su estructura, podría explicar mayor cantidad de la varianza.

Este instrumento también fue aplicado a una muestra de adolescentes y tras el análisis de concluyo su confiabilidad y validez (Mate, Andreu y Peña, 2016), el Alpha de Cronbach general fue de .78. La validez de constructo, arrojó una estructura de 8 factores que explican el 54.19% de la varianza. También se obtuvo validez concurrente, entre las estrategias del Brief COPE y dos cuestionarios de Agresión, obteniendo correlaciones significativas para algunas escalas que van desde .31 hasta .45.

En Perú el Brief COPE en su forma situacional, se ha utilizado en población de pacientes con tuberculosis (Belito et al. 2014), sin embargo, no indican con claridad sus propiedades psicométricas, solo la división de las 14 escalas de afrontamiento en tres componentes generales (orientados hacia el problema, orientado hacia la emoción y otro orientado hacia la emoción menos funcional).

### **3.4. Procedimiento**

Una vez identificado el problema sobre el cual trabajar, se procedió a la búsqueda de un instrumento pertinente para la población a evaluar, así como a la información bibliográfica proporcionada por autores nacionales e internacionales.

Seguidamente se realizó las coordinaciones con la institución mencionada (Departamento de Investigación, docencia e investigación del hospital militar central), a fin de seguir la documentación correspondiente para luego obtener el permiso, y así seleccionar la muestra de forma intencionada.

Posteriormente ya con la autorización obtenida, se inició la aplicación de pruebas, previamente se procedió a entregar un consentimiento informado (brindado por la institución) que por aspectos éticos corresponde al elaborado por el MINSA, una vez aclarada toda duda, los participantes firmaron y dieron su consentimiento de usar sus datos para el análisis de los resultados.

Terminada las evaluaciones durante el tiempo establecido, se procedió a la calificación de las pruebas y consecuente a ello, la elaboración de la base de datos. Se analizaron los datos a través del paquete estadístico SPSS versión 22. En primera instancia se analizó la validez y confiabilidad del instrumento. Seguidamente por las características del estudio, se usaron estadísticos descriptivos para obtener los resultados (medias. Desviación estándar, porcentajes). También se utilizaron estadísticos no paramétricos para la confirmación de las hipótesis planteadas.

Se elaboraron tablas y figuras para mostrar los resultados obtenidos, seguido de la correspondiente discusión de tales resultados considerando estudios previos y el marco teórico. Por último, se elaboraron conclusiones y recomendaciones correspondientes a todo trabajo de investigación científica.

Si se tendría que considerar algunas limitaciones en este estudio, se podría mencionar que solo se accedió a evaluar al personal de tropa de género masculino, Asimismo, solo se pudo evaluar en tres unidades hospitalarias, donde mayormente las evaluaciones fueron de tipo individual lo que conllevó mayor tiempo de evaluación por cada paciente. También, se podría considerar que algunos pacientes al ser trasladados a otras unidades o dados de alta de un momento a otro, durante horarios donde no se evaluaba, tuvieron que quedar fuera de este estudio.

## Capítulo IV

### Resultados

Al considerar el análisis de las propiedades psicométricas del COPE-28 en la muestra estudiada, el análisis de fiabilidad con todos los ítems arroja un índice de consistencia interna para todo el instrumento de .74, asimismo, para cada estrategia de afrontamiento arroja valores de alfa de Crombach que van desde .18 hasta .98. Los índices más altos son para: Uso de sustancias (.97), Humor (.90), desconexión (.85), Religión (.72), Apoyo instrumental (.71); los índices moderados: Autoinculpación (.67), Apoyo emocional (.65), Reinterpretación positiva (.53), Autodistracción (.50), Aceptación (.41); e índices bajos: Afrontamiento Activo (.34), Planificación (.32), Desahogo (.23) y Negación (.18). Por otro lado, el análisis ítem-test refleja que todos ítems se relacionan de forma muy significativa con su escala correspondiente, por ello cada ítem mide lo que pretende medir cada escala (variable). Estos resultados se observan de forma detallada en la Tabla 2.

Tabla 2  
*Confiabilidad por consistencia interna mediante valores Alfa de Crombach y Correlaciones ítem – test para el COPE – 28.*

Variable	Alfa de Crombach	Ítem - Test	
		ítem	<i>r</i>
Afrontamiento activo	0.34	2	.819**
		10	.734**
Planificación	0.32	6	.737**
		26	.806**
Apoyo instrumental	0.71	1	.855**
		28	.911**
Apoyo emocional	0.65	9	.857**
		17	.867**
Reinterpretación Positiva	0.53	14	.849**
		18	.799**
Religión	0.72	16	.901**
		20	.865**
Aceptación	0.41	3	.761**
		21	.827**

Autodistracción	0.50	4	.788**
		22	.846**
Autoinculpación	0.67	8	.868**
		27	.865**
Desconexión	0.85	11	.930**
		25	.934**
Negación	0.18	5	.854**
		13	.611**
Humor	0.90	7	.957**
		19	.954**
Desahogo	0.23	12	.763**
		23	.742**
Uso de sustancias	0.98	15	.988**
		24	.989**
<hr/>			
Prueba COPE -28	0.74		

*Nota:* N=61, \* $p < .05$  (significativo), \*\* $p < .01$  (muy significativo)

Como aporte a la validez factorial, se utilizó un procedimiento estadístico, basado en correlaciones entre las escalas del COPE-28 para estimar posibles agrupamientos considerando lo planteado por cada constructo para la muestra estudiada. Las escalas de afrontamiento activo y planificación se correlacionan de forma muy significativa. El apoyo instrumental y el apoyo emocional también guardan una relación muy significativa; ambas escalas también se relacionan de forma significativa con la escala religión; la escala aceptación también se relaciona de forma significativa con la escala Afrontamiento activo. La escala reinterpretación positiva se relaciona de forma muy significativa con las escalas Afrontamiento Activo, Planificación y Uso de apoyo emocional, y de forma significativa con la escala Aceptación. La escala desconexión conductual se correlaciona con la escala desahogo de forma muy significativa. La escala humor presenta correlaciones aceptables con las escalas Reinterpretación positiva y Aceptación, las cuales es muy significativa y significativa respectivamente. La escala Autodistracción se encuentra relacionada de forma significativa pero baja con la Reinterpretación positiva. La escala Autoinculpación posee correlaciones aceptables y muy significativas con las escalas Desconexión conductual y Humor, también posee una correlación significativa con el desahogo. Por último, la escala negación guarda relación aceptable y muy significativa con las escalas desahogo y desconexión conductual, y de forma significativa con la escala Uso de sustancias (Véase tabla 3)



Tabla 3  
Correlaciones entre las escalas del COPE-28

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1		.34**	0.03	0.06	0.19	.26*	-0.06	-0.08	.33**	-0.03	0.22	0.12	-0.17	-0.03
2			-0.03	0.01	0.91	0.04	-0.06	-0.11	.39**	-0.05	0.25	0.05	-0.08	-0.12
3				.64**	.33**	-0.13	0.13	-0.03	0.14	0.05	-0.17	0.05	0.07	0.17
4					.39**	-0.02	0.1	-0.1	.37**	-0.07	-0.1	0.2	0.04	-0.02
5						0.21	0.02	-0.06	0.23	0.06	-0.06	0.19	-0.21	0.17
6							-0.14	-0.03	.32*	-0.07	.30*	-0.11	0.09	-0.18
7								0.11	0.01	.51**	0.01	0.03	.27*	.43**
8									0.08	0.23	0.07	0.11	0.23	.32*
9										0.12	.37**	.27*	0.14	0.1
10											0.24	-0.02	.36**	.44**
11												0.17	.39**	-0.07
12													-0.03	-0.02
13														0.21
14														

Nota: (1= Afrontamiento Activo, 2= Planificación, 3= Uso de apoyo instrumental, 4= Uso de apoyo emocional, 5= religión, 6= Aceptación, 7= Desahogo, 8=Uso de sustancias, 9= Reinterpretación positiva, 10= Desconexión conductual, 11= Humor, 12= Autodistracción, 13= Autoinculpación y 14= Negación). \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

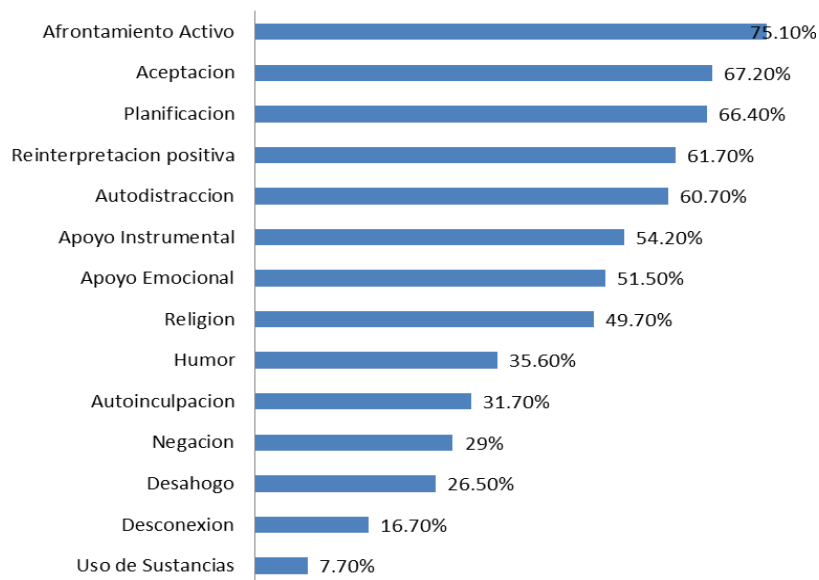
Partiendo del agrupamiento de las estrategias de afrontamiento en dos estilos generales, se puede observar que los participantes usan en mayor medida el estilo de afrontamiento orientado a lo funcional (76.8%) seguido del estilo de afrontamiento orientado a lo menos funcional (23.2%), como se detalla en la tabla 4.

Tabla 4  
Medias y desviación estándar para los estilos de Afrontamiento

Estilos de Afrontamiento	<i>M</i>	<i>DE</i>	%
Orientado a lo funcional	29.13	6.91	76.8%
Orientado a lo menos funcional	8.82	5.35	23.2%

Nota: N=61

Siguiendo con la presentación de resultados, se obtuvieron porcentajes para cada estrategia de afrontamiento, siendo las más usadas por los participantes: Afrontamiento Activo (75.10%), Aceptación (67.20%), Planificación (66.40%), Reinterpretación positiva (61.70%) y Auto distracción (60.70%), Asimismo, las estrategias menos usadas fueron: Negación (29%), Desahogo (26.50%), desconexión (16.70%) y uso de sustancias (7.70%), las cuales se visualizan con más detalle en la figura 1.



*Figura 1:* Estrategias de afrontamiento del personal militar de tropa hospitalizado en diferentes unidades del HMC.

Con la finalidad de comparar las estrategias de afrontamientos de los participantes en función de las variables de control, se realizó la prueba de bondad de ajuste a la normalidad (K-S), la cual resulto con puntajes “*p*” menores a .05 para todas las estrategias de afrontamiento, tomando la decisión de usar estadísticos no paramétricos para el análisis (Véase tabla 5).

Tabla 5.

*Prueba normalidad de Kolmogorov – Smirnov para cada estrategia de Afrontamiento.*

Variable	K-S	P
Afrontamiento Activo	0.186	0.000
Panificación	0.151	0.001
Apoyo instrumental	0.159	0.001
Apoyo emocional	0.144	0.003
Reinterpretación positiva	0.168	0.000
Aceptación	0.179	0.000
Religión	0.149	0.002
Negación	0.166	0.000
Humor	0.214	0.000
Autodistracción	0.164	0.000
desconexión conductual	0.309	0.000
Desahogo	0.192	0.000
Autoinculpación	0.214	0.000
Uso de Sustancias	0.477	0.000

*Nota:* significativo ( $p < .05$ ), muy significativo ( $p < .01$ ), altamente significativo ( $p < .001$ ).

Las variables de agrupamiento que se puede observar en la tabla 6, solo tienen dos categorías por lo cual se ha utilizado la prueba U de Man Winney, la cual nos da la siguiente información: en cuanto al lugar de procedencia (Lima y provincia) se encontraron diferencias significativas para las estrategias: Apoyo social instrumental ( $U=204$ ,  $p=.02$ ), Uso de apoyo emocional ( $U=189$ ,  $p=.01$ ) y religión ( $U=216$ ,  $p=.03$ ). Al comparar los puntajes de las medias, se observa que los participantes provenientes de provincia usan en mayor medida el uso de apoyo social por razones instrumentales, el uso de apoyo emocional y el acudir a la religión como formas de afrontamiento a las situaciones difíciles.

Tabla 6.

*Comparación de las estrategias de afrontamiento según lugar de procedencia.*

Variable	Grupo	Media	U	Z	p
Afrontamiento Activo	Lima	4.07	258.500	-1.493	.135
	Provincia	4.65			
Panificación	Lima	4.07	327.500	-0.301	.764
	Provincia	3.96			
Apoyo instrumental	Lima	2.33	204.000	-2.405	.016
	Provincia	3.48			
Apoyo emocional	Lima	2.00	189.000	-2.648	.008
	Provincia	3.43			
Reinterpretación positiva	Lima	3.33	286.000	-1.008	.314
	Provincia	3.83			
Aceptación	Lima	4.13	326.500	-0.318	.751
	Provincia	4.00			
Religión	Lima	2.00	216.000	-2.185	.029
	Provincia	3.30			
Negación	Lima	1.33	275.500	-1.198	.231
	Provincia	1.87			
Humor	Lima	2.00	311.000	-0.581	.561
	Provincia	2.17			
Autodistracción	Lima	3.20	251.500	-1.602	.109
	Provincia	3.78			
desconexión conductual	Lima	0.67	287.500	-1.056	.291
	Provincia	1.11			
Desahogo	Lima	1.40	320.500	-0.425	.671
	Provincia	1.65			
Autoinculpación	Lima	1.93	314.500	-0.524	.600
	Provincia	1.89			
Uso de Sustancias	Lima	0.13	292.000	-1.326	.185
	Provincia	0.57			

*Nota:* significativo ( $p < .05$ ), muy significativo ( $p < .01$ ).

El análisis comparativo de las estrategias de afrontamiento en función de la edad (adolescentes y jóvenes) desarrollado en la tabla 7, arrojan puntuaciones que indican lo siguiente: diferencias significativas para la estrategia Uso de apoyo emocional ( $U= 230.5$ ,  $p= .019$ ), los puntajes de las demás estrategias se distribuyen de forma similar y no son significativos ( $p > .1$ ). Ello indicaría que los adolescentes usarían más la estrategia Uso de apoyo emocional como medio de afrontamiento a sus problemas.

Tabla 7.

*Comparación de las estrategias de afrontamiento según la edad.*

Variable	Grupo	Media	U	Z	p
Afrontamiento Activo	Adolescente	4.35	337.500	-0.605	.545
	Joven	4.57			
Panificación	Adolescente	4.00	359.500	-0.239	.811
	Joven	3.98			
Apoyo instrumental	Adolescente	3.59	310.500	-1.040	.298
	Joven	3.05			
Apoyo emocional	Adolescente	4.00	230.500	-2.340	.019
	Joven	2.73			
Reinterpretación positiva	Adolescente	3.94	336.000	-0.623	.533
	Joven	3.61			
Aceptación	Adolescente	3.76	327.000	-0.775	.438
	Joven	4.14			
Religión	Adolescente	3.18	342.500	-0.512	.608
	Joven	2.91			
Negación	Adolescente	1.29	286.500	-1.449	.147
	Joven	1.91			
Humor	Adolescente	2.82	281.500	-1.519	.129
	Joven	1.86			
Autodistracción	Adolescente	4.24	255.500	-1.950	.051
	Joven	3.41			
desconexión conductual	Adolescente	0.71	317.000	-1.005	.315
	Joven	1.11			
Desahogo	Adolescente	1.59	351.500	-0.375	.708
	Joven	1.59			
Autoinculpación	Adolescente	1.88	370.500	-0.058	.954
	Joven	1.91			
Uso de Sustancias	Adolescente	0.41	373.000	-0.024	.981
	Joven	0.48			

*Nota:* significativo ( $p < .05$ ), muy significativo ( $p < .01$ ).

Como se observa en la Tabla 8, se presenta los resultados de las comparaciones de las estrategias de afrontamiento en relación a la variable zona de servicio (Zona VRAEM y otras unidades). La información indica que los participantes que sirven al ejército en unidades pertenecientes a la zona VRAEM usan en mayor medida estrategias como el

apoyo social por razones instrumentales ( $U= 305, p= .037$ ) y el apoyo emocional ( $U= 310, p= .045$ ) en mayor medida que los participantes que sirven al ejército en otras unidades.

Tabla 8.

*Comparación de las estrategias de afrontamiento según zona de servicio.*

Variable	Grupo	Media	U	Z	p
Afrontamiento Activo	VRAEM	4.58	419.500	-0.373	.709
	Otra unidad	4.46			
Panificación	VRAEM	4.00	441.000	-0.045	.964
	Otra unidad	3.97			
Apoyo instrumental	VRAEM	3.79	305.000	-2.090	.037
	Otra unidad	2.81			
Apoyo emocional	VRAEM	3.67	310.000	-2.005	.045
	Otra unidad	2.70			
Reinterpretación positiva	VRAEM	3.71	443.500	-0.008	.994
	Otra unidad	3.70			
Aceptación	VRAEM	3.83	397.500	-0.704	.481
	Otra unidad	4.16			
Religión	VRAEM	3.38	366.500	-1.157	.247
	Otra unidad	2.73			
Negación	VRAEM	2.00	368.000	-1.155	.248
	Otra unidad	1.57			
Humor	VRAEM	2.08	432.000	-0.181	.856
	Otra unidad	2.16			
Auto distracción	VRAEM	3.96	359.500	-1.276	.202
	Otra unidad	3.43			
desconexión conductual	VRAEM	1.29	381.500	-1.011	.312
	Otra unidad	0.81			
Desahogo	VRAEM	1.62	423.000	-0.321	.748
	Otra unidad	1.57			
Autoinculpación	VRAEM	1.92	427.000	-0.257	.797
	Otra unidad	1.89			
Uso de Sustancias	VRAEM	0.46	403.000	-0.904	.366
	Otra unidad	0.46			

*Nota:* Significativo ( $p < .05$ ), Muy significativo ( $p < .01$ ).

Las variables de agrupamiento que se puede observar en la tabla 9, tienen tres categorías por lo cual se ha utilizado la prueba H de Kruskal Wallis, la cual nos da la siguiente información: en cuanto a la unidad de hospitalización de los participantes (Traumatología - Cirugía de Guerra, Medicina de Rehabilitación y Cirugía General de Tropa) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés.

Tabla 9.

*Comparación de las estrategias de afrontamiento según unidad de hospitalización.*

Variables	Traumatología	Medicina de Rehabilitación	Cirugía General	$\chi^2$	Gl	P
	N = 25	N= 11	N= 25			
	M	M	M			
Afrontamiento Activo	4.72	4.36	4.36	1.035	2	.596
Panificación	3.92	4.27	3.92	0.694	2	.707
Apoyo instrumental	3.36	3.18	3.04	0.357	2	.837
Apoyo emocional	3.32	2.55	3.08	1.392	2	.498
Reinterpretación positiva	3.88	3.64	3.56	0.425	2	.326
Aceptación	3.80	3.91	4.32	2.006	2	.367
Religión	2.84	3.82	2.76	2.245	2	.809
Negación	1.48	2.27	1.76	2.165	2	.914
Humor	2.28	2.36	1.88	1.027	2	.339
Autodistracción	3.80	3.82	3.40	1.010	2	.598
desconexión conductual	1.08	1.09	0.88	0.961	2	.604
Desahogo	1.60	1.55	1.60	0.179	2	.619
Autoinculpación	1.84	1.91	1.96	0.178	2	.915
Uso de Sustancias	0.44	0.73	0.36	0.166	2	.921

*Nota:* significativo ( $p < .05$ ), muy significativo ( $p < .01$ ).

En el análisis comparativo de las estrategias de afrontamiento en función del grado de instrucción (secundaria incompleta, secundaria completa y con estudios superiores), los puntajes indican lo siguiente: diferencias significativas para la estrategia Uso de apoyo social por razones instrumentales ( $\chi^2= 7.111$ ,  $p= .029$ ), los puntajes de las demás estrategias estadísticamente no son significativos ( $p > .1$ ). Ello indicaría que los participantes con secundaria incompleta usan en mayor medida el apoyo social por razones instrumentales como medio de afrontamiento a las situaciones difíciles (véase tabla 10).

Tabla 10.

*Comparación de las estrategias de afrontamiento según grado de instrucción.*

Variables	Secundaria Incompleta	Secundaria completa	Estudios Superiores	$\chi^2$	Gl	P
	N = 10	N= 35	N= 16			
	M	M	M			
Afrontamiento Activo	4.80	4.34	4.69	1.404	2	0.50
Panificación	4.30	3.80	4.19	1.539	2	0.46
Apoyo instrumental	4.20	2.77	3.50	7.111	2	0.03
Apoyo emocional	3.60	2.61	3.56	3.498	2	0.17
Reinterpretación positiva	4.10	3.43	4.06	1.937	2	0.38
Aceptación	4.20	3.97	4.06	0.007	2	1.00
Religión	3.30	2.69	3.44	1.913	2	0.38
Negación	1.90	1.77	1.56	0.307	2	0.86
Humor	1.60	2.23	2.25	0.764	2	0.68
Autodistracción	4.10	3.26	4.19	4.553	2	0.10
desconexión conductual	0.60	1.11	1.00	2.215	2	0.33
Desahogo	1.40	1.71	1.44	1.872	2	0.39
Autoinculpación	1.50	2.03	1.88	1.594	2	0.45
Uso de Sustancias	0.20	0.43	0.69	2.538	2	0.28

*Nota:* significativo ( $p < .05$ ), muy significativo ( $p < .01$ ).



## Capítulo V

### Discusión

En este estudio se utilizó un instrumento para evaluar afrontamiento al estrés, se aplicó a personas que se encuentran orientadas en la actualidad hacia actividades de índole militar (personal de tropa) y que además a la fecha se encuentran hospitalizadas debido a diferentes diagnósticos, pero agrupados en tres unidades de hospitalización: Traumatología y Cirugía de Guerra, Medicina de Rehabilitación y Cirugía general de tropa; siguiendo así con las sugerencias dadas por el autor en cuanto a usar este instrumento en estudios relacionados a la salud (Carver, 1997; Moran et al., 2010). Asimismo, los participantes son varones jóvenes y algunos adolescentes, que decidieron ingresar al ejército peruano a través del servicio militar voluntario, algunos de ellos luego de culminar su servicio decidieron reengancharse según la ley N° 29248 “Ley del servicio militar”, título 3, capítulo V.

Se analizaron las propiedades psicométricas del instrumento COPE-28 disposicional, en su versión abreviada de 28 ítems, para el cual las puntuaciones de los participantes considerando todos los ítems arrojó un índice de fiabilidad aceptable (.74), sin embargo, al analizar la consistencia interna de cada escala del instrumento, hemos hallado valores de alfa de Crombach que van desde .18 hasta .98, nueve de ellos aceptables y cinco con valores de consistencia interna bajo y muy bajo (Guilford y Fruchter, 1984, citado por morales, 2008), lo que indica variabilidad en los índices de consistencia interna. Según Hernández, Fernandez y baptista (2014) la confiabilidad puede variar de acuerdo al número de ítems (a mayores ítems, mayor confiabilidad) y esto podría ser una condición de baja fiabilidad. No obstante, es importante tomar en cuenta la cantidad de la muestra, el poder discriminante y también la coherencia en las respuestas a los ítems de cada dimensión propuesta por el autor (Morales, 2008). Es probable que estas consideraciones hayan tenido lugar en este estudio. Sin embargo, pese a que los ítems de cada estrategia de afrontamiento no llegan a ser consensual en un nivel aceptable y alto,

similar a otros estudios (Carver, 1997; Moran et al., 2010), al analizarse en conjunto logran ser aceptables (Alpha general = .74) para este estudio.

Respecto a la validez de constructo, se entiende por cuanto es, que los ítems miden el constructo que pretenden medir (Morales, 2008), por ello hemos realizado un análisis estadístico de las correlaciones, algunas de ellas resultan ser significativas otras no, existen correlaciones altas, aceptables y bajas, cabe destacar la importancia de la relación que guarda una estrategia con otra o con un grupo de ellas. Es así que, para este estudio, y tomando en cuenta lo mencionado por Carver, esta prueba incluye solo 28 ítems, con medidas de afrontamiento conceptualmente diferenciadas, pero, considerando que algunas de ellas son generalmente adaptativas y otras generalmente problemáticas y disfuncionales (Carver, 1997). Las escalas se correlacionaron de la siguiente manera: al igual que en otros estudios (Carver, 1997; Moran et al., 2010) escalas teóricamente funcionales y adaptativas tienden a correlacionar (Afrontamiento activo con Planificación; Apoyo social instrumental con Uso de apoyo emocional); para este estudio también las escalas de soporte social se relacionan con la religión; la escala aceptación con afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y uso de apoyo emocional; Autodistracción se relaciona con reinterpretación positiva de forma significativa, lo que sugiere que todas ellas si bien es cierto son conceptualmente diferentes, apuntan hacia un afrontamiento adaptativo en la muestra estudiada. Por otro lado, otro grupo de escalas también tienden a correlacionarse (desconexión conductual con desahogo, negación y autoinculpación; humor con autoinculpación y negación con uso de sustancias) de forma significativa, lo que indicaría que estas escalas probablemente tienden a conformar la dimensión desadaptativa o problemática en los participantes de este estudio. Cabe mencionar que esta estimación se realiza en base al análisis de correlaciones y como respuesta al planteamiento del autor sobre el agrupamiento de las estrategias de afrontamiento. Es importante mencionar que este aporte a la validez es solo para la muestra estudiada, asimismo, no es concluyente, ya que para la validez total se requieren complementarse con otros tipos de análisis (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El análisis de las estrategias de afrontamiento se hace en función de porcentajes y promedios. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se consideró agrupar las estrategias:

aquellas que tienden a ser funcionales y aquellas que tienden a ser menos funcionales o problemáticas según consideraciones teóricas y correlaciones obtenidas entre estas, resultando que los participantes usan en su mayoría el estilo orientado a lo funcional, que consiste en enfocarse en dar solución al problema y/o regular las emociones de forma adaptativa; y en menor medida usan el estilo menos funcional, aquel que se aparta o evita enfrentar la situación generadora de estrés, estos datos concuerdan con un estudio en personal militar en actividad en el que se halló el uso en mayor medida de las estrategias orientadas al problema (Lévano, 2003), resultados similares se hallaron en poblaciones como: estudiantes de quinto año de secundaria (Ñahuinlla, 2017), estudiantes preuniversitarios (Cassaretto, 2011), estudiantes de psicología (Cassaretto et al., 2003), pacientes con cáncer (Rosales y Fuenmayor, 2014), mujeres privadas de su libertad (Mercado, 2014), pacientes con tuberculosis (Belito et al., 2014), esto sugeriría la probabilidad de que independientemente del estresor expuesto, las personas jóvenes tienden a usar mayormente estilos dirigidos hacia los problemas, aceptándolos, buscando el soporte socioemocional necesario y tomando medidas para hacerle frente.

Se detalla también los porcentajes del uso de cada estrategia de afrontamiento, concordando con el uso de estilos generales, así, la muestra estudiada usa principalmente el afrontamiento activo, seguido de la aceptación y la planificación; las estrategias poco usadas fueron: desahogo, desconexión conductual, autoinculpación, negación y uso de sustancias. Ello indicaría que los adolescentes y jóvenes que se han orientado a la vida militar por voluntad propia, y que por diferentes problemas de salud (cirugías mayores y menores, Rehabilitación de las funciones motoras, enfermedades de los huesos, etc) se encuentran hospitalizados en el HMC, tienden a enfrentar sus problemas de forma activa, aceptando su realidad y proponiéndose alguna estrategia para hacer frente a ello, buscando obtener algo bueno de ello y considerando también ocuparse de otras actividades a fin de no pensar demasiado en sus problemas, en ocasiones también necesitan del consejo de alguien, la comprensión y consuelo y recurrir a sus creencias religiosas como medios de afrontamiento a las situaciones difíciles por las que pasan.

Lévano (2003) encuentra resultados parecidos al afirmar que el personal militar estudiado busca en primera, el apoyo social, a fin de apoyarse en alguien para enfrentar el

problema, para luego de ello tomar acciones dirigidas a enfrentarse al problema de forma activa. No obstante, también existen resultados diferentes (Vilches y Vilches, 2015; Rosales y Fuenmayor, 2014) quienes encuentran que la religión, la aceptación y buscar el consuelo y comprensión de otros es fundamental como medios de afrontamiento, esto podría deberse a las características de los participantes, ya que mientras los de estos últimos estudios, enfrentan a un estresor potente y angustiante (enfermedad crónica, violencia intrafamiliar), nuestros participantes si bien es cierto enfrentan una situación de hospitalización, no son pacientes crónicos, lo cual influiría en la evaluación de la situación o estresor.

Por otro lado, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para algunas variables en función del lugar de procedencia, zona de servicio, edad y grado de instrucción. Los resultados indican que, en función del lugar de procedencia de los participantes, aquellos que afirman residir en provincia tienden a afrontar los problemas y/o situaciones difíciles mayormente a través del apoyo social (instrumental y emocional) y recurrir a la religión. Y la condición de paciente hospitalizado no queda ajena al uso de estas estrategias, ellos habitualmente hacen llevadera su condición de salud actual apoyándose en los demás para resolver sus problemas. En su mayoría, de la sierra y selva del Perú (información recabada a través de conversaciones con los pacientes), tienden a buscar la ayuda de sus superiores, personal hospitalario, amigos, etc para aclarar dudas, incertidumbres u otros problemas que le puedan preocupar y/o estresar. También se apoyan emocionalmente, tendiendo en su mayoría a comportarse con simpatía y respeto con el personal que labora en la institución, y en los momentos de mayor preocupación, buscar consuelo, comprensión y hasta un gesto que les haga sentir soporte emocional. La mayoría de ellos se apoya también en sus creencias religiosas y espirituales, mayormente inculcadas por sus padres, lo cual se convierte en un refugio para afrontar y ser optimistas en superar favorablemente la condición de hospitalización, esto último se puede evidenciar en el uso de biblia, estampas y otros materiales religiosos puestos en muchos de los espacios personales de los pacientes. Ideas similares se lee en el estudio de Vilches y Vilches (2015) quienes refieren que la religión juega un rol fundamental para aquellas personas que atraviesan situaciones de sufrimiento.

No quiero dejar de lado, mencionar que los pacientes provenientes del interior del país, muchas veces tienen pocas oportunidades de ser visitados por sus parientes (padres, parejas, etc). Algunos, sin saber si sus familiares han sido informados sobre su estado de salud, conciben con incertidumbre la expectativa de poder reunirse con sus seres queridos. La implicancia de la familia ante situaciones difíciles se señala no solo en este estudio, sino también en el de Sánchez (2010) quien menciona que la cooperación familiar y la organización en la familia permiten que el paciente oncológico afronte sus problemas usando estrategias como el apoyo social. Si bien es cierto, se puede entender que la situación del paciente oncológico resultaría más difícil que la de nuestros participantes, en ambas condiciones hospitalarias, el ambiente familiar, cobraría un significado relevante, más aún para el paciente hospitalizado que no cuenta con la cercanía de sus familiares.

El apoyo social, a través de acciones de apoyo en resolver y afrontar dificultades, y también como soporte emocional, es mayormente usado en los pacientes provenientes de unidades que conforman la zona VRAEM. Este territorio ubicado entre la sierra y selva del Perú es muy conocido por ser un lugar muy convulsionado, por la constante lucha por parte de las fuerzas armadas contra el terrorismo y narcotráfico, principalmente en zonas rurales y de difícil acceso. Así, los pacientes provenientes de aquella zona, al estar probablemente expuestos a mayores fuentes de estrés, tanto por las diferencias de zona geográfica (patrullan por zonas boscosas y de difícil acceso), las funciones que desarrollan (patrullaje, lucha armada, etc), y muchas veces el limitado acceso a energía eléctrica, agua potable, y otros factores, son lo que marca diferencias con otras unidades del ejército; como, por ejemplo, las de la costa y cercanas a las ciudades. Es importante que con estos pacientes provenientes de estos lugares que conforman la zona VRAEM, los cuales se acogen en el apoyo social para su afrontamiento a las dificultades, se implementen programas terapéuticos (manejo de estrés, sintomatología depresiva y de ansiedad, solución de problemas, etc) y planes preventivo-promocionales a fin de hacer frente al estrés, principalmente al perjudicial o aquel que amenaza el bienestar e integridad de las personas, que resulta complejo y que muchas veces es producido por demandas inusuales y que exceden lo que el individuo puede tolerar ( Sandín, 1998; Casaretto, et al., 2003).

Los participantes con edades de 18 y 19 años, considerados adolescentes, son pacientes de tropa que resultaron usar en mayor medida el afrontamiento de apoyo emocional en comparación con aquellos que jóvenes de 20 años a más. También aquellos con grado de instrucción considerado jerárquicamente en un nivel bajo (con secundaria incompleta) manifestaron afrontar las situaciones problemáticas o de estrés a través de la ayuda, consejo o información de personas competentes a fin de saber lo que se debe hacer. Estos datos indicarían que principalmente los participantes adolescentes y aquellos con secundaria incompleta usan el apoyo social (instrumental y emocional) para hacer frente a sus problemas. Estas estrategias en esta población, resultarían ser funcionales, con una utilidad clara para su afrontamiento al estrés. Sabemos históricamente que la adolescencia es una etapa crítica, de vulnerabilidad, con esfuerzos de las personas por su emancipación y consolidación de una identidad, y estas consideraciones no los alejan de situaciones que resulten estresantes para ellos. Estas estrategias forman parte de aquellas que están orientadas al problema y emoción, y conforme lo explica Lazarus y Folkman antes de que las personas realicen acciones determinadas como respuestas de afrontamiento, tiene cabida el proceso de evaluación primaria y secundaria, donde el sujeto considera sus recursos de afrontamiento, los que incluyen los modos de afrontamiento (habilidades de solución de problemas), el apoyo social y los recursos materiales (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1995). Lo mencionado por los autores, se ve reflejado en nuestros participantes, adolescentes y jóvenes, muchos de ellos con estudios inconclusos que necesitan de ese apoyo social para hacer frente a sus problemas diarios, actualmente afrontando un proceso de enfermedad y hospitalización y por ende el apoyo social, no solo se debe manifestar en dotación de recursos económicos, materiales, etc, sino también en dotarles de recursos personales y de información para un plan la elección de vida futura por parte de los psicólogos, en conjunto con el personal militar y otros profesionales de la salud que se ocupan de ellos a diario.

Es importante también mencionar las características de los participantes considerando a las unidades hospitalarias, si bien es cierto entre ellos no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, es importante mencionar algunas consideraciones. Líneas arriba se ha mencionado que los pacientes varones de la tropa (SMV y Reenganchados) en mayor medida usan estrategias como el afrontamiento activo, aceptación, planificación y reinterpretación positiva. Las estrategias menos usadas son

desahogo, desconexión y uso de sustancias, independientemente de cada unidad hospitalaria en la que hayan sido evaluados. Por testimonios del personal hospitalario y por los diagnósticos de los pacientes, sabemos que en la unidad de traumatología y cirugía de Guerra (C2-1) hallamos a pacientes con enfermedades y lesiones de huesos, músculos y tendones como: rotura de ligamentos cruzados en la rodilla, rotura de otros huesos, etc. En la unidad de Medicina de rehabilitación (C3-2) por ser una unidad más de recuperación, encontramos a pacientes que mayormente son trasladados de otras unidades como Traumatología, Neurología, etc. Aquí los pacientes reciben terapia física para recuperarse de enfermedades medulares, que limitan sus movimientos, algunos han tenido accidente cerebro vascular (ACV), etc. En la unidad de Cirugía general de Tropa (C2-2) acuden aquellos pacientes derivados de otras unidades para cirugías (oftalmología, gastroenterología, etc), algunas de urgencia otras no. Se observaron rotura de tabiques, lesiones del nervio óptico, hernias, fracturas costales, etc. Si bien es cierto en estas unidades no se encuentran pacientes crónicos, en las unidades de cirugía general y traumatología, se encuentran pacientes que, en su estado actual, probablemente estarían frente a mayores fuentes de estrés, y ello podría hacerlos proclives a manifestaciones clínicas asociadas al estrés o con diferencias en sus formas de afrontarlo. Sin embargo, en este estudio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, pero se sugiere replicar estudios en esta población considerando una mayor cantidad de la muestra, o bien diferenciarlos por un diagnóstico exacto, o compararlos con pacientes críticos.

Este estudio al ser de tipo descriptivo solo nos ofrece información acerca de las características de los participantes en función a los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés, se sugiere seguir explorando este tema en la población estudiada, de ser posible incrementar el tamaño de la muestra, considerar al género femenino y relacionarlo a variables estudiadas en otros trabajos como: Personalidad (Gastelumendi y Ore, 2013), Ambiente familiar (Sánchez, 2010), performance en la salud (Chau, et al., 2002), calidad de vida (Villanueva, 2010), Conducta tipo A y B (Levano, 2003), Bienestar psicológico (Becerra y Otero, 2013), entre otras variables. También se podría usar la versión disposicional del COPE-28 en población militar no hospitalaria. Cabe resaltar, que en futuros estudios en población militar en situación que conlleve fuentes de estrés notoria (enfermedades crónicas, víctimas de terrorismo, privados de su libertad, etc), se evalúe la pertinencia de usar un formato “situacional” del instrumento, con la finalidad de

considerar mayor precisión sobre problemas específicos; concordando con lo recomendado en otros estudios (Moran et al., 2010). Finalmente, en cuanto a las variables sociodemográficas, en esta oportunidad solo se consideraron cinco, es pertinente que en posteriores estudios para esta población ahondar en otras variables como: Tiempo de hospitalización, grado militar, motivos de ingreso a la vida militar, tipo de familia, etc.



## Conclusiones

1. Para la muestra estudiada, este instrumento en su forma general posee una confiabilidad aceptable (.74), al considerar la confiabilidad de cada escala del instrumento, la mayoría son aceptables, otras obtienen puntajes bajos (entre .18 y .98).
2. En cuanto a la validez, se obtienen correlaciones ítem-test aceptables y significativas. Al considerar el agrupamiento de escalas en dimensiones generales, se agrupó las estrategias en dos grupos generales: funcionales y problemáticas. Siendo las estrategias que concuerdan con la teoría en lo funcional las siguientes: Afrontamiento activo, Planificación, Apoyo social instrumental, Apoyo emocional, Religión, Aceptación, Reinterpretación y Autodistracción. Mientras que las menos funcionales resultaron ser: Desahogo, Desconexión conductual, Uso de sustancias, Autoinculpación, Humor y Negación.
3. La mayoría de los participantes utilizan un estilo de afrontamiento orientado más hacia lo funcional (76.8%) y menos grupo tienen a utilizar estrategias menos funcionales o problemáticas (23.2%). Considerando las 14 estrategias de afrontamiento, las de mayor puntaje son: Afrontamiento activo, Aceptación, planificación y reinterpretación positiva; mientras que las menos usadas son: desahogo, desconexión conductual y uso de sustancias. Lo que sugiere estimar que la mayoría de los participantes de este estudio, están pudiendo afrontar de forma adaptativa las situaciones estresoras actuales en su vida (hospitalización, enfermedad, la vida militar, etc).
4. Se hallaron diferencias significativas para la población estudiada en función de la edad, zona de servicio, grado de instrucción y lugar de procedencia. En función de la unidad de hospitalización, no se hallaron diferencias significativas.

## **Recomendaciones**

1. Es importante seguir realizando estudios en la población estudiada. En futuros estudios, sería bueno relacionar esta variable con otras relacionadas a la salud, enfermedad, y otras variables psicosociales como: personalidad, resiliencia, inteligencia emocional y habilidades sociales. Asimismo, platearse la posibilidad de ejecutar algunos programas psicológicos pertinentes para cada UUHH del Hospital Militar Central.
  
2. Usar un mayor tamaño de muestra, en personal hospitalizado o no hospitalizado a fin de poder realizar un análisis psicométrico con mayor precisión y con la pertinencia para inferir datos de una muestra representativa, con baremos que nos indiquen categorías y/o niveles de comportamiento de los participantes.

## Referencias

- Becerra, I. & Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Belito, H.; Fernandez, V.; Sánchez, S. & Farro, G. (2014). Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. *Revista Enfermería Herediana*, 7(2), 69-78.
- Blua, M. (2010). *Funcionamiento Familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica de un hospital nacional*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J. (1989) Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267 – 283.
- Carver, Ch. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Considerer the brief COPE. *International Journal of behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(42), 95-109.
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363-392.
- Chau, C.; Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, 20(1), 93-131.
- Fernandez-Abascal, E. & Jiménez, M. (2013) Psicología de la emoción. En Fernandez-Abascal, García, Jiménez, Martín y Domínguez (Eds.). *Psicología de la emoción* (pp. 17-74). Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.

- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & De longis, A. (1986) Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Anita\\_Delongis2/publication/19459529\\_Appraisal\\_Coping\\_Health\\_Status\\_and\\_Psychological\\_Symptoms/links/09e415089b23fd5e93000000/Appraisal-Coping-Health-Status-and-Psychological-Symptoms.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anita_Delongis2/publication/19459529_Appraisal_Coping_Health_Status_and_Psychological_Symptoms/links/09e415089b23fd5e93000000/Appraisal-Coping-Health-Status-and-Psychological-Symptoms.pdf)
- Galán, S. & Camacho, E. (2012). *Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada*. México DF: Manual Moderno.
- Gastelumendi, C. & Oré, B. (2013). Personalidad y afrontamiento en voluntarios peruanos de lucha contra la pobreza. *Revista de Psicología*, 31(1), 68-98.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México D.F.: Ediciones Mc Graw-Hill.
- Herrera, M. e Ishikawa, L. E. (2003). *Factores psicosociales en los trastornos de adaptación en hospitalización Psiquiátrica. Hospital Militar Central*. (Tesis de Especialista en Psiquiatría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Labrador, F. & Crespo, M. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lévano, J. (2003). *El patrón de conducta tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar*. (Tesis de Maestría). Universidad Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Mate, A., Andreu, J. & Peña, M. (2016). Propiedades Psicométricas de la versión española del “Inventario breve de Afrontamiento” (COPE-28) en una muestra de adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(2), 305-318.
- Mc Crae, R. & Costa, P. (1986) Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-405. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/229463172\\_Personality\\_and\\_coping\\_effectiveness\\_in\\_an\\_adult\\_sample](https://www.researchgate.net/publication/229463172_Personality_and_coping_effectiveness_in_an_adult_sample)

- Mercado, D. (2014). *Razones para vivir y Afrontamiento al estrés en mujeres privadas de su libertad*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Morales, P. (2008). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas (Versión Adobe Digital Edición). Recuperado de [http://www.academia.edu/9986406/estadistica\\_y\\_muestreo](http://www.academia.edu/9986406/estadistica_y_muestreo)
- Morán, C, Landero, R. & Gonzales, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Navas, M., Fidalgo, A., Gabriel, C., Suarez, J., Brioso, A., Gil, G., Martinez, R. & Sarriá, E. (2010). *Métodos, Diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: Editorial UNED.
- Ñahuinlla, L. (2017). *Estrategias de Afrontamiento al Estrés en estudiantes de 4to y 5to año de secundaria de una institución educativa de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Ocampo, T. (2011). *Habilidades sociales y Afrontamiento al estrés en pacientes con anorexia y bulimia de un centro terapéutico de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Ortiz, M. (2015). *Dimensiones de la personalidad y estilos de afrontamiento al estrés en madres sociales de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Rojas, M. & Ramos, N. (2013). Salud, Optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. *Acta Colombiana de Psicología*, 16 (1), 149-157. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v16n1/v16n1a14.pdf>
- Rosales, A. & Fuenmayor, J. (2014). *Estilos de afrontamiento en adolescentes con cáncer*. (Tesis para optar el título de psicólogo, Universidad Rafael Urdaneta). Venezuela. Obtenido de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-14-07510.pdf>
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2015) *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.

- Sánchez, S. (2010). *Ambiente familiar y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos internos en el hospital Nacional Luis N. Saenz*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Sandin, B. (1995). El Estrés. En Belloch, Sandin y Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*: Vol. 2. (pp. 3-49). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Sandin, B. (2003). El Estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 3(1) 141-157.
- Scheier, M, Weintraub, J. & Carver, C. (1986) Coping with Stress: Divergent Strategies of Optimists and Pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Charles\\_Carver/publication/19356298\\_Coping\\_With\\_Stress\\_Divergent\\_Strategies\\_of\\_Optimists\\_and\\_Pessimists/links/5666e0ff08ae34c89a011b54/Coping-With-Stress-Divergent-Strategies-of-Optimists-and-Pessimists.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Charles_Carver/publication/19356298_Coping_With_Stress_Divergent_Strategies_of_Optimists_and_Pessimists/links/5666e0ff08ae34c89a011b54/Coping-With-Stress-Divergent-Strategies-of-Optimists-and-Pessimists.pdf)
- Solís, C. & Vidal, A. (2006) Estilos y Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33 – 39.
- Sousa, M. (2014). *Personalidad, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios*. (Tesis de doctorado, Universidad de León). España. Obtenido de [https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3611/tesis\\_80df58.PDF?sequence=1](https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3611/tesis_80df58.PDF?sequence=1)
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L. & Sepúlveda, J. (2010). Confiabilidades del cuestionario Brief COPE inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 12(1), 7-24.
- Vilchez, K. & Vilchez, R. (2015). *Estrategias de Afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un hospital de Ferreñafe*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.

Villanueva, M. (2010). *Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en universitarios de la ciudad de lima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.

## Anexos

### COPE-28

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

Opciones de Respuesta:

0 = Nunca lo hago	1 = hago esto un poco	2 = hago esto bastante	3 = siempre lo hago.
-------------------	-----------------------	------------------------	----------------------

Nº	ITEMS	Puntaje
1	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer	
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy	
3	Acepto la realidad de lo que ha sucedido	
4	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	
5	Me digo a mí mismo “esto no es real”	
6	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	
7	Hago bromas sobre ello	
8	Me critico a mí mismo.	
9	Consigo apoyo emocional de otros	
10	Tomo medidas para intentar que la situación mejore	
11	Renuncio a intentar ocuparme de ello	
12	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables	
13	Me niego a creer que haya sucedido.	
14	Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo	
15	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor	



16	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales	
17	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien	
18	Busco algo bueno en lo que está sucediendo	
19	Me río de la situación	
20	Rezo o medito	
21	Aprendo a vivir con ello	
22	Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión	
23	Expreso mis sentimientos negativos.	
24	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	
25	Renuncio al intento de hacer frente al problema	
26	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir	
27	Me echo la culpa de lo que ha sucedido	
28	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	

<b>ENCUESTA</b>		
<b>Edad:</b>		
<b>Lugar de Procedencia:</b>	Lima ( )	Provincia ( )
<b>Grado de Instrucción:</b>		
Secundaria:	completa ( )	Incompleta ( )
Técnico:	completa ( )	Incompleta ( )
Universitario:	completa ( )	Incompleta ( )
<b>Unidad Hospitalaria:</b>		
C2-1 ( )	C2-2 ( )	C3-2 ( )
<b>Unidad de servicio:</b>		
Zona VRAEM	( )	
Otra zona	( )	

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD**

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Señor (a) \_\_\_\_\_ Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; **siempre y cuando usted autorice** que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO** si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para **REVOCAR** o **DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

**EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: ..... de ..... del 201..... Hora: .....

Yo, ..... con DNI. N° ..... e Historia Clínica N° ..... declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado identificado (a):

Si consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )  
NO consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

.....  
Firma o huella digital del paciente o representante legal.  
D. N. I. ....

.....  
Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento  
D. N. I. ....

**REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Fecha: ..... de ..... del 201.....

.....  
Firma o huella digital del paciente o representante legal.  
D. N. I. ....

.....  
Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria  
D. N. I. ....  
Nota: Cualquier profesional de la salud.

